

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

*Horizontes de Solidão*  
*Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os*  
*Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes*

Ana Margarida Cruz Costa Cavaleiro  
LISBOA, 2002



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Centro de  
Documentação

Registo: 14550  
Data: 27/11/2003

Tel.: 21 881 17 50 • bibispa@ispa.pt

Dissertação de mestrado realizada sob a orientação do **Professor Doutor José Luis Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para a obtenção do grau de **Mestre** na Especialidade de **Psicologia da Saúde**, conforme portaria n.º 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto “b” do n.º 2 do artigo 5º do decreto-lei n.º 216/92 de 13 Outubro.



*Avó Ilda:*

*O meu amor por ti*

*É como o Sol*

*Pode pôr-se à noite*

*Mas estará lá sempre de manhã!*

*Ana Margarida Cavaleiro*

*“ Receio que me tenham perdido, tal como eu me perdi. Mas eu tenho mais sorte, porque não reconhecerei o fim, quando ele se apresentar. Serão vocês a sofrer por mim. Nunca ninguém disse que a vida é uma coisa justa.”*

*Barbara Wyatt Hollis*  
*(Escritora - Doente de Alzheimer)*

Aos meus pais pelo amor e carinho

Aos meus avós pela paciência

Às minhas amigas e amigos, pelo apoio

Ao Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro pelas preciosas orientações que me deu ao longo da realização deste estudo

À Dr.<sup>a</sup> Luísa Pomar por todo o tempo, atenção e disponibilidade incondicional

À Dr.<sup>a</sup> Maria do Rosário Zincke dos Reis pela compreensão

Aos cuidadores, médicos e enfermeiros que se disponibilizaram para responder às minhas questões

À Sr.<sup>a</sup> D.<sup>a</sup> Maria de Lourdes pelo carinho e amizade

E finalmente, mas não menos importante, ao meu marido pela sua ternura...

... o meu *Muito Obrigada*

## RESUMO

Os sintomas e problemáticas que envolvem a Doença de Alzheimer, fazem do internamento, de uma visita à urgência e mesmo de uma consulta hospitalar, vivências difíceis (Ham, 1998). Uma vez que, devido às manifestações clínicas da doença, é o cuidador que normalmente se apercebe da qualidade destes cuidados, o objecto de estudo deste trabalho é a *Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares prestados aos Doentes de Alzheimer*.

Este é um estudo exploratório de natureza descritiva. A amostra foi de 258 sujeitos com funções de cuidador de doente de Alzheimer; com nível de escolaridade igual ou superior à 4ª classe; que haviam recorrido a serviços hospitalares.

Foi construído um questionário capaz de avaliar a satisfação dos cuidadores, e aplicado o Inventário Depressivo de Beck.

Os principais resultados mostram que a maioria dos cuidadores se encontra insatisfeita com a globalidade dos cuidados prestados a nível hospitalar. Embora se encontrem satisfeitos com os cuidados médicos e insatisfeitos com os cuidados de enfermagem, consideram que os técnicos de saúde revelam um desconhecimento da problemática específica da Doença de Alzheimer. Os cuidadores não apresentaram níveis significativos de depressão.

## ABSTRACT

The symptoms and problematics that involve Alzheimer's Disease, turn the internament, a visit to the urgency and even a hospital consult, hard experiences (Ham, 1998). Once due to clinical manifestations of the disease, it's the caregiver who normally gets acquaintance of the quality of these cares, the puorse of this work is to determine the Caregiver's Satisfaction with the Alzheimer's Patients Hospital Care.

This is an exploratory study of descriptive nature. The sample was made among 258 persons who performed functions of Alzheimer caregiver; with a level of scolarity equal or above the 4th class; who had recurred to hospital services.

It was made a questionnaire capable of evaluating the caregivers's satisfaction, and it was applied the *Beck Depression Inventory*.

The main results show that the majority of the caregivers are unpleased by the global cares given at a hospital level. However, they are satisfied with the medical cares and unsatisfied with the nursing department, they consider that the health technicians reveal a lack of knowledge about the specific problematic of the Alzheimer Disease. The caregivers didn't show signs of significative levels of depression.

# ÍNDICE

<b>1. Introdução.....</b>	<b>1</b>
* <i>Objecto de Estudo.....</i>	<i>5</i>
Doença de Alzheimer.....	5
Cuidadores.....	6
Satisfação.....	7
* <i>Objectivo do estudo .....</i>	<i>8</i>
* <i>Demência e Doença de Alzheimer.....</i>	<i>9</i>
* <i>Implicações Psicológicas da Doença de Alzheimer nos Doentes e nos seus Cuidadores.....</i>	<i>21</i>
* <i>Depressão em Cuidadores de doentes de Alzheimer.....</i>	<i>29</i>
* <i>Expectativas dos Cuidadores de doentes de Alzheimer.....</i>	<i>36</i>
* <i>Satisfação dos Utentes em relação aos Cuidados de Saúde.....</i>	<i>47</i>
* <i>Satisfação dos Utentes em relação a Cuidados de Saúde Hospitalares.....</i>	<i>61</i>
* <i>Satisfação dos Cuidadores dos Doentes de Alzheimer em relação a Cuidados de Saúde Hospitalares prestados aos Doentes de Alzheimer.....</i>	<i>65</i>
* <i>Questões a investigar .....</i>	<i>69</i>
<b>2. Método.....</b>	<b>71</b>
* <i>Participantes.....</i>	<i>72</i>
* <i>Definição de Variáveis.....</i>	<i>75</i>
* <i>Material.....</i>	<i>78</i>
* <i>Tipo de Estudo.....</i>	<i>90</i>
* <i>Técnica de Recolha de Dados.....</i>	<i>91</i>

<i>3. Resultados</i> .....	93
* <i>Tratamento dos Dados Obtidos</i> .....	94
* <i>Apresentação dos Dados Obtidos</i> .....	98
<i>4. Discussão</i> .....	109
* <i>Discussão dos Dados Obtidos</i> .....	110
* <i>Conclusão</i> .....	124
<i>5. Referências</i> .....	129
<i>Anexos</i> .....	140

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico de Demência e de Doença de Alzheimer. ....	10
Tabela 2 – Mini-Mental State Examination. ....	11
Tabela 3 – Estimativa da Prevalência da Demência em Portugal. ....	19
Tabela 4 – Estimativa da Prevalência da Doença de Alzheimer em Portugal. ....	20
Tabela 5 – Problemas de Comunicação nos Serviços de Saúde. ....	46
Tabela 6 – Distribuição dos Cuidadores por Variáveis. ....	74
Tabela 7 – Consistência Interna do Pré-Teste. ....	83
Tabela 8 – Consistência Interna do Questionário de Satisfação. ....	84
Tabela 9 – Correlação das Dimensões do Questionário de Satisfação. ....	85
Tabela 10 – Intensidade de Depressão segundo Beck. Avaliação pelo Inventário Depressivo de Beck. ....	88
Tabela 11 – Questões que Denotam Satisfação. ....	96
Tabela 12 – Questões que Denotam Insatisfação. ....	96
Tabela 13 – Questões que não Denotam Nem Satisfação Nem Insatisfação. ....	97
Tabela 14 – Respostas Dadas ao Questionário de Satisfação. ....	99
Tabela 15 – Atitudes dos Enfermeiros. ....	100
Tabela 16 – Atitude dos Médicos. ....	100
Tabela 17 – Resultados da análise estatística referente à correlação entre as dimensões da satisfação e as variáveis B.D.I. e Idade. ....	101
Tabela 18 – Resultados da análise estatística referente à variável sexo. ....	101
Tabela 19 – Resultados da análise estatística referente à variável doente. ....	102
Tabela 20 – Resultados da análise estatística referente à variável idade. ....	102

Tabela 21 – Resultados da análise estatística referente à variável estado civil. ....	103
Tabela 22 – Resultados da análise estatística referente à variável situação profissional. ....	103
Tabela 23 – Resultados da análise estatística referente à variável parentesco. ....	103
Tabela 24 – Resultados da análise estatística referente à variável B.D.I. ....	104
Tabela 25 – Resultados da análise estatística referente à variável hospital. ....	104
Tabela 26 – Resultados da análise estatística referente à variável admissão. ....	105
Tabela 27 – Resultados da análise estatística referente à variável acompanhamento. ....	106
Tabela 28 – O que mais gostou no hospital? .....	107
Tabela 29 – O que menos gostou no hospital? .....	108

*Introdução*

Existem em Portugal cerca de 50.000 casos conhecidos de pessoas a sofrer da doença de Alzheimer, estimando-se outros tantos não oficializados (Garcia, Costa, Guerreiro, Leitão, Mendonça & Umbelino, 1994). Se um número tão elevado de pessoas é afectado por esta doença, serão cada vez mais as pessoas que irão necessitar de ajuda e pedir uma resposta às suas necessidades. Esta resposta não passa somente pela Medicina, mas também pela Psicologia (Martins, 1994).

Muitas vezes o doente de Alzheimer adoece e torna-se necessário recorrer ao Hospital. A Doença que provoca a hospitalização/ida ao hospital poderá também causar um declínio temporário na função cognitiva do doente. Também o ambiente não familiar, a confusão de um hospital "cheio de serviço" e *novos* tratamentos podem precipitar estados de ansiedade, confusão e agitação. Não é raro as pessoas com demência ficarem agitadas, gritarem, tentarem agredir os outros ou fugir nestas circunstâncias. No entanto, o doente pode gradualmente voltar ao seu funcionamento anterior quando sai do hospital (Mace, Rabins, Castleton, McEwen & Meredith, 1992).

Assim sendo, torna-se importante tornar o período de tempo em que o doente permanece no hospital o menos disruptivo possível, preferencialmente acompanhado da pessoa que habitualmente dele cuida. O cuidador é além disso, a pessoa melhor colocada para informar os técnicos de saúde sobre as características do comportamento do doente de Alzheimer e sobre a melhor forma de lidar com ele.

No âmbito da psicologia da saúde reveste-se de considerável importância o apoio que possa ser prestado aos doentes e aos seus cuidadores em situações de recurso

ao hospital, pelo que também é importante a consideração dos aspectos psicológicos envolvidos na prestação dos cuidados de saúde que sejam necessários.

É, assim, importante conhecer a satisfação dos cuidadores em relação aos cuidados hospitalares prestados aos doentes de Alzheimer. Este conhecimento pode ser útil na perspectiva da melhoria contínua da qualidade em saúde, neste caso especificamente em relação com os cuidados de saúde prestados a pessoas com uma doença que envolve deterioração cognitiva generalizada e progressiva, geralmente dependentes dos seus cuidadores. São estes quem acompanha o doente ao hospital e transmite aos técnicos de saúde qual o motivo do recurso ao hospital, quais os sintomas presentes, etc.

Neste estudo descritivo, com carácter exploratório, pretendeu-se investigar qual a satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação aos cuidados hospitalares, quais os aspectos com que os cuidadores estão mais e menos satisfeitos e que factores influenciam essa mesma satisfação e até que ponto os cuidadores consideram que os técnicos de saúde estão informados sobre a Doença de Alzheimer.

A satisfação dos utentes dos serviços de saúde é a sua resposta (cognitiva e emocional) à avaliação que fazem dos cuidados que são prestados pelos técnicos de saúde durante uma experiência que tiveram num serviço de saúde na sua qualidade de utentes (Ross et al., 1987).

Tendo em conta que, segundo alguns autores, o facto de se prestar cuidados a um doente de Alzheimer relaciona-se com a prevalência elevada de manifestações depressivas nos próprios cuidadores (Gallagher et al., 1989; cit. Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1990; Redinbaugh, MacCallum & Kiecolt-Glaser, 1995), pretendeu-se também saber em que medida a presença de depressão poderia influenciar a percepção da qualidade dos cuidados de saúde.

## OBJECTO DE ESTUDO

O objecto de estudo deste trabalho é a Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes.

Para uma melhor compreensão do objecto de estudo, vamos de seguida proceder à definição dos conceitos-chave deste trabalho.

### DOENÇA DE ALZHEIMER

Ao quadro clínico constituído por um conjunto de sintomas bem caracterizado, do foro cognitivo/comportamental, que perturba gravemente o funcionamento intelectual de um indivíduo, até aí com um bom desempenho nessas áreas, dá-se o nome de demência (Umbelino, 1997).

A Doença de Alzheimer é uma destas doenças degenerativas primárias.

Na sua forma tradicional, a doença de Alzheimer, caracteriza-se pelo clássico síndrome afaso-apraxo-agnósico que se associa aos distúrbios de memória, de raciocínio e de julgamento, acompanhados de modificações do comportamento e da personalidade; ou seja, é uma síndrome convergente no qual uma variedade de

factores se combinam conduzindo o doente a um estado de incapacidade progressiva e irreversível.

## CUIDADORES

Devido à progressiva perda de autonomia, os Doentes de Alzheimer vão tendo cada vez mais a necessidade de estarem constantemente acompanhados por pessoas que os ajudem a realizar as mais variadas e elementares tarefas (Cavaleiro & Teixeira, 1999).

Ao longo deste trabalho passaremos a referir-nos a estas pessoas prestadoras de cuidados de *cuidador*, para uma mais fácil diferenciação entre estas e os técnicos de saúde prestadores de cuidados.

Assim, os cuidadores destes doentes serão os familiares, amigos, ou qualquer outra pessoa contratada para o efeito, que mantenha um contacto permanente com o doente e que o acompanhe quando este necessita de cuidados hospitalares.

Torna-se pertinente referir que a existência do *cuidador* é de uma grande importância, uma vez que é este o que para além de ser a pessoa que melhor conhece o doente de Alzheimer e quais são as suas necessidades, é também aquela pessoa que faz a ligação entre o doente e o mundo exterior.

## SATISFAÇÃO

A satisfação dos utentes é uma resposta (afectiva ou emocional) dos utentes à sua avaliação (cognitiva ou com conhecimento de factos) dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde (qualidade percebida) durante uma experiência como utentes (Ross et al., 1987).

A avaliação dos utentes e a consequente resposta emocional e comportamental do utente é baseada na percepção da qualidade dos cuidados recebidos, que por sua vez se baseia nas expectativas do cuidador.

## **OBJECTIVO DO ESTUDO**

O objectivo principal deste estudo consiste em averiguar qual o grau de satisfação dos cuidadores numa perspectiva de abordagem exploratória.

Como objectivo secundário pretende-se construir um Questionário capaz de avaliar a Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes.

## DEMÊNCIA E DOENÇA DE ALZHEIMER

A demência é uma redução das funções cognitivas suficientemente grave para interferir com as capacidades de executar as tarefas diárias (Gambert, 1998).

Este autor diz ainda que quando se avalia a hipótese de diagnóstico de Doença de Alzheimer, devem considerar-se outras causas de demência ou manifestações clínicas semelhantes, podendo usar-se a mnemónica DEMENTIA:

<b>D</b>	<b>Drogas</b>
<b>E</b>	<b>Perturbações Emocionais</b>
<b>M</b>	<b>Perturbações Metabólicas</b>
<b>E</b>	<b>Doenças dos Olhos e Ouvidos (Eye and Ears)</b>
<b>N</b>	<b>Perturbações da Nutrição e Hidrocefalia de pressão normal</b>
<b>T</b>	<b>Tumores e Traumatismos</b>
<b>I</b>	<b>Infecções</b>
<b>A</b>	<b>Aterosclerose e Alcoolismo</b>

Os médicos dos cuidados primários têm uma responsabilidade importante na avaliação do grau de disfunção cognitiva. Assim, o conhecimento dos sinais de alerta precoces da demência e a capacidade de distinguir a multiplicidade de causas de demência, da doença de Alzheimer, são fundamentais (Tabela 1, segundo Gambert, 1998).

Os médicos dos cuidados primários podem rastrear facilmente as funções cognitivas recorrendo à utilização do *Mini-Mental State Examination* (Tabela 2, segundo Gambert, 1998).

Segundo Ham (1998), a medição das capacidades cognitivas recorrendo ao *Mini-Mental State Examination* pode ajudar a determinar a progressão da doença (se bem que os resultados não possam considerar-se de forma absoluta, na medida em que a educação ou a deterioração podem influenciar a pontuação neste teste cultural específico).

**Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico de Demência e de Doença de Alzheimer.**

<b>Demência</b>	<b>Doença de Alzheimer</b>
<p><b>A.</b> Défices cognitivos múltiplos manifestados por 1 e 2:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diminuição da memória de factos recentes e passados</li> <li>2. Uma ou mais das seguintes perturbações cognitivas:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perturbação da linguagem.</li> <li>b. Diminuição da capacidade para desenvolver actividades motoras.</li> <li>c. Diminuição da capacidade para reconhecer objectos.</li> <li>d. Diminuição da capacidade de pensamento abstracto (isto é: planeamento, organização).</li> </ol> </li> </ol> <p><b>B.</b> Os défices em A podem causar deficiências significativas no funcionamento social ou profissional e representam um declínio significativo em relação a um nível prévio de funcionamento.</p> <p><b>C.</b> As deficiências não surgem apenas durante a evolução de um delírio.</p>	<p>Demência de acordo com A a C, mais:</p> <p><b>D.</b> A evolução da doença caracteriza-se pelo início gradual e declínio cognitivo continuado</p> <p><b>E.</b> Os défices cognitivos não são causados por nenhum dos seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Outra doença progressiva do sistema nervoso central (por exemplo: doença de Parkinson, doença de Huntington).</li> <li>2. Doenças sistémicas (por exemplo: hipotiroidismo, deficiência de niacina).</li> <li>3. Doenças induzidas por substâncias</li> </ol> <p><b>F.</b> A perturbação não é devida a outra alteração (por exemplo: perturbação depressiva major, esquizofrenia).</p>

Tabela 2 - Mini-Mental State Examination.

<b>Tarefa</b>	<b>Instruções</b>	<b>Pontos*</b>
Orientação temporal	"Diga-me a data de hoje". Questionar especificamente itens omitidos.	Um ponto por cada ano, estação, data, dia da semana e mês.
Orientação espacial	"Onde é que estamos?". Questionar especificamente itens omitidos.	Um ponto por cada distrito, concelho, cidade, prédio, sala do edifício.
Nomear três objectos	Nomear três objectos de forma clara e lenta. Pedir ao doente que os repita.	Um ponto por cada item referido correctamente
Séries de sete	Pedir ao doente que conte de 100 para baixo subtraindo séries de 7. Parar após cinco respostas. (Ou pedir para soletrar a palavra "mundo" de trás para a frente)	Um ponto por cada resposta certa
Recordar três objectos	Pedir ao doente para referir os três objectos referidos anteriormente.	Um ponto por cada item correctamente recordado.
Nomear	Apontar para o relógio e perguntar: "O que é isto?". Repetir usando uma caneta.	Um ponto por cada resposta certa.
Repetir frases	Pedir ao doente que diga "Hoje está um dia de sol".	Um ponto se resposta certa à primeira tentativa.
Comandos verbais	Dar ao doente um pedaço de papel e dizer-lhe: "Pegue na folha com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"	Um ponto por cada acção correcta.
Comandos escritos	Mostrar ao doente uma folha de papel com a inscrição "Feche os olhos".	Um ponto se o doente fechar os olhos.
Escrita	Pedir ao doente que escreva uma frase	Um ponto se a frase tiver sujeito, verbo e tiver sentido.
Desenhar	Desenhar um par de pentágonos que se intersectam e pedir ao doente que os copie.	Um ponto se a figura tiver 10 vértices e duas linhas de intersecção
* Considere-se normal uma pontuação superior a 24 pontos.		

## **DOENÇA DE ALZHEIMER**

### DEFINIÇÃO

As alterações mais comuns da Doença de Alzheimer ocorrem nas proteínas das células nervosas do cortex cerebral - a camada exterior do cérebro - conduzindo a uma acumulação de fibras anormais. À vista de um microscópio vulgar estas alterações aparecem como um emaranhados de filamentos. Estes "emaranhados" de fibras nervosas foram descritas pela primeira vez em 1906 por Alois Alzheimer, um neurologista alemão.

Novas técnicas e instrumentos altamente sofisticados - tais como o microscópio electrónico que pode aumentar mais de 100.000 vezes - revelaram outras alterações no cérebro que são características da doença. Dispersas pelo cortex, algumas extremidades das células nervosas degeneram e interrompem a passagem dos sinais electróquímicos entre si. Estas zonas degeneradas apresentam uma aparência típica ao microscópio e são chamadas placas. Quanto maior o número de placas e de "emaranhados", maiores parecem ser as alterações das faculdades intelectuais e da memória (Minister of National Health and Welfare, 1984).

Ao examinar o cérebro do doente, após a sua morte, constata-se que este se apresenta bastante atrofiado, tendo perdido parte considerável da sua população de neurónios, observando-se outros em visível processo de

degenerescência, com o seu interior preenchido por um novelo ou entrançado de fibrilhas (Umbelino, 1997).

Actualmente conhecem-se três cromossomas envolvidos na Doença de Alzheimer. São eles o 14, o 19 e o 21. Recentemente foi identificado o gene do cromossoma 14 que tem responsabilidade na ocorrência da doença em certas famílias (Guimarães, 1995).

A Doença de Alzheimer é classificada como uma doença com prevalência aumentada entre os idosos, se bem que pareça não se reconhecer fronteiras etárias precisas. O caso mais jovem, que foi descrito, surgiu num homem de 28 anos (Gambert, 1998).

## CARACTERÍSTICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA

### Estádio I - Fase Inicial

Caracteriza-se pela instalação insidiosa de um distúrbio mnésico, do qual o paciente se apercebe porque geralmente afecta o seu desempenho profissional. No início, estes distúrbios apresentam-se como um esquecimento banal mas que despertam a atenção pela sua característica particularmente frequente, os pacientes esquecem-se onde guardam os objectos, dos nomes e têm necessidade que lhes repitam informações fornecidas pouco tempo antes.

Neste estágio, a percepção do défice é por vezes negado.

Face a um exame completo das capacidades cognitivas do sujeito podem, igualmente, evidenciar-se défices na capacidade de evocar acontecimentos familiares importantes, factos marcantes da actividade social, política ou desportiva, encontrando-se igualmente lacunas na memória de factos antigos e autobiográficos.

Mesmo com este défice mnésico o paciente ainda se encontra orientado no tempo, reconhece pessoas familiares e é capaz de se deslocar em locais comuns.

O exame das funções cognitivas, para além do défice mnésico, revela ainda alterações nas esferas linguísticas, práticas e gnósicas; a linguagem é caracterizada por um empobrecimento do vocabulário, dificuldade em construir frases e uma disortografia.

No plano prático revela-se o início de uma apraxia ideo-motora, uma ligeira apraxia constructiva, hesitação na escolha da direita-esquerda e no conhecimento dos dedos da mão.

A este conjunto de perturbações mnésicas e instrumentais, junta-se distúrbios de raciocínio e do julgamento apreciados por uma dificuldade em realizar tarefas complexas e a resolver problemas aritméticos simples.

Por fim, os distúrbios da personalidade evidenciam exagero, alteração das traços de carácter, modificação do humor com tónica depressiva, indiferença afectiva e insónias.

## Estádio II - Fase Evoluída

Surge na maioria dos casos depois de um periodo de dois a quatro anos.

Clássicamente o agravamento ocorre progressivamente sobre o conjunto das funções cognitivas, entrecortado com fases de estabilidade.

O agravamento dos distúrbios mnésicos conduz a uma desordem temporal e espacial. "Marcadores" temporais tais como o ano, o dia, ou o mês, desaparecem progressivamente. Os "marcadores" espaciais também desaparecem, não distinguindo, o paciente, o espaço em que se encontra. Esta dificuldade em reconhecer os espaços familiares marca uma etapa importante na perda da autonomia.

Paralelamente, a memória para factos recentes está também geralmente muito perturbada.

No plano intelectual, os distúrbios do raciocínio e do julgamento caracterizam-se por grandes dificuldades na adaptação a novas situações, que se traduzem numa perda de iniciativa, de um abandono das tarefas habituais e das distrações favoritas.

Em situação de exame, estas dificuldades traduzem-se logo que é pedido ao sujeito que resolva problemas de aritmética simples, que encontre semelhanças (cão-leão), ou que efectue comparações. Esta deficiência intelectual associa-se aos distúrbios de concentração e de atenção marcados por uma grande distractibilidade, assim como uma incapacidade em manter a atenção concentrada sobre uma dada tarefa.

Observa-se uma dissociação das actividades automáticas versus controladas, como o sujeito ser incapaz de enunciar os meses do ano ao contrário, apesar de o conseguir na ordem corrente.

A perturbação das funções instrumentais evidencia o clássico síndrome afasia-apraxo-agnósico.

No plano linguístico, o discurso espontâneo é pouco informativo, e por vezes incoerente devido a fenómenos variados tais como existência de parafasias verbais; existem distúrbios marcados da compreensão oral e escrita contrastando com a capacidade de repetição preservada de tipo ecolália; a leitura em voz alta pode ser possível; a expressão escrita é severamente disortográfica por vezes reduzida a automatismos (nome, apelido). Mais tarde a afasia evolui para um tipo Wernick com o aparecimento de deformações fonéticas até uma afasia global com quase suspensão da linguagem oral, reduzida a estereótipos.

No plano prático, a apraxia ideo-motora acentua-se sob a forma de uma dificuldade em reproduzir, mesmo que por imitação, gestos convencionais e

arbitrários. Existe uma apraxia caracterizada por uma incapacidade parcial ou total em realizar gestos da vida corrente (vestir, comer, higiene), ou a executar as distrações favoritas. A apraxia construtiva, limitada no início na impossibilidade de reproduzir a perspectiva, agrava-se sob a forma duma incapacidade parcial ou total em desenhar espontaneamente, ou por imitação, de figuras geométricas simples (quadrados, círculos).

No plano gnósico, o elemento mais habitual e o mais perceptivo está representado por uma agnócia visual que concerne quer às imagens de objectos reais, quer a fisionomia de familiares (os pacientes podem mesmo perder a capacidade de se reconhecerem frente ao espelho); e os distúrbios do esquema corporal evoluem para uma forma de uma autotopoagnócia com apraxia reflexiva.

As modificações da personalidade e da emotividade são variáveis e podem estar associadas a alucinação, manifestações obsessivas, sinais de ansiedade, agitação e comportamento violento, episódios delirantes com ideias de perseguição e pejorativas.

Caminham durante horas de um lado para o outro e, sendo as manifestações da doença, muitas vezes, mais acentuadas durante a noite, alguns doentes só deambulam nessa altura.

O exame neurológico, na fase evoluída, revela elementos considerados como úteis no diagnóstico clínico, tais como a libertação dos reflexos arcaicos, uma astereoagnósia, distúrbios na marcha, anomalias cerebelosas e tremor.

O exame neuropsicológico é de difícil realização; apresenta um interesse quantitativo para o seguimento evolutivo e não para o diagnóstico.

### Estádio III - Fase Terminal

Sobrevem após evolução de 5 a 7 anos; o paciente perde toda a autonomia mental ou física (Habib, Joannette & Puel, 1991).

Nesta fase, os doentes encontram-se num estado vegetativo, estão confinados à cama, quase em mutismo. Necessitam de intubação nasogástrica ou soros para serem alimentados e estão incontinentes. Uma intercorrência, em regra uma infecção respiratória, provoca-lhes a morte (Garcia, 1997).

É importante ter em atenção que, a apresentação acima dos défices associados à progressão da doença, é a apresentação de um quadro típico, o que não significa que todos os pacientes tenham que apresentar todos estes défices e por esta ordem.

## INCIDÊNCIA DA DOENÇA DE ALZHEIMER EM PORTUGAL

Sendo a demência um dos problemas de saúde de maior incidência após os 65 anos de idade, o número de pessoas que dela sofrem, aumenta, paralelamente, ao número crescente de idosos em Portugal. Por outro lado, nas pessoas com mais de 50 anos é a Doença de Alzheimer, de longe, a mais frequente causa de demência. As tabelas a seguir apresentadas revelam as estimativas da prevalência da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal em 1991 (Garcia, Costa, Guerreiro, Leitão, Mendonça & Umbelino, 1994).

**Tabela 3 - Estimativa da Prevalência da Demência em Portugal.**

Idade	Sexo	População		Prevalência		Nº de Utentes
30-59	H	1.770.082	×	0,2	=	3.540,2
	M	1.909.169	×	0,1	=	1.909,2
60-64	H	245.001	×	1,6	=	3.920,0
	M	287.980	×	0,5	=	1.439,9
65-69	H	211.912	×	2,2	=	4.662,1
	M	257.926	×	1,1	=	2.873,2
70-74	H	149.180	×	4,6	=	6.862,3
	M	195.449	×	3,9	=	7.662,5
75-79	H	109.802	×	5,0	=	5.490,1
	M	161.270	×	6,7	=	10.805,1
80-84	H	59.750	×	12,1	=	7.229,8
	M	105.741	×	13,5	=	14.275,0
85-89	H	21.024	×	18,5	=	3.889,4
	M	47.693	×	22,8	=	10.874,0
90-94	H	4.709	×	32,1	=	1.511,6
	M	13.600	×	32,2	=	4.379,2
95-99	H	846	×	31,6	=	267,3
	M	2.652	×	36,0	=	954,7
<b>Total</b>					=	<b>92.469,6</b>

Tabela 4 - Estimativa da Prevalência da Doença de Alzheimer em Portugal.

Idade	Sexo	População		Prevalência		Nº de Utentes
30-59	H	1.770.082	×	0,0	=	0,0
	M	1.909.169	×	0,03	=	572,8
60-69	H	456.913	×	0,3	=	1.370,7
	M	545.906	×	0,4	=	2.183,6
70-79	H	258.982	×	2,5	=	6.474,6
	M	356.719	×	3,6	=	12.841,9
80-89	H	80.774	×	10,0	=	8.077,4
	M	153.434	×	11,2	=	17.184,6
				<b>Total</b>	<b>=</b>	<b>48.705,5</b>

Como se vê, haverá em Portugal aproximadamente 92.470 pessoas a sofrerem de demência e 48.706 das mesmas sofre de Doença de Alzheimer.

## **IMPLICAÇÕES PSICOLÓGICAS DA DOENÇA DE ALZHEIMER NOS DOENTES E NOS SEUS CUIDADORES**

### **AVALIAÇÃO DAS PERTURBAÇÕES PSICOPATOLÓGICAS**

Entre as manifestações clínicas da Doença de Alzheimer sublinham-se múltiplos distúrbios psicopatológicos que exercem, por vezes, de forma dramática o seu efeito tanto sobre os défices cognitivos e qualidade de vida do sujeito, como também sobre a qualidade de vida dos indivíduos que lhe prestam cuidados.

Segundo Memarzia (1996), algumas destas perturbações são:

(a) Ansiedade: surge, na generalidade dos casos, como reacção à tomada de consciência dos défices, no período que compreende os primeiros exames e o diagnóstico. O doente toma consciência das alterações que irão surgir no estilo de vida, a dependência do outro e surgem as primeiras preocupações em relação ao futuro.

(b) Depressão: é uma das principais manifestações da Doença de Alzheimer. A sua importância é tal, que deve-se efectuar o diagnóstico diferencial entre a depressão e os síndromes demenciais. Há uma grande controvérsia em relação

à manifestação da depressão na Doença de Alzheimer, já que para alguns autores ela é uma forma reactiva ao "confronto" do indivíduo com os seus défices e com a incapacidade que daí advém, sendo para outros um dos primeiros "resultados" do carácter degenerativo desta doença.

De qualquer forma o seu impacto evidencia-se, por exemplo, numa baixa motivação, num profundo défice da capacidade de atenção/concentração e numa indiferença afectiva. Resta ainda salientar, que de uma forma geral a depressão surge como um factor fortemente correlacionado com o agravamento dos distúrbios cognitivos e comportamentais.

(c) Alucinações: principalmente visuais, inserindo-se no quadro das manifestações da Doença de Alzheimer, como um quadro comum. No entanto, desconhece-se a razão pela qual surgem. Alguns estudos indicam que estas se encontram implicadas directamente com a degeneração do sistema nervoso central e que os pacientes com este tipo de perturbações manifestam uma progressão da doença mais acentuada. Estas alterações revelam ser não só um factor de distúrbio para o paciente, como também têm implicações dramáticas para os indivíduos que dele cuidam.

(d) Despersonalização: estes distúrbios poderão estar de alguma forma associados com as alterações da memória autobiográfica, sendo fonte de grande ansiedade e perturbação para o paciente.

(e) Delírios: dentro desta categoria salientamos como mais frequentes e importantes para a compreensão geral desta doença, os delírios de abandono e

rejeição. Os delírios surgem na maior parte das vezes por desenvolvimento de sentimentos do paciente face a atitudes de não investimento por parte dos técnicos de saúde e de atitudes disruptivas dos indivíduos que lhe estão mais próximos.

(f) Comportamentos agressivos: os comportamentos agressivos são também uma característica comum nesta doença, revelando-se estes comportamentos como fonte de instabilidade e perturbação para a família, e para o doente (principalmente se for acrescido o facto de os cuidadores poderem "retaliar").

(g) Negação: a negação dos défices, ou da situação em que o paciente se encontra surge, na maioria dos casos, associada à Doença de Alzheimer. A sua importância insere-se num contexto variado que inclui a disrupção familiar (por exemplo se a família alerta o paciente para um determinado comportamento pouco comum e o paciente não o reconhece, como o risco de vida que pode estar associado a esse comportamento – por exemplo conduzir).

## IMPLICAÇÕES DO INTERNAMENTO NO DOENTE DE ALZHEIMER

O internamento para os doentes com a doença de Alzheimer é problemático. Um membro da família/cuidador deve ser encorajado a acompanhar o doente para reduzir a ansiedade e a agitação e os membros da equipa hospitalar devem ter

prática em técnicas de reorientação, e em manter a capacidade de mobilização dos doentes.

Os doentes com demência perdem rapidamente a condição física e as suas capacidades de executar as tarefas do quotidiano. Deixar de executar uma determinada função, durante algum tempo, poderá resultar na perda definitiva da capacidade de realizar essa tarefa. Por exemplo, os doentes que são capazes de se alimentar devem ser encorajados a continuar a fazê-lo durante o internamento. As luzes do quarto devem ser mantidas acesas de modo a reduzir os medos e os sintomas de desorientação (Ham, 1998).

Uma vez que geralmente o internamento provoca desorientação, os doentes devem levar consigo peças que lhes sejam familiares, mesmo durante curtas estadias em hospitais. Por outro lado, seria desejável que os médicos, os enfermeiros e os que assistem estes doentes mantivessem contactos personalizados sempre que isso fosse possível. De facto, as técnicas chave para lidar com o doente de Alzheimer são o redireccionamento, a distração e a prevenção.

É bem sabido que recordar pode ser gratificante, melhorando a qualidade de vida dos doentes, validando as experiências e aumentando a sua sensação de autovalorização.

O que é mais difícil de suportar são as perturbações do sono nocturno (Ham, 1998). No entanto, existem frequentemente outros problemas associados à demência, tais como a deambulação durante o dia, a incontinência e as quedas, que exigem muito frequentemente o internamento.

Os sentimentos de desespero que os doentes sentem inicialmente, quando tomam consciência da sua situação, vão desaparecendo à medida que, com o evoluir da doença, as capacidades cognitivas se vão reduzindo (Ham, 1998).

Uma vez que a compreensão pode estar melhor preservada do que parece, pelo que as discussões acerca do seu estado não devem ser tidas junto a ele.

Os acessos de agressividade não são só assustadores, podem mesmo ser perigosos. Por vezes surgem quando o doente se sente esmagado por uma situação concreta, como por exemplo durante uma visita a um serviço de urgência (Ham, 1998).

O que se passa numa consulta hospitalar é basicamente o mesmo, no entanto nesta situação o cuidador encontra-se presente.

#### ADAPTAÇÃO PSICOLÓGICA À DOENÇA DE ALZHEIMER

Durante o processo do cuidar, o Cuidador vai tendo a possibilidade de se adaptar progressivamente à Doença de Alzheimer. Mas, tal como o doente, também a família e amigos (de onde normalmente surge o cuidador) passa por várias fases de adaptação a essa realidade (Cavaleiro, 2000).

David, Fernandes e Firmino (1996) fazem uma descrição dessas fases, sendo elas a negação, o envolvimento excessivo, a angústia, a culpa e por fim a aceitação.

A fase de Negação ocorre no **Estádio I** da doença. A família começa por não valorizar os sintomas, referindo que "não foi nada, é apenas um esquecimento...". Por vezes, relaciona-os com o envelhecimento natural.

Mais tarde, quando se verifica que os erros começam a ter uma maior frequência ou as alterações comportamentais são mais notórias, a família começa a expressar uma atitude super-protectora e super-indulgente em relação ao doente, entrando assim, na fase de Envolvimento excessivo.

É na altura do **Estádio II** que a família começa a procurar ajuda médica especializada. Geralmente, fica insatisfeita com o diagnóstico e as implicações daí decorrentes procurando, por isso, novos médicos e solicitando novos exames. Uma vez que as respostas se mantêm inalteráveis entra na fase de Angústia não conseguindo reagir, sentindo-se sem alternativas e impotente para perceber e pensando "por que é que isto está a acontecer?"

É frequente, nesta fase, os elementos da família irritarem-se uns com os outros ou mesmo com o doente pelo "seu comportamento inadequado".

Entram, a seguir, na fase de Culpa em que surgem as dúvidas sobre o que poderia ter sido feito quando se verificaram os primeiros sintomas, "onde errei e o que sucederia se...". Este comportamento só se modifica quando há um esclarecimento eficaz sobre a evolução natural da doença e se aperceberem do seu carácter irreversível.

Por fim, ao entrar na fase de Aceitação, o cuidador passa a entender, a acompanhar e a partilhar o tempo com o *seu* doente de uma forma saudável.

Nem todos os cuidadores (familiares, amigos, etc.) atravessam estas fases do mesmo modo e, para além disso, a doença é aceite, mais facilmente por uns do que por outros.

Assim, com o tempo, os familiares e o cuidador, deixam de culpabilizar o doente, assumindo que ele não *pode* fazer certas coisas e não somente *porque não as quer* fazer. Assumem, finalmente, que o doente não consegue funcionar de determinadas maneiras (Ham, 1998).

## IMPLICAÇÕES DA DOENÇA DE ALZHEIMER NOS CUIDADORES

Dar ajuda efectiva a uma pessoa que está cada vez mais dependente, mas que pode ainda ser, facilmente, ofendida no seu amor próprio, é um desafio enorme. A frustração de tentar ajudar alguém que, por vezes, parece apostada em contrariar todos os esforços nesse sentido, pode ser um obstáculo extremamente difícil de vencer.

Tomar conta de um doente de Alzheimer torna-se uma tarefa que absorve as 24 h do dia e que exige um esforço cada vez maior à medida que a doença evolui.

Para se entenderem as implicações da Doença de Alzheimer nos cuidadores, é necessário ter em conta que a evolução desta doença é imprevisível, tal como a rapidez do declínio. De facto, a única certeza é a eventual morte do doente.

Segundo Mace, Rabins, Castleton, McEwen e Meredith (1992) muitos cuidadores dizem sentir-se tristes, por vezes embaraçados, desencorajados, sozinhos, inúteis, preocupados, zangados, culpados e muitas vezes deprimidos.

Outros autores referem que, os "*comportamentos de disrupção e anti-sociais nos pacientes*" com diagnóstico de doença de tipo Alzheimer provável, "*têm estado ligados com os sintomas depressivos nos cuidadores*" (Deimling & Bass, 1986; Pruchno & Resch, 1989; cit. Redinbaugh, MacCallun & Kiecolt-Glaser, 1995).

## DEPRESSÃO EM CUIDADORES DE DOENTES DE ALZHEIMER

*"Uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na regulação do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo"* (Serra, 1990, op. cit. pp. 5).

Considera-se, então, que a depressão pode prolongar-se por alguns meses ou mesmo anos, sem alterações da personalidade mas apenas do ânimo e trazendo consigo uma modificação das perspectivas pessoais, levando a que o indivíduo recorde apenas os aspectos negativos da sua vida, alterando as perspectivas passadas, presentes e futuras, com uma desvalorização pessoal e sentimentos de incapacidade, sendo acompanhada por transtornos do sono, apetite, peso, variações diurnas do humor e da libido (Paúl, 1993).

Uma perda pode ser vista como irreparável, uma indiferença ocasional como rejeição total. O evento precipitante apresenta sempre um significado particular para o sujeito, envolvendo uma vivência de perda. Apesar de tudo, nem sempre é apenas um facto isolado, podendo também tomar o aspecto de um *Stress insidioso*, como é o caso da perda gradual do cônjuge. A depressão parece ser uma resposta afectiva ao *fardo* de ser um prestador de cuidados (Gallagher et al., 1989; cit. Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1990).

Prestar cuidados a um doente de Alzheimer está associado a uma grande prevalência de manifestações depressivas nos cuidadores (Mittleman, Ferris, Shulma, Steinberg, Ambinder, Mackell & Cohen, 1995; Redinbaugh, MacCallim & Kiecolt-Glaser, 1995; Schulz, Obrien, Bookwala & Fleissnes, 1995).

Contudo, o grau de prevalência de sintomas depressivos nos cuidadores de doentes de Alzheimer, varia consoante os estudos, a prevalência de depressão varia entre os 18% e os 83% em alguns estudos, enquanto que noutros trabalhos varia entre os 41% e 55% (Redinbaugh, MacCallim & Kiecolt-Glaser, 1995).

Cuidadores que lidem mais regularmente com situações de agressividade, embaraço, não-cooperação e comportamentos disruptivos por parte dos *seus* doentes de Alzheimer, apresentam mais sintomas depressivos do que aqueles cujos doentes se comportam de uma maneira mais sociável (Deimling & Bass, 1986; Pruchno & Resch, 1989; cit. Redinbaugh, MacCallun & Kiecolt-Glaser, 1995).

No entanto, o grau de aborrecimento que o comportamento do doente provoca no cuidador, é melhor preditor de sintomas depressivos nos cuidadores do que a frequência total de comportamentos problemáticos (Haley et al., 1987). Assim, cuidadores que tenham fortes reacções negativas aos comportamentos disruptivos do doente de Alzheimer, podem experienciar uma depressão mais acentuada do que aqueles cuidadores que não se sentem muito incomodados

por estes comportamentos inapropriados (Redinbaugh, MacCallim & Kiecolt-Glaser, 1995).

Reforçando estas conclusões, certos estudos sugerem que alguns cuidadores apresentem níveis elevados de stress, incluindo ansiedade, hostilidade, sintomas obsessivo-compulsivos e histeria (Haley, West, Wadley, Ford, White, Barret, Harrel & Roth, 1995).

Estes autores realizaram um estudo em 1995, que visava estudar o impacto psicológico, social e físico de ser cuidador, através da comparação entre cuidadores de famílias de raça negra, cuidadores de famílias de raça caucasiana e não-cuidadores.

Os resultados obtidos sugeriram que os cuidadores de raça negra são menos afectados pelos efeitos psicológicos negativos de ser cuidador do que os cuidadores de raça caucasiana. O impacto mental negativo na saúde parece ser específico da depressão e da satisfação com a vida e a ocorrer apenas entre os cuidadores de raça caucasiana.

Por outro lado, a comparação entre cuidadores e não-cuidadores, mostrou que os cuidadores de raça negra não apresentavam qualquer diferença significativa em relação aos não-cuidadores da mesma raça. No que se refere aos cuidadores de raça caucasiana, estes apresentavam mais do dobro dos níveis de stress psicológico em relação aos não-cuidadores de raça caucasiana.

Segundo um estudo de Coppel et al. (1985; cit. Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser, 1990), 28 dos 68 cuidadores de esposos(as) com Doença de Alzheimer

estavam frequentemente deprimidos, e 27 cuidadores já haviam estado deprimidos durante o período em que estiveram a cuidar do seu ente querido. Chegaram ainda à conclusão de que 81% da sua amostra já tinha estado deprimida em algum espaço do tempo em que eram cuidadores.

Em 1990, Dura, Stukenberg e Kiecolt-Glaser, estudaram o stress crónico e as perturbações depressivas em cuidadores de doentes de Alzheimer. Este estudo foi realizado com 86 adultos que eram cuidadores do seu esposo(a) e, 86 sujeitos equiparados sócio-demográficamente aos 86 cuidadores.

Os autores colocaram a hipótese de o stress originado pelo facto de ser cuidador, dar origem a uma maior incidência de perturbações depressivas durante o período de *cuidar*, do que as encontradas durante o mesmo período de tempo no grupo de controlo. Esperava-se que os cuidadores com uma história de anteriores perturbações depressivas antes de se terem tornado cuidadores, fossem mais vulneráveis durante o período em que eram cuidadores, do que indivíduos sem essa história, tal como os cuidadores com uma história familiar de perturbações psiquiátricas.

As conclusões retiradas deste trabalho, indicaram que os cuidadores (esposos(as)) experienciavam mais perturbações depressivas durante os anos que tinham estado a prestar cuidados, do que o grupo de controlo durante o mesmo período de tempo.

A incidência de perturbações depressivas não diferia entre os grupos nos anos que antecederam o início da função de cuidador.

Durante os anos em que os sujeitos foram cuidadores, 30% dos cuidadores experienciaram uma desordem depressiva versus 1% o grupo de controlo no mesmo período de tempo.

Apenas dois cuidadores apresentavam uma perturbação depressiva antes de se terem tornado cuidadores, mas, nem este facto nem a história familiar estavam relacionadas com a identificação dos cuidadores em risco.

Os cuidadores sem história pessoal ou familiar de depressão, desenvolveram as perturbações depressivas simultaneamente com a prestação de cuidados. Estas conclusões são consistentes com a hipótese de que o stress crónico pode ter uma contribuição significativa para o surgimento de perturbações depressivas.

Redinbaugh; MacCallun e Kiecolt-Glaser (1995), realizaram um estudo com o objectivo de averiguar qual a origem dos sintomas depressivos nos cuidadores dos doentes de Alzheimer.

Para isso, dividiram 103 cuidadores em três grupos: *nunca deprimidos*, *frequentemente deprimidos* e *sempre deprimidos*.

Os autores pretendiam determinar qual a influência do suporte social positivo, suporte social perturbador, reacção do cuidador aos problemas comportamentais e aos acontecimentos da vida negativos. Foi colocada a hipótese de que os cuidadores *sempre deprimidos*, apresentariam o maior défice de suporte social e o maior número de acontecimentos da vida negativos.

Assim, foram apresentados três modelos explicativos da influência das variáveis em estudo na depressão:

**Modelo 1.** A influência do suporte social positivo, suporte social perturbador, reacção do cuidador aos problemas comportamentais e aos acontecimentos da vida negativos na depressão, são mediados pelo stress percebido.

**Modelo 2.** A influência do suporte social positivo, suporte social perturbador, reacção do cuidador aos problemas comportamentais e aos acontecimentos da vida negativos sobre o stress percebido, são mediados pela depressão.

**Modelo 3.** A influência do suporte social positivo, suporte social perturbador, reacção do cuidador aos problemas comportamentais e aos acontecimentos da vida negativos actua directamente tanto sobre a depressão como sobre o stress percebido.

Os cuidadores foram entrevistados em três ocasiões diferentes, com aproximadamente um ano entre cada entrevista.

Os resultados obtidos demonstram que os cuidadores com persistentes níveis baixos de suporte social positivo e níveis elevados de acontecimentos da vida negativos, experienciavam cada ano que passava mais stress e mais sintomas depressivos (cuidadores *sempre deprimidos*).

Assim, 53% dos cuidadores apresentam sintomas depressivos em algum espaço de tempo, durante os três anos de duração do estudo.

A análise das diferenças entre os grupos indica que os comportamentos sociais

perturbadores, a reacção aos comportamentos, aos acontecimentos da vida e o stress percebido estão relacionados com os sintomas depressivos. Quando estas variáveis se combinam com o suporte social positivo, o suporte social positivo e os acontecimentos da vida negativos tornam-se os factores mais salientes relacionados com o stress e a depressão.

Todos os modelos suportam estas relações ao longo do tempo. No entanto, os modelos 1 e 2 são os que melhor se adequam aos dados obtidos.

Por outro lado, Cavaleiro e Teixeira (1999) verificaram que embora a maioria dos 30 cuidadores de Doentes de Alzheimer inquiridos, não apresentassem níveis de depressão significativos, existiam alguns cuidadores em que se verificava um grau de depressão moderado (17% da amostra).

Loss e Bowd (1997) efectuaram uma avaliação dos custos psicológicos de ser um cuidador, tendo concluído que embora os cuidadores se adaptem à situação, as consequências psicológicas negativas nunca eram totalmente eliminadas, persistindo apesar dos modelos individuais de coping e dos seus recursos pessoais.

Para além de cuidar de um familiar com Doença de Alzheimer ser uma fonte considerável de depressão, os esposos que cuidam dos seus companheiros parecem ser mais adversamente afectados do que os jovens que cuidam de um familiar. Os cuidadores esposos femininos parecem estar mais em risco do que os cuidadores esposos masculinos, apresentando níveis de depressão mais elevados (Rose-Rego, Strauss & Smyth, 1998).

## EXPECTATIVAS DOS CUIDADORES DE DOENTES DE ALZHEIMER

### DEFINIÇÃO

Na 10ª edição do «Grande Dicionário de Língua Portuguesa», de António de Moraes Silva, no IV volume é referido que *Expectativa* é um substantivo feminino que significa *expectação*, ou ainda o estado de quem espera observar. O termo *expectação*, por sua vez, refere-se à acção de esperar por alguma coisa ou por algum acontecimento e, tem ainda por sinónimos, *espera* e *esperança*.

O termo *expectativa* parece estar em relação com *esperar*, o que implica um sentido de duração temporal e, ainda, *ter esperança*, o que significa já um estado anterior (Serra, 1984).

As *expectativas* são comuns, fazem parte do dia-a-dia, quer em estados de saúde, quer de doença, tanto física como psíquica, o que faz com que quase não necessite de definição.

Em psicologia, podemos definir o efeito *expectativa* como referente a situações nas quais as *expectativas* que as pessoas têm para si, ou para outros, venham servir como previsão de auto-realização. Existem dois tipos de efeito de *expectativas*, a *expectativa intrapessoal* e a *expectativa interpessoal*. A primeira refere-se a situações em que a *expectativa* que uma pessoa tem para o seu próprio comportamento ajude a fazer com que esse comportamento se concretize, ao passo

que a expectativa interpessoal refere-se a situações em que a expectativa de uma pessoa em relação ao comportamento de outra ajude a que esse comportamento ocorra (Encyclopedia of Psychology, 2000).

As expectativas são formadas através de um processo cognitivo, ou seja, da aquisição de conhecimento, mas aparecem associadas à satisfação, que é, em si, um processo afectivo. É no entanto importante referir que se as expectativas são um processo cognitivo, elas nunca poderão ser um fenómeno estático mas sim realidades que nascem e se modificam em função de conhecimentos e experiências que vão sendo adquiridas.

Em relação aos serviços de saúde, as expectativas são formuladas pelos utentes sobre os cuidados que irão receber, ou seja, são a esperança ou suposição de que a sua experiência assistencial irá decorrer de certa forma.

## PAPEL DAS EXPECTATIVAS NA RELAÇÃO MÉDICO-UTENTE

A importância das expectativas na relação médico-utente manifesta-se em diferentes situações. Uma delas é, por exemplo, na determinação da ida de um doente a um dado hospital. A prática clínica revela que, na procura de cuidados, tem um papel decisivo a informação (boa ou má) veiculada por via afectiva, isto é, que um outro utente transmite.

Porém, já no decurso de um tratamento, o papel das expectativas continua a ser significativo, uma vez que um utente, quando se dirige a um clínico, traz consigo

certos conceitos de doença e de tratamentos. Actualmente compreende-se, sob este aspecto, que pode ser conseguido um avanço melhor e mais rápido se o terapeuta dedicar algum tempo a cuidar das expectativas do utente e lhe explicar o que tem, o que poderá ser feito e eventuais resultados a conseguir (Serra, 1984).

Franck (1973; cit. Serra, 1984) salienta que as expectativas favoráveis geram sentimentos de optimismo, energia e bem-estar. Pelo contrário, sob o ponto de vista emocional, quando a consequência é traumática, produz um aumento da ansiedade, seguido de depressão (Seligman, 1975, pp. 46 e 47; cit. Serra, 1984).

É a expectativa e não as condições objectivas de controlabilidade que é a determinante do desespero. Não é a simples presença de um acontecimento aversivo que descompensa. Mas sim a *percepção de não se ter controlo sobre o mesmo* (Serra, 1984).

As expectativas dos utentes podem assumir a forma do que é ideal, esperado, mínimo tolerável e merecido (Oliver, 1977; cit. John, 1992) ou alternativo, previsto e desejado (Swan & Trawick, 1980; cit. John, 1992).

## EXPECTATIVAS DOS CUIDADORES DOS DOENTES DE ALZHEIMER

Os cuidadores dos Doentes de Alzheimer, quando se dirigem a uma instituição hospitalar, esperam que os técnicos de saúde tenham em conta, em determinadas situações, alguns aspectos da Doença de Alzheimer (expectativas que os cuidadores têm da actuação dos técnicos de saúde). Algumas dessas situações são:

⇒ As conversas informais com os doentes, não são tão correntes como se poderia esperar. Este facto, acarreta muitas considerações.

No **estádio II** da doença as dificuldades de comunicar dos doentes são já bastante grandes, embora as suas capacidades de raciocínio e memória lhes permitam ainda falar da sua história pessoal e da dos outros. Na maior parte das vezes aquilo que dizem não é de fácil compreensão para quem não conheça já o que o doente está a dizer.

Esta situação vai fazer com que os técnicos de saúde muitas vezes não prestem atenção àquilo que lhes está a ser dito pelo paciente. Outras vezes, os pacientes não conseguem responder ao que lhes é perguntado, quer por não perceberem as perguntas, quer por não conseguirem falar.

Tudo isto faz com que os técnicos de saúde cuidem dos doentes sem comunicarem com estes, não estimulando assim as capacidades que estes ainda têm. Seria aconselhável, por exemplo, incentivar o doente a utilizar a linguagem gestual e simbólica, assim como fazer as suas perguntas de diferentes formas e pausadamente utilizando palavras curtas e simples, até o doente perceber.

⇒ O doente de Alzheimer tem necessidade de sentir que tem apoio, que está protegido num mundo onde não conhece ninguém, onde se encontra sozinho. Torna-se necessário que os técnicos de saúde façam o doente sentir que não foi abandonado pelas pessoas que ainda reconhece.

Tal como já foi referido anteriormente, estes sentimentos de abandono, levam normalmente a ataques de pânico, podendo o doente começar a deambular pelos corredores à procura de uma cara conhecida, ou mesmo *daquela* cara que normalmente *cuidava de si*.

A fuga do local onde normalmente se encontra é muito fácil para o doente, bastam alguns segundos sem vigilância para que o doente desapareça do local. Estas fugas são bastante perigosas devido à sua crescente falta de equilíbrio, que pode fazer com que estes, por exemplo, possam cair de umas escadas.

Seria, portanto, aconselhável que caso um (ou o) cuidador se prontificasse para tal, a sua permanência junto ao *seu doente* fosse permitida para além da hora das visitas.

⇒ Outro aspecto importante, é o estado de agitação e ansiedade em que é frequente os Doentes de Alzheimer se encontrarem.

Pode ser necessário administrar medicamentos ao doente para controlar o seu comportamento, mas pode causar uma maior deterioração no pensamento ou fazer piorar o comportamento (Mace, Rabins, Castleton, McEwen & Meredith, 1992).

O procedimento mais usual, é os enfermeiros recorrerem à folha médica do paciente e administrarem o sedativo prescrito pelo médico. Este comportamento tem na sua base, não só o medo de castigo por não seguirem a prescrição médica (Ribeiro & Lourenço, 1996), como também, a vontade de acalmar rapidamente o

doente e para por termo à confusão e barulho que este estaria possivelmente a fazer.

Assim, uma atitude relativamente frequente, é a administração de sedativos para acalmar o doente. Isto num estado mais avançado da doença não resulta, pois o doente já não reage normalmente à medicação dado o estado degenerativo da doença.

Pode também ter um efeito oposto ao que se espera, ou seja, em vez do doente se acalmar, fica mais agitado podendo, por exemplo, desequilibrar-se e cair (Leitão, 1994).

Para se acalmar um doente de Alzheimer em estado agitado, basta, por vezes, falar-lhes de uma forma doce, calma podendo ao mesmo tempo acarinhar o paciente com festas na cara ou no cabelo.

Seria preferível que o enfermeiro agisse de uma forma meiga e cadenciada (falando devagar, baixo e no mesmo tom e ritmo) para com o doente. O contacto físico é bastante importante, e caso este seja difícil de estabelecer devido às fugas do doente, com a cadência da fala este será relativamente fácil de estabelecer.

⇒ Os doentes de Alzheimer passam por momentos de delírio com ideias de perseguição e pejorativas, alucinações e manifestações obsessivas.

Os técnicos de saúde poderão ser acusados pelo paciente de lhes quererem fazer mal, por exemplo de os quererem envenenar com a comida, de os terem roubado, etc. É frequente o doente acusar o enfermeiro de maus tratos físicos.

Nestas condições os técnicos de saúde têm tendência para negar as acusações refilando calorosamente, o que não é aconselhável, pois este procedimento vai agitar ainda mais o doente, causando-lhe medo e aumentando o seu estado de ansiedade.

⇒ O comportamento violento destes doentes pode fazer com que os doentes não só possam magoar os outros, como se possam magoar a si próprios.

Os doentes de Alzheimer têm mudanças de estado emocional e explosões afectivas. Alguns profissionais não são capazes de reconhecer que isto é devido à diminuição da capacidade de compreensão da realidade. Porque interpretam mal os acontecimentos, eles reagem a ameaças, perigos ou insultos mal interpretados ou explodem com a frustração que se vai acumulando. Isto pode ser considerado como uma má criação ou comportamento inaceitável.

Os doentes têm a tendência para ocultarem objectos cortantes, pois estes exercem sobre eles um fascínio muito grande e inexplicável. É frequente os doentes ferirem-se gravemente, sem terem a consciência da dor que provocam a si próprios devido aos danos provocados pela doença no Sistema Nervoso Central.

O doente agride, também, os que o rodeiam, sem se aperceber do que está a fazer.

Os técnicos de saúde deverão ter especial atenção a esta situação, e no caso de se aperceberem de que o doente possui um objecto que pode ser perigoso, tentar obtê-lo de uma forma discreta e bastante calma. É importante estar com bastante atenção durante a refeição do doente, pois este poderá tentar esconder os talheres.

Sempre que possível estas explosões de temperamento devem ser enfrentadas com calma. Não se pode usar a lógica com pessoas que normalmente são incapazes de perceber uma explicação. Levantar a voz só aumenta a reacção. Por isso deve-se tentar manter a calma, o que também ajuda o doente a manter a compostura (Minister of National Health and Welfare, 1994).

"Apesar de ter sido uma pessoa tímida e plácida, Alice torna-se agitada. Numa manhã, dá uma bofetada a Pat, depois esquece-se rapidamente do incidente."

Bowløe, 1991 (op. cit. pp. 73).

⇒ As informações que os cuidadores tentam transmitir aos técnicos de saúde, sobre a melhor forma de lidar com o *seu doente* podem ser mal recebidas pelos técnicos.

Por norma, os técnicos de saúde, não aceitam muito bem as informações dadas pelos cuidadores, pois acham que dispõem de informação suficiente para tratar qualquer tipo de doente, reagindo com desinteresse.

Uma vez que cada doente tem um percurso particular dentro do mundo da Doença de Alzheimer, e uma vez que é o cuidador que mais de perto lida com as sucessivas manifestações da doença, é ele que melhor conhece a forma adequada para resolver cada uma das situações do dia-a-dia. É, portanto, de grande

importância a informação que o cuidador tem para transmitir, sendo aconselhável que os técnicos de saúde retirem notas daquilo que lhes é transmitido (Mace, Rabins, Castleton, McEwen & Meredith, 1992).

Destas exposições, tornou-se bastante saliente a importância da vigilância permanente ao doente, assim como o modo de dialogar com os doentes e com os cuidadores.

De extrema relevância é o modo de falar com o doente, que se tem demonstrado ser o melhor sedativo para este, favorecendo a sua disposição para a reabilitação cognitiva, isto é, evitando assim o estado de sonolência provocado pelos sedativos que apenas ajudam a progressão mais rápida da demência. A melhor maneira de demonstrar o bem querer ao doente de Alzheimer é a tolerância e a demonstração permanente de afecto incondicional. Mesmo num estado avançado da doença, a única coisa que o doente não perde é a capacidade de se aperceber que ainda o amam. O caminho a seguir deverá ser a tomada de atitudes que sejam excepções às normas, por exemplo alargar excepcionalmente a hora de visita, permitir visitas fora de horas, telefonemas que significam muito para os doentes, tudo isto poderá aumentar muito o bem estar dos pacientes (Gameiro, 1989).

Os técnicos de saúde foram durante tanto tempo treinados a ignorar, suprimir e não mostrar os seus próprios sentimentos, que podem inconscientemente tentar suprimir os sentimentos dos pacientes e ressentirem-se quando estes os querem partilhar com eles (Martins, 1994).

## EXPECTATIVAS DE COMUNICAÇÃO

No seu artigo, Teixeira (1996) refere que:

*"Existe actualmente um consenso generalizado sobre a inadequação do sistema de saúde para dar resposta às necessidades psicológicas dos sujeitos que a ele recorrem, quer nos cuidados primários quer nos cuidados diferenciados.*

*Isto gera graus significativos de insatisfação, na medida em que as pessoas necessitam mais do que cuidados físicos, designadamente atenção ao seu bem estar psicológico, condições de saúde mental, crises pessoais ou familiares e dificuldades de adaptação a novas fases do ciclo de vida ou a novos papéis profissionais.*

*Vários estudos realizados noutros países apontam no sentido de que parte importante da insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde relaciona-se com a insatisfação com o comportamento profissional dos técnicos de saúde" (op. cit. pp. 135).*

Existe, portanto, uma insatisfação em relação aos cuidados de saúde que se encontra ligada à comunicação.

Os problemas de comunicação, passíveis de ocorrer nos serviços de saúde, podem ser analisados em vários aspectos diferentes, aspectos esses que se encontram representados na tabela 5 (Teixeira, 1996).

Tabela 5 - **Problemas de Comunicação nos Serviços de Saúde.**

<i>TRANSMISSÃO DE INFORMAÇÃO</i>	Informação insuficiente, imprecisa ou ambígua; Informação excessivamente técnica; Tempo escasso dedicado à informação; Inadequação das mensagens preventivas.
<i>ATTITUDES COMUNICACIONAIS</i>	Encorajamento escasso de perguntas; Evitamento de dados sobre situações pessoais, familiares ou profissionais; Negligência das vivências de doença; Estilo autoritário de influência;
<i>COMUNICAÇÃO AFECTIVA</i>	Distanciamento afectivo; Desinteresse em relação a preocupações/expectativas; Escassa transmissão de segurança emocional; Dificuldade em empatizar.
<i>ANÁLISE DO PEDIDO</i>	Dificuldade na identificação de pedidos relacionados com crises pessoais, problemas de adaptação ou psicopatologia; Focalização no primeiro problema apresentado.

Turk e Meichenbaum (1991), referem que os prestadores de cuidados de saúde que adoptam um estilo de comunicação autoritário, assumem em geral que os sujeitos têm medos e ansiedades ligadas a acontecimentos triviais, e que estes devem aceitar os tratamentos recomendados ou encontrar outro médico. Este tipo de relação promove insatisfação.

Estas dificuldades de comunicação poderão ter influência em diversos campos como sejam o relacionamento técnico de saúde - cuidador, técnico de saúde - doente de Alzheimer.

## **SATISFAÇÃO DOS UTENTES EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE**

### **SATISFAÇÃO**

Tem existido um interesse considerável na satisfação dos utentes com a saúde e com os cuidados médicos nos últimos 25 anos, como é evidente pelo número de publicações teóricas e empíricas sobre esta temática.

A pesquisa sobre a satisfação dos utentes vai ao encontro de três objectivos principais (Patrick, Scrivens & Charlton, 1983):

1. Determinar como e em que medida a satisfação influencia a procura de cuidados médicos, a adesão ao tratamento ou o estabelecimento de uma relação contínua;
2. Usar a satisfação como um indicador da qualidade dos cuidados, incluindo a competência técnica do médico para diagnosticar e tratar, o grau de cuidados pessoais como a amabilidade ou desrespeito, acessibilidade dos técnicos de saúde e dos serviços;

3. Ajudar os técnicos de saúde a compreender o ponto de vista dos utentes e para aumentar a responsabilidade daqueles que planeiam, controlam e prestam os serviços essenciais.

Mas, o que se entende concretamente por satisfação? O que estudam os autores quando escrevem sobre satisfação?

A literatura especializada tem observado o fenómeno e moldado o conceito ao sabor dos objectivos particulares que inspiram as suas diferentes pesquisas.

Não encontramos um conceito unívoco de satisfação, já que os autores sublinham frequentemente as suas dimensões, os factores que a determinam ou são causados por ela, mas poucas vezes tentam uma teorização do conceito.

O termo tem sido empregue para designar coisas diferentes, consoante o contexto em causa:

- ⇒ Como uma atitude do utente em relação aos cuidados de saúde em geral;
- ⇒ Como uma reacção do utente a um prestador específico;
- ⇒ Como uma atitude do utente em relação a uma experiência concreta;
- ⇒ Como um resultado desejado associado a outras realidades, tais como a qualidade dos cuidados ou as expectativas dos utentes.

A satisfação dos utentes com os cuidados médicos que lhes são prestados, têm sido considerados importantes para se compreender o funcionamento do sistema de saúde. Os resultados obtidos reflectem os valores e as expectativas relativas aos diferentes aspectos dos cuidados médicos (Hall & Dornan, 1988).

Vejamos a que se referem diversos autores, quando estudam a satisfação:

Cleary e McNeil (1988) definiram a satisfação dos utentes baseando-se em Pascoe (1983). A satisfação dos utentes é definida como um conjunto de reacções dos utentes em relação a vários aspectos da sua experiência. A satisfação consistia numa avaliação cognitiva e numa reacção emocional à estrutura, processo e aos resultados dos serviços.

É de grande pertinência quando estes autores salientam o facto de que este tipo de avaliação depende dos objectivos característicos descritos, pelos utentes, dos cuidados de saúde que recebem (expectativas).

Fitzpatrick (1997) salienta a importância do conceito de satisfação fundamentalmente por duas razões:

- Chamar a atenção para o conhecimento de como os utentes respondem aos cuidados de saúde;
- Como medida da qualidade dos cuidados de saúde.

A satisfação implica um conjunto de condicionantes das quais as relações interpessoais são uma parte importante. A satisfação corresponde a uma avaliação cognitiva e a uma reacção emocional à estrutura (características relativamente estáveis do prestador de cuidados, seus recursos e condições físicas e organizacionais), processo (cadeia de acontecimentos desencadeados para solucionar o problema de saúde e acontecimentos paralelos) e resultado dos cuidados prestados pelo serviço de saúde (impacto no estado de saúde), nos domínios *técnico* (ou científico), *interpessoal* (ou de relação) e de «*amenidades*» (ou conforto). A continuidade da utilização dos serviços é muitas vezes consequência da satisfação por parte do utente (Santana, 1996).

Hulka et al. (1970; cit. Gonçalves, 1996) concebem a satisfação estreitamente ligada à continuidade de cuidados, e relacionam-na com o facto de o utente ter ou não um acompanhamento regular do médico.

Weiss e Ramsey, em 1989, abordaram, o assunto da continuidade e concluíram que quanto maior é o grau de continuidade no relacionamento médico/utente, maior é o nível de satisfação do utente (Nelson & Niederberger, 1990; cit. Guerreiro, 1994).

Para Larsen e Rootman (1976; cit. Gonçalves, 1996), a satisfação está relacionada com a conformidade da prestação do médico às expectativas dos utentes, aquilo a que chamam o "physician conformity index".

Stimson e Webb relacionaram a satisfação do utente com a percepção do resultado do cuidado de saúde e a medida em que o resultado vai ao encontro da expectativa (Nelson & Niederberger, 1990; cit. Guerreiro, 1994)

Wooley et al. (1978; cit. Gonçalves, 1996) concluem que a satisfação global do utente é o resultado de quatro variáveis: - A satisfação com os resultados; - A continuidade de cuidados; - As expectativas dos utentes; - A relação inter-pessoal médico/utente.

A satisfação é definida por Woodside, Frey e Daly (1989) como um tipo específico de comportamento do utente, em que a percepção da qualidade dos serviços é influenciada pela satisfação do utente, que por sua vez influencia a decisão de escolha do prestador. A satisfação está também positivamente associada a padrões de retorno dos utentes a um prestador.

Fisk et al. (1990) sugerem que a satisfação só é obtida quando a relação assistencial supera as expectativas do utente.

Reidenback e Sandifer-Smallwood (1992; cit. Guerreiro, 1994) investigaram possíveis relações entre a satisfação do utente, a qualidade dos cuidados e a vontade de recomendar esses serviços a terceiros. No universo estudado, a dimensão "patient confidence", ou seja, a confiança no prestador, era o factor de maior impacto na satisfação.

Lemke, ao explorar este tema, determinou que a satisfação do utente também é afectada pela administração interna, nomeadamente em aspectos como sejam a condução da admissão e as condições hoteleiras (Nelson & Niederberger, 1990; cit. Guerreiro, 1994).

Para Carr-Hill (1992) a satisfação humana é um conceito complexo, que está relacionado com estilos de vida, experiências passadas, expectativas futuras e com valores quer do indivíduo, quer do meio envolvente.

John (1992) sugere que a satisfação do utente é uma atitude determinada pela confirmação/desconfirmação das expectativas.

Suñol (1992; cit. Gonçalves, 1996) é da opinião que a satisfação não é influenciada pelo desempenho técnico do prestador, mas sim pela capacidade relacional do mesmo. A satisfação com os aspectos técnicos da prestação tem a ver com a confiança, e não com a sua avaliação crítica, uma vez que estamos em campos que o utente não domina.

Donabedian (1992; cit. Gonçalves, 1996) em opinião contrária, defende que a componente técnica dos cuidados pode ser reconhecida *à posteriori* pelos indivíduos, através dos resultados alcançados pelos tratamentos.

Williams (1994) no seguimento de Suñol, afirma que há poucas evidências da ligação satisfação/expectativas, já que em certas situações é questionável a própria existência

de expectativas. Elas podem existir quanto às comodidades da prestação, mas não quanto à componente técnica, vista ser um campo que transcende o utente.

Um contributo muito importante na área da conceptualização, foi dado por Linder-Pelz (1982; cit. Guerreiro, 1994) através do seu modelo "Expectativa-valor", baseado na distinção de Fishbein e Azjen entre atitude e percepção.

Uma atitude distingue-se de uma percepção pelo seu carácter avaliativo ou afectivo.

A componente afectiva pode ser definida como um sentimento pró ou contra um determinado objecto. Deste modo, a atitude contém em si um sentimento favorável em relação a um objecto, enquanto que a percepção representa apenas a informação disponível sobre esse objecto (mas não um sentimento em relação ao mesmo).

Um tipo de percepção são as crenças. Crenças são os elementos cognitivos que se integram numa atitude, suscitando um afecto positivo ou negativo em relação a um objecto, mas sem estarem impregnadas de conotações afectivas (Guerreiro, 1994).

A satisfação do utente será assim uma atitude, uma avaliação positiva ou afectiva das diversas dimensões em que se desdobra o processo de cuidar. No cerne desta teoria estão as expectativas que podem ser entendidas como crenças de que algo vai suceder de uma maneira determinada.

Se a avaliação posterior confirmar essas expectativas, existirá uma atitude positiva que pode determinar a *satisfação* do utente, se não as confirmar existirá *insatisfação*.

Para Ross et al. (1987), a satisfação dos utentes é uma resposta (afectiva ou emocional) dos utentes à sua avaliação (cognitiva ou com conhecimento de factos) dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde (qualidade percebida) durante uma experiência como utentes.

Assim, a avaliação dos utentes e a consequente resposta emocional e comportamental do utente é baseada na percepção da qualidade dos cuidados recebidos.

Ross et al. (1987) continua o seu raciocínio afirmando que, a satisfação dos utentes como uma atitude, e consequentemente uma resposta emocional, tem demonstrado ser determinante para a confirmação ou a *não confirmação* das expectativas dos utentes.

A *não confirmação* das expectativas relativas a um hospital, é o resultado da comparação da percepção da qualidade dos cuidados prestados actualmente no hospital, com as expectativas.

Desta forma, dependendo da confirmação ou da *não confirmação* das expectativas, pela percepção dos utentes da experiência hospitalar actual, os utentes ou estão *satisfeitos* ou *insatisfeitos* com a qualidade dos cuidados prestados a nível hospitalar.

Satisfação dos utentes =  $f$  (não confirmação das expectativas)

Não confirmação das expectativas =  $f$  (expectativas e percepção da  
experiência actual)

A qualidade percebida é a avaliação da experiência hospitalar determinada pelos cuidados hospitalares. A qualidade percebida é ainda influenciada pelas expectativas, ou seja, a percepção da performance hospitalar é mediada pelas expectativas hospitalares dos utentes e resulta na qualidade percebida.

<p>Qualidade percebida da actual experiência hospitalar = <math>f</math> (expectativas e percepção da actual experiência hospitalar)</p>
--

Assim, as expectativas dos utentes determinam tanto a avaliação (qualidade percebida), como a resposta (grau de satisfação) à avaliação do desempenho do técnico de saúde.

Williams (1994) fez uma compilação de vários modelos que apresentam como objectivo caracterizar a satisfação dos utentes:

Modelo da Avaliação das Expectativas: este modelo foi criado por Linder-Pelz e caracteriza a satisfação dos utentes como uma atitude positiva que está relacionada com a crença de que os cuidados de saúde possuem certos atributos e a avaliação desses atributos por parte dos utentes.

Os atributos podem ser vistos como dimensões distintas dos cuidados de saúde (*acesso, eficácia, custo, conveniência, Tc*). Consequentemente, a satisfação é baseada em duas informações: crença na força e avaliação de dimensões dos

cuidados de saúde. Especificamente, medição da crença na força (B) sobre atributos (i) e medição da avaliação (E) desses atributos são multiplicados e os produtos somados, surgindo a seguinte equação:  $\sum_{i=1} B_i E_i$

Modelo da Discrepância: A satisfação é o resultado da discrepância entre aquilo que um indivíduo deseja e aquilo que ele experiêcia como uma proporção desses desejos. Os autores variam na sua definição de desejos, alguns denominam-os de "expectativas", outros de "o que é importante" e outros ainda de "o que deveria ser".

Modelo do Desempenho: A satisfação é a diferença entre as recompensas desejadas e as recebidas. Ao contrário dos defensores do modelo da discrepância, os defensores do modelo do desempenho consideram a diferença simples entre o que ocorre e o que deveria ocorrer/o que é esperado/importante".

Modelo da Imparcialidade: Propõe que a satisfação é a imparcialidade percebida, ou o equilíbrio percebido entre inputs e outputs (resultados). O modelo da imparcialidade salienta a importância de avaliar o nosso próprio equilíbrio com o equilíbrio dos outros e assim introduzir o papel que os processos de comparação social podem ter na avaliação dos cuidados de saúde.

A reflexão feita até ao momento permite-nos encarar a satisfação, não como um conceito indefinido, mas sim multidefinido. A satisfação será uma resposta emocional à avaliação que o utente faz de uma experiência assistencial. É uma

---

atitude individual com um processo específico de formação, relativamente à qual influências de ordem pessoal e social, tais como condições sócio-demográficas ou expectativas, determinam a avaliação positiva ou negativa que é feita do encontro com o técnico de saúde.

### SATISFAÇÃO E COMPORTAMENTOS DE ADESÃO

Os utentes que estão mais envolvidos nos cuidados que lhes estão a ser prestados, provavelmente contribuem mais facilmente com os tratamentos, e conseqüentemente obtêm melhores resultados (Cleary & McNeil, 1988).

Logo, é importante que o utente esteja satisfeito com a qualidade dos cuidados de saúde existentes ao seu dispor, pois assim, mais facilmente recorrerá a estes cuidados.

A maioria dos sujeitos tem preferência pelos cuidados médicos que envolvem um estilo centrado nos próprios, em que o médico é acolhedor, os ouve e lhes explica a doença e o tratamento a ser feito. Os estudos mostram que os sujeitos que estabelecem este tipo de relação com os médicos, evidenciam melhores graus de adesão (Sarafino, 1990).

Num estudo realizado por DiMatteo e DiNicola (1984; cit. Brannon & Feist, 1992) verifica-se que aspectos da comunicação não verbal, como o contacto visual e o sorriso, foram referidos como indicadores de uma relação facilitadora da adesão.

Por outro lado, Gastorv e Galanos (cit. Brannon & Feist, 1992) observaram que os níveis de adesão tendiam a diminuir conforme os pacientes percepcionavam os seus médicos como autoritários e quando sentiam que não estavam a ser tratados como elementos activos e determinantes no processo de tomada de decisão.

Factores presentes na interacção entre o médico e o utente, podem influenciar a adesão.

Alguns autores defendem que os níveis de adesão tendem a aumentar conforme o sujeito acredita na competência técnica do seu médico (Becker, Drechman & Kirscht, 1972; Gilbert, 1989; cit. Turk & Meichenbaum, 1991).

Outras investigações permitiram concluir que os graus de adesão às recomendações médicas, tendem a aumentar quando os técnicos de saúde transmitem aos pacientes informações sobre a sua doença e sobre os vários procedimentos do tratamento (Brannon & Feist, 1992).

Rost e Col. (1989; cit. Brannon & Feist, 1992) observaram que a adesão aumentava quando os médicos estabeleciam com os utentes um diálogo informativo, respondendo a todas as suas dúvidas.

Kincey et al. (1975; cit. Carr-Hill, 1992), mostraram que a satisfação com a informação está significativamente associada com a adesão subsequente. A satisfação com os cuidados de saúde determina se o utente procura os concelhos médicos, adere ao tratamento e mantém uma relação continua com o médico.

A satisfação dos utentes será considerada como um resultado do processo dos cuidados de saúde.

Apesar de serem normalmente referidos altos níveis de satisfação, num estudo realizado em 1985 por Halpern (cit. Carr-Hill, 1992), apenas 36% (n = 1500) acharam que o Sistema Nacional de Saúde de Inglaterra era "muito bom" ou "extremamente bom". O mesmo estudo, mostrou que 26% da amostra, já utilizava uma ou mais formas de medicina alternativa, sugerindo "insatisfação" com alguns aspectos de saúde prestados pela medicina convencional.

Este autor refere, ainda, um estudo em que se comparou as atitudes em relação ao Sistema Nacional de Saúde de Inglaterra e aos cuidados de saúde privados, e os resultados indicam uma grande insatisfação em relação ao Sistema Nacional de Saúde de Inglaterra.

Os técnicos de saúde reconhecem a importância da percepção dos utentes acerca dos cuidados de saúde. Estão, por isso, a aumentar os seus esforços para satisfazer os utentes. Melhoramentos na qualidade dos cuidados de saúde é a chave para uma

maior ocupação do hospital, ou seja, para aumentar a satisfação dos utentes fazendo com que eles retornem ao hospital (John, 1992).

A satisfação dos utentes, que tem sido vista como uma atitude face a futuras experiências, tem uma influência significativa na lealdade dos utentes (Bearden & Tell, 1983; cit. John, 1992).

Swan et al. (1985; cit. John, 1992) e mais recentemente Woodside, Frey e Daly (1989; cit. John, 1992) demonstraram que a satisfação global dos utentes com os cuidados hospitalares está positivamente associado com as intenções dos utentes em voltarem ao mesmo hospital.

## **SATISFAÇÃO DOS UTENTES EM RELAÇÃO A CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES**

Foram realizados vários estudos com o objectivo geral de avaliar e de verificar que aspectos influenciam a Satisfação dos Utentes em Relação a Cuidados de Saúde Hospitalares.

Larson, Nelson, Gustafson e Batalden (1996) pretenderam determinar se existia uma associação entre o facto de os técnicos de saúde irem ao encontro das necessidades de informação dos utentes e a satisfação global dos utentes com os cuidados de saúde hospitalares e os seus resultados gerais de saúde.

A amostra foi de 167 utentes (que sofreram um Enfarte do Miocárdio) que haviam tido alta do Hospital há pelo menos 8 semanas. A avaliação foi feita através de questionários e os resultados revelam que o facto de os técnicos de saúde irem de encontro à informação requerida pelos utentes, estava positiva e significativamente associada com ambas as satisfações dos utentes estudadas.

Ao nível da conclusão é, então, sugerido que os Técnicos de Saúde deveriam assegurar-se de que vão ao encontro das necessidades de informação dos utentes, com condições específicas, porque as percepções dos utentes da qualidade dos

cuidados e qualidade de vida estão associadas às capacidades dos prestadores de cuidados transmitirem informações-chaves aos seus utentes.

Carmel (1985), quis explorar qual e com que extensão a satisfação dos utentes em 3 tipos de serviços hospitalares (médico, enfermagem e de apoio) era explicada diferencialmente pelas características sociodemográficas, psicossociais, situacionais e atitudinais.

A amostra recolhida foi de 476 utentes (hospitalizados à pelo menos 48h na cirurgia ou ortopedia).

Os melhores preditores da satisfação com os 3 tipos de serviços foram (por ordem de importância):

- A melhoria percebida na saúde;
- Dimensão das redes sociais;
- Satisfação com as organizações no passado;
- Idade.

A relação com os técnicos de saúde traduz uma maior satisfação nos serviços médicos do que nos serviços cirúrgicos (apenas no serviço médico e no serviço de enfermagem).

Assim, os resultados deste estudo sugerem que quando os pacientes percebem que o seu principal objectivo foi atingido (melhoria no estado de saúde), tendem a dar

pouca importância às deficiências no *processo de atingir as melhoras*, ou seja, na prestação de serviços.

Analisar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cirurgia antes, durante e depois de um corte nos gastos e da realização de uma intervenção ao nível da enfermagem, foi o objectivo do estudo de Ottosson, Hallberg, Axelsson e Lovéns (1997).

Este estudo foi realizado em duas fases, a primeira em 1993 (com uma amostra de 131 utentes) e a segunda fase foi realizada em 1994 (com uma amostra de 128 utentes). O questionário da satisfação dos utentes cobria áreas como:

- A satisfação dos utentes com a informação e a tomada de decisão;
- A satisfação dos utentes com as instalações e o tratamento físico ou exames;
- Satisfação dos pacientes com o contacto e com a relação *pessoal-utentes*;

A análise dos resultados obtidos, mostra graus de satisfação mais baixos nos utentes do sexo feminino, jovens ou nos utentes que se encontravam muito doentes.

Enquanto que os resultados obtidos entre 1991 e 1993 mostravam um melhoramento geral na qualidade dos cuidados, medido pela satisfação dos utentes, permaneceu em 1994 ao mesmo nível em que se encontrava em 1993, ou decresceram, tendo em conta os contactos dos utentes com o *pessoal*, os médicos,

envolvimento nas tomadas de decisão, ansiedade antes do exame e tratamento, ansiedade em relação ao segredo profissional, oportunidade de dormir sem ser perturbado, cuidados físicos de enfermagem, preparação para a alta e oportunidade de ter influência na solução dos seus problemas físicos.

Assim, uma deterioração na qualidade parece ter tido lugar em 1994 indicando que os cortes nos gastos podem ter sido demasiado drásticos e podem ter sido feitos às custas da satisfação dos utentes.

O estudo realizado por Williams e Calnan (1991) tinha como objectivo medir os níveis de satisfação dos utentes em relação a diferentes aspectos dos cuidados de saúde.

A amostra foi de 454 sujeitos com mais de 18 anos, escolhidos aleatoriamente através do registo eleitoral. Os questionários foram enviados aos sujeitos.

Os resultados obtidos indicaram que os níveis de satisfação eram altos, no entanto 38% dos inquiridos sentiam que não podiam discutir problemas pessoais com o seu médico e 26% mostravam-se insatisfeitos com a quantidade de informação recebida.

**SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES DOS DOENTES DE ALZHEIMER EM  
RELAÇÃO A CUIDADOS DE SAÚDE HOSPITALARES PRESTADOS  
AOS DOENTES DE ALZHEIMER**

Cox (1996), realizou um estudo sobre a satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer com o processo de *dar alta* do hospital, a estes doentes.

O estudo foi feito com 172 cuidadores de doentes de Alzheimer hospitalizados.

Os resultados indicam que as assistentes sociais têm uma importante influência na decisão de *dar alta* ao doente, mas a sua influência mais aumenta quando os doentes são enviados para «lares de enfermagem».

No entanto, a satisfação destes cuidadores é dependente da quantidade de envolvimento que têm no processo.

Desta forma, as expectativas de participação parecem ter, de facto, influência na satisfação dos cuidadores.

Fortinsky e Hathaway (1990), realizaram um estudo com 58 cuidadores em actividade e 57 ex-cuidadores de doentes de Alzheimer. Os cuidadores referiram que os médicos não possuíam nem comunicavam uma quantidade aceitável de informações sobre a Doença de Alzheimer na altura do diagnóstico.

Este estudo encontra-se em consonância com a comunicação apresentada por Teixeira (1996), referida no subcapítulo *EXPECTATIVAS DE COMUNICAÇÃO*.

Também no estudo realizado por Haley, Clair e Saulsberry (1992), com 88 cuidadores (com a idade média de 60.18 anos) sobre a sua experiência com os cuidados médicos prestados aos doentes de Alzheimer, os resultados apresentaram semelhanças com os resultados deste estudo de Fortinsky e Hathaway (1990).

Apesar de a maioria dos cuidadores expressarem uma satisfação geral (apenas 28.4% do cuidadores demonstraram insatisfação), eles mostravam níveis de insatisfação mais elevados do que é normal em estudos sobre a satisfação em relação aos cuidados médicos.

Foi expressa uma grande insatisfação no que diz respeito à quantidade de informação recebida sobre a demência. São ainda motivos de insatisfação os diagnósticos fornecidos pelos médicos, que são considerados pelos cuidadores como sendo vagos, assim como o facto de considerarem que recebem da parte dos médicos informações insuficientes sobre os serviços de suporte existentes para os doentes de Alzheimer e seus cuidadores (torna-se necessário salientar o facto de que em Portugal, os serviços de suporte aos doentes de Alzheimer e seus cuidadores por parte do estado, são praticamente inexistentes).

Um aspecto relevante é o facto de em 31 dos 32 itens estudados, como por exemplo na área da informação recebida, ficou demonstrada a existência de uma discrepância entre as expectativas dos cuidadores e as experiências vividas por estes.

Os cuidadores deste estudo consideraram os médicos como sendo competentes, carinhosos e atenciosos.

Cavaleiro e Teixeira (1999) estudaram uma amostra de 30 cuidadores de ambos os sexos, entre os 41 e os 90 anos.

Os resultados obtidos por estes autores são consonantes com os estudos realizados por Fortinsky e Hathaway (1990); Haley, Clair e Saulsberry (1992); Larson, Nelson, Gustafson e Batalden (1996) e Williams e Calnan (1991).

De facto, os cuidadores estudados, revelaram-se genericamente insatisfeitos com a qualidade dos cuidados hospitalares que são prestados aos doentes de Alzheimer, bem como com a quantidade de informação transmitida pelos técnicos de saúde sobre a doença. No entanto, embora a quantidade de informação recebida fosse considerada escassa, a sua qualidade foi considerada boa, apesar de afirmarem que médicos e enfermeiros nunca lhes disseram as mesmas coisas sobre a Doença de Alzheimer.

Os cuidadores estavam insatisfeitos com a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e satisfeitos com a qualidade dos cuidados médicos, apesar de considerarem que os médicos não perguntaram nem aceitaram informações sobre como lidar com o doente de Alzheimer que estavam a acompanhar.

Em situações de internamento, a permissão para acompanhar o doente para além do horário normal de visitas é o aspecto dos cuidados hospitalares que mais agrada aos doentes.

Embora a maioria dos cuidadores estudados, não apresente níveis de depressão significativos, existe um pequeno número de cuidadores em que se verifica um grau de depressão moderado. No entanto, esta variável parece não ter tido influência nas respostas dadas pelos cuidadores ao questionário aplicado.

Neste estudo, existiram diferenças significativas nas respostas dadas pelos cuidadores, consoante o seu nível de escolaridade e o tipo de admissão do doente no hospital (serviço de urgência/consultas).

## QUESTÕES A INVESTIGAR

Perante o exposto anteriormente, torna-se ainda relevante salientar que este trabalho apresenta como objectivos principais os seguintes:

1. Identificar o grau de satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer com os cuidados de saúde prestados a nível hospitalar a estes doentes;
2. Identificar os aspectos/factores dos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer, com que os cuidadores estão mais satisfeitos;
3. Identificar os aspectos/factores dos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer, com que os cuidadores estão menos satisfeitos;
4. Comparar o grau de satisfação dos cuidadores em função da zona do país onde o cuidador se dirigiu ao hospital;

5. Averiguar se os cuidadores de doentes de Alzheimer consideram que os Técnicos de Saúde, que prestam cuidados a nível hospitalar a estes doentes, estão informados sobre a Doença de Alzheimer;
6. Identificar níveis de depressão nos cuidadores de Doentes de Alzheimer;
7. Averiguar se o facto de o Doente de Alzheimer ter ou não falecido influenciou os níveis de depressão apresentados;
8. Identificar os factores que influenciam a satisfação dos cuidadores dos Doentes de Alzheimer sobre os cuidados de saúde prestados a nível hospitalar a estes doentes;
9. Averiguar se o questionário construído neste trabalho é válido e fiel na avaliação da satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação aos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer.

*Método*

## **PARTICIPANTES**

### **CUIDADORES DE DOENTES**

Os critérios utilizados para seleccionar os cuidadores que estariam em condições de fazerem parte da amostra foram:

- Desempenhar funções de cuidador de sujeito com doença de Alzheimer;
- Nível de escolaridade igual ou superior à 4ª classe (Ensino Básico);
- Ter recorrido a serviços hospitalares (não psiquiátricos) para prestação de cuidados de saúde ao sujeito com Doença de Alzheimer.

### **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Participaram 258 cuidadores, sendo 60% cuidadores do sexo feminino e 40% do sexo masculino. A maioria dos cuidadores encontra-se entre os 41 e os 60 anos (46%), de seguida temos os cuidadores que têm entre 61 e os 85 anos (38%). Os restantes 16% são atribuídos aos cuidadores mais jovens (entre os 20 e os 40 anos). Os cuidadores casados/união de facto, totalizaram 63% da amostra. Os viúvos perfazem 15% e os solteiros 13% dos cuidadores inquiridos. Da amostra recolhida, apenas 9% eram sujeitos divorciados/separados. A maior parte dos inquiridos apresenta como habilitações literárias o ensino secundário (35%). Os cuidadores com o ensino superior perfazem 29% da amostra. Com 24% surge o

ensino básico e 11% o ensino preparatório, enquanto apenas 1% tem outras habilitações literárias. Nenhum sujeito da amostra se encontra de baixa, de facto 53% encontra-se no activo. São 37% os reformados e 5% os desempregados. Com outra situação profissional temos 5%. Metade dos cuidadores inquiridos eram esposos do doente de Alzheimer que acompanharam ao hospital. Este gráfico mostra ainda que 40% dos cuidadores eram filhos do doente e 10% eram netos. Desta forma estes 50% dos cuidadores são descendentes do doente de Alzheimer. Os cuidadores cujos doentes de Alzheimer já haviam falecido totalizaram 45%, ao passo que os cuidadores cujos doentes não faleceram perfazem 55% da nossa amostra. Foram 52% os cuidadores que se dirigiram ao hospital numa urgência e 27% dirigiram-se ao hospital para uma consulta. Os cuidadores que se dirigiram ao hospital tanto para uma consulta, como em urgência totalizaram 21%. À grande maioria dos cuidadores foi permitido o acompanhamento tanto por parte de médicos como de enfermeiros (70%). Foram 14% da amostra a quem foi permitido o acompanhamento por parte dos médicos mas não por parte dos enfermeiros. Para 15% o acompanhamento do doente não foi permitido nem por médicos nem por enfermeiros. Apenas 1% da amostra viu o acompanhamento ser negado por médicos mas permitido pelos enfermeiros. A grande maioria dos cuidadores, num total de 67%, não apresentam níveis de depressão, enquanto que apenas 3% apresentam uma depressão grave e 6% uma depressão moderada. Com depressão leve está 24% da amostra.

Todos estes resultados encontram-se patentes na tabela que se segue.



## DEFINIÇÃO DE VARIÁVEIS

### VARIÁVEIS PRINCIPAIS

A variável principal deste estudo é a Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer em relação aos cuidados hospitalares prestados aos doentes de Alzheimer.

⇒ Satisfação: A satisfação dos utentes é uma resposta (afectiva ou emocional) dos utentes à sua avaliação (cognitiva ou com conhecimento de factos) dos cuidados prestados pelos técnicos de saúde (qualidade percebida) durante uma experiência como utentes (Ross et al, 1987).

A variável Satisfação será operacionalizada por um questionário por nós construído (anexo 1).

### VARIÁVEIS SECUNDÁRIAS

Neste estudo foram consideradas variáveis de influência, de modo a possibilitar a recolha de informações adicionais, uma vez que estas podem influenciar a

satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação aos cuidados hospitalares prestados aos doentes de Alzheimer.

As variáveis a que nos referimos são:

#### ⇒ **Variáveis sócio-demográficas**

As variáveis sócio-demográficas em questão são:

Sexo	Situação profissional
Idade	Parentesco
Estado civil	Doente
Nível de escolaridade	Hospital

A operacionalização das variáveis sócio-demográficas foi efectuada através da criação de uma entrevista clínica estruturada (anexo 2), e tem como objectivo a possibilidade de efectuar a análise destas variáveis, relacionando-as com a satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer em relação aos cuidados hospitalares prestados aos doentes.

#### ⇒ **Variável - Depressão**

A Depressão será uma variável a controlar devido à influência que esta poderá ter na satisfação dos cuidadores, como ficou demonstrado no capítulo *DEPRESSÃO NOS CUIDADORES DE DOENTES DE ALZHEIMER*.

⇒ Depressão: "Situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na regulação do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo (Serra, 1990, op. cit. pp. 5)".

Para a operacionalização desta variável foi utilizado o Inventário Depressivo de Beck (anexo 3).

#### ⇒ **Variáveis hospitalares**

Como variáveis hospitalares entendemos o tipo de admissão do doente de Alzheimer no hospital (tipo de serviço hospitalar a que recorreu – consultas/serviço de urgência), e a permissão para o cuidador acompanhar o doente de Alzheimer por parte dos técnicos de saúde.

Estas variáveis foram operacionalizadas através de duas questões inseridas no questionário de satisfação (*admissão* - questão n.º 4 e *acompanhamento* - questão n.º 5).

## MATERIAL

### VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

Este questionário tem o formato de uma entrevista directiva, sendo constituído por 8 itens.

O primeiro refere-se ao sexo do cuidador (homem/mulher).

O segundo item refere-se à idade dos cuidadores:

- [20, 40],

- [41, 60],

- [61, 85].

O item referente ao estado civil é composto por quatro opções:

- Solteiro;

- Casado/União de facto;

- Divorciado/Separado;

- Viúvo(a).

O item referente ao nível de escolaridade é composto por cinco opções, tendo sido deixada uma em aberto:

- Ensino Básico;
- Ensino Preparatório;
- Ensino Secundário;
- Ensino Superior;
- Outro.

O item seguinte refere-se à situação profissional e tem como objectivo averiguar se o cuidador está no Activo, de Baixa, Desempregado(a), Reformado(a) ou se se encontra com outra situação profissional não mencionada.

O item seguinte refere-se ao parentesco existente entre o cuidador e o doente de Alzheimer. Este item é composto por 5 opções:

- Esposo(a);
- Filho(a);
- Neto(a);
- Amigo(a);
- Assalariado(a).

O item que se segue refere-se à situação do doente de Alzheimer, visando saber se o doente é falecido ou não.

O último item questiona o cuidador sobre a zona do país onde se dirigiu ao hospital: Lisboa, Porto ou Coimbra.

## QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DOS CUIDADORES DE DOENTES DE ALZHEIMER

Este questionário foi construído a partir da análise temática do conteúdo de seis entrevistas semi-directivas (realizadas com base num guião, construído previamente a partir da revisão bibliográfica realizada), feitas a quatro sujeitos do sexo feminino e dois sujeitos do sexo masculino, cuidadores de doentes de Alzheimer.

Esta análise permitiu realçar quais os temas mais relevantes para os cuidadores, quando se abordava o tema dos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer.

A partir de cada um dos temas referidos pelos cuidadores, foram elaboradas questões que para além de pretenderem ser claras e sem ambiguidades, pretendiam também avaliar o grau de satisfação dos cuidadores com aspectos gerais e com aspectos específicos dos cuidados de saúde prestados ao doente de Alzheimer.

Este questionário tem como base principal a escala de tipo Likert (anexo 4), e as questões foram agrupadas por temas. Para além disso, porque cada questão tem o

seu valor/significado próprio, uma vez que remetem para técnicos de saúde prestadores de cuidados diferentes (enfermeiros/médicos) e situações específicas, foram agrupadas por contextos situacionais. Desta forma temos:

- A primeira dimensão (*satisfação global*) é constituída por três questões que visam avaliar a satisfação dos cuidadores face aos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer pelos médicos e enfermeiros.
- A segunda dimensão (*enfermagem e cuidados médicos*) é formada por 14 questões, que pretendem avaliar a satisfação dos cuidadores face aos cuidados de saúde dos técnicos de saúde (enfermeiros e médicos).
- A terceira dimensão (*cuidados gerais*) é composta por quatro questões que têm como objectivo avaliar os cuidados gerais referentes ao doente de Alzheimer e ao cuidador deste.
- As cinco questões agrupadas na quarta dimensão (*cuidados específicos*) têm como objectivo avaliar a satisfação dos cuidadores face aos cuidados prestados em cinco situações específicas aos doentes de Alzheimer pelos enfermeiros.
- Por último temos os *comentários gerais* que são duas questões abertas sobre as três coisas que o cuidador do doente de Alzheimer mais/menos gostou no hospital.

– Para além das dimensões descritas, o questionário apresenta ainda duas questões (*chegada ao hospital*), representando duas variáveis em estudo, que têm o objectivo de averiguar a que tipo de serviço hospitalar (consulta/serviço de urgência) é que o doente de Alzheimer recorreu na sua admissão no hospital, e se foi permitido ao cuidador que acompanhasse o doente. Estas questões surgem entre a primeira e a segunda dimensão.

#### CONSISTÊNCIA INTERNA, VALIDADE INTERPRETATIVA E DE CONTEÚDO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO

Com o objectivo de construir um Questionário capaz de avaliar a Satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer em relação aos cuidados prestados a nível hospitalar aos doentes de Alzheimer de uma forma fidedigna, foram seguidos os parâmetros científicos necessários (Ghiglione & Matalon, 1992; Pinto, 1990).

Assim, inicialmente foi criado um guião (tendo como base a revisão de literatura efectuada) que possibilita-se a realização de *Entrevistas semi-directivas*, com vista a recolher as informações necessárias para a elaboração das questões do pré-teste sobre os cuidados hospitalares prestados aos doentes de Alzheimer.

O nosso objectivo foi, então, elaborar questões claras e sem ambiguidades, ou seja, procurámos elaborar questões que para além de terem o mesmo significado para todos os cuidadores inquiridos, fossem abordadas de forma a contemplar todos os seus aspectos.

Após a elaboração das questões para a construção do pré-teste, estas foram agrupadas consoante o tema em questão, assim, antes de cada grupo de questões foi indicado o tema/item a que estas se iriam referir. A aplicação do pré-teste a 30 cuidadores, teve como objectivo averiguar como as questões eram entendidas por estes, permitindo-nos detectar erros de vocabulário, de formulação e de salientar recusas, incompreensões e equívocos.

A análise de conteúdo e a análise estatística efectuadas aos questionários utilizados para o pré-teste, não só demonstraram a inexistência de erros de vocabulário e de formulação, como também demonstraram não se verificarem recusas, incompreensões ou equívocos.

Para além disto, procedeu-se à análise da consistência interna do pré-teste, sendo possível verificar que:

Tabela 7 – **Consistência Interna do Pré-Teste.**

	<b>QUESTÕES</b>	<b>ALFA</b>
Satisfação Global	1, 2, 3	0,82
Enfermagem e Cuidados Médicos	6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19	0,88
Cuidados Gerais	20, 21, 22, 23	0,84
Cuidados Específicos	24, 25, 26, 27, 28	0,91
Totalidade das questões	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	0,94

Uma vez que valores superiores a 0,82 indicam boa consistência interna, podemos dizer que o pré-teste apresenta uma boa consistência, tornando possível inferir que as questões e a sua ordem eram válidas.

Por último procedeu-se à aplicação do Questionário de Satisfação criado e testado através do pré-teste. Também aqui não se verificaram dúvidas nem existiram recusas por parte dos inquiridos.

Ao analisar a consistência interna do questionário, para além da análise global da satisfação dos cuidados de enfermagem e cuidados médicos da segunda dimensão, procedeu-se à separação da satisfação dos cuidados de enfermagem e cuidados médicos uma vez que se tratam de diferentes grupos profissionais:, verifica-se que:

**Tabela 8 – Consistência Interna do Questionário de Satisfação.**

	<b>QUESTÕES</b>	<b>ALFA</b>
Satisfação Global	1, 2, 3	0,85
Enfermagem e Cuidados Médicos	6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19	0,93
Cuidados Gerais	20, 21, 22, 23	0,82
Cuidados Específicos	24, 25, 26, 27, 28	0,94
Cuidados de Enfermagem	6, 7, 8, 9, 10, 12	0,94
Cuidados Médicos	13, 14, 15, 16, 17, 19	0,94
Totalidade das questões	1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28	0,96

Mais uma vez a análise da consistência interna veio demonstrar a boa consistência do questionário aplicado, visto que todos os valores de correlação obtidos são iguais ou superiores a 0,82. Em relação à correlação entre as várias dimensões criadas, verifica-se a existência de correlação moderada entre a maioria destas ( $rs > 0,40$ ) e que em alguns casos é uma correlação forte ( $rs > 0,70$ ), reforçando os resultados obtidos na análise da consistência interna. Também aqui se analisaram a dimensão referente à satisfação com os cuidados de enfermagem e com os cuidados médicos como um todo e em separado. A análise entre estas duas dimensões a par da análise das dimensões satisfação com os cuidados médicos e a satisfação com os cuidados específicos, revela que estas foram as únicas dimensões a não apresentarem correlação significativa ( $rs < 0,40$ ) entre si.

**Tabela 9 – Correlação das Dimensões do Questionário de Satisfação.**

<i>Correlations</i>		Satisfação Global	Satisfação Cuidados de Enfermagem	Satisfação Cuidados Médicos	Satisfação Cuidados Enfermagem e Médicos	Satisfação Cuidados Gerais	Satisfação Cuidados Específicos
Satisfação Global	<b>Rs</b>	-	0,75	0,76	0,91	0,73	0,68
	<b>p</b>	-	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	<b>N</b>	-	258	258	258	258	188
Satisfação Cuidados de Enfermagem	<b>Rs</b>	-	-	0,39	0,77	0,56	0,80
	<b>p</b>	-	-	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001
	<b>N</b>	-	-	258	258	258	188
Satisfação Cuidados Médicos	<b>Rs</b>	-	-	-	0,86	0,79	0,36
	<b>p</b>	-	-	-	0,0001	0,0001	0,0001
	<b>N</b>	-	-	-	258	258	188
Satisfação Cuidados Enfermagem e Médicos	<b>rs</b>	-	-	-	-	0,83	0,65
	<b>p</b>	-	-	-	-	0,0001	0,0001
	<b>N</b>	-	-	-	-	258	188
Satisfação Cuidados Gerais	<b>Rs</b>	-	-	-	-	-	0,54
	<b>p</b>	-	-	-	-	-	0,0001
	<b>N</b>	-	-	-	-	-	188

Uma vez que a fidelidade do instrumento construído encontra-se relacionada com o processo de codificação (Ghiglione & Matalon, 1992), torna-se pertinente salientar que a codificação das *questões fechadas* do questionário de satisfação se processa através de uma escala de tipo Likert, pelo que as codificações que vários autores possam fazer, ou o mesmo autor em diferentes momentos, serão sempre as mesmas.

Desta forma, podemos dizer que a fidelidade é completa em relação às *questões fechadas* do questionário. No entanto, surgiu a necessidade de averiguar a validade interpretativa dessa codificação. Uma vez que a validade pode ser definida como a adequação entre os objectivos e os fins sem distorções dos factos (Ghiglione & Matalon, 1992), e uma vez que as interpretações feitas nas *questões fechadas* se restringiram à codificação efectuada (escala de tipo Likert), as interpretações serão sempre as mesmas. Este facto valida as interpretações efectuadas.

Em relação às *questões abertas*, tornou-se necessário averiguar a validade da análise de conteúdo efectuada e respectiva criação de categorias. Visto que esta análise se baseou na procura dos conteúdos temáticos existentes nas respostas dadas, não acrescentando nem distorcendo essas mesmas respostas, uma vez que a nomeação das categorias foi efectuada através da transcrição das expressões dos inquiridos, também a validade da análise de conteúdo se verifica.

Desta forma, parece-nos ser possível depreender que as questões colocadas aos cuidadores foram perfeitamente compreendidas por estes, tendo permitido obter resultados fiáveis, validando o Questionário aplicado.

### INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (Beck Depression Inventory)

O Inventário Depressivo de Beck, trata-se de um inventário elaborado por Beck et al. (1961), a partir da observação clínica de numerosos doentes deprimidos.

É constituído por 21 itens, correspondentes a 21 sintomas e atitudes. São elas: o estado de ânimo triste; o pessimismo; a insatisfação; o sentimento de culpabilidade; o sentimento de punição; o ódio a si mesmo; as auto-acusações; os desejos suicidas; as crises de choro; a irritabilidade; o afastamento social; incapacidade de decisão; a distorção da imagem corporal; a incapacidade de trabalhar; as perturbações do sono (acordar precoce); a fatigabilidade; a perda de apetite; a perda de peso; a hipocondria; a diminuição da libido.

Estes itens não reflectem nenhuma teoria particular de depressão.

A escala é constituída por quatro valores, compreendidos entre o 0 e o 3, de acordo com a severidade das opções (anexo 5). A cotação faz-se por meio da soma dos 21 itens, cujo valor máximo é de 63. De acordo com estes valores, Beck

dividiu a "depressão" em **inexistente, leve, moderada e grave**, tal como explicita a tabela 10.

Tabela 10 - **Intensidade de Depressão segundo Beck.**  
**Avaliação pelo Inventário Depressivo de Beck.**

0 – 11	<i>Inexistente</i>
12 – 19	<i>Leve</i>
20 – 28	<i>Moderada</i>
29 – 63	<i>Grave</i>

Este inventário pareceu-nos ser o instrumento mais adequado, pois através dele é possível obter uma nota global que nos dá a indicação da profundidade subjectiva da depressão, dando-nos uma estimativa quantitativa da intensidade da sintomatologia subjectiva depressiva. Tem a vantagem de traduzir numericamente o nível de intensidade depressiva nos contextos afectivo, cognitivo, motivacional e nos sintomas fisiológicos da depressão.

Outra das razões da escolha, é o facto de estar aferida para a população Portuguesa (neste estudo será usada a versão aferida por Serra et al., 1973), não havendo por isso erros potenciais que poderiam vir a surgir com a utilização de escalas não aferidas.

Estes autores reconhecem que o valor 12 é o "ponto de corte" acima do qual se estabelece a diferença entre a população normal e deprimida (Serra et al., 1973).

A sua validade e fidelidade tem sido demonstrada em inúmeros trabalhos (Serra et al., 1973).

## TIPO DE ESTUDO

Este estudo é um estudo exploratório, não tendo sido formuladas hipóteses, mas sim um objecto de estudo. Deste objecto de estudo, surgiram questões gerais que orientam este trabalho, possibilitando desta forma retirar o maior número de informações possíveis da *análise dos dados*, ressaltando a sua natureza descritiva.

Uma vez que não serão utilizados dispositivos de controlo da situação, não existindo grupo de controlo ou de comparação, não vão ser feitas afirmações definitivas sobre a causalidade. No entanto, uma das vantagens deste tipo de investigação é identificar variáveis e resultados prováveis a explorar em posteriores estudos experimentais.

## TÉCNICA DE RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados decorreu ao longo de três momentos distintos, que consideramos terem tido início após a criação do guião para a realização das entrevistas. Assim temos:

### 1º MOMENTO: **Entrevistas Semi-Directivas**

As entrevistas semi-directivas foram feitas a cuidadores de doentes de Alzheimer, no seu domicílio, após um contacto telefónico.

O contacto com os cuidadores foi fornecido por um sétimo cuidador, membro da Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer (APFADA), onde foi posteriormente recolhida a amostra deste estudo.

As entrevistas foram gravadas em cassette-audio e posteriormente transcritas para o papel.

### 2º MOMENTO: **Pré-Teste**

Em primeiro lugar efectuou-se um pedido de autorização para recolha de amostra à APFADA (anexo 7).

Este pedido obteve resposta positiva (anexo 8), tendo-nos sido facultados os contactos dos cuidadores de doentes de Alzheimer.

Desta forma, enviámos os 30 questionários referentes ao pré-teste para o domicílio dos cuidadores.

Juntamente com os questionários foi enviada uma folha em que era garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas.

### **3º MOMENTO: Aplicação do Questionário à Amostra Do Estudo**

Para aplicação dos questionários, foram-nos facultadas, por parte da APFADA, listagens com os nomes e moradas de cuidadores de doentes de Alzheimer de diversas zonas do país (Lisboa, Porto e Coimbra). Foram impressas 300 etiquetas de forma aleatória.

Assim, foram enviados 300 envelopes para o domicílio dos cuidadores contendo um questionário de satisfação, um exemplar do questionário B.D.I.. Também com estes questionários foi enviada a folha utilizada anteriormente, onde era garantido o anonimato, a confidencialidade das respostas e a explicação do que se pretendia com este estudo.

Dos questionários enviados, foram devolvidos 258 preenchidos e 5 em branco por falecimento do cuidador. Desta forma, da possível amostra de 300 cuidadores, obtivemos uma amostra efectiva de 258, o que perfaz 86% dos questionários enviados.

*Resultados*

## TRATAMENTO DOS DADOS OBTIDOS

Para efectuar a análise estatística da correlação entre as dimensões da satisfação e as variáveis contínuas (B.D.I. – Inventário Depressivo de Beck, e Idade) foi utilizado o teste Spearman's Rho, onde  $r_s \geq 0,40$  indica a existência de correlação moderada e  $r_s > 0,70$  indica a existência de correlação forte.

Os testes utilizados para efectuar a análise estatística, necessária à averiguação da possível existência de diferenças significativas entre as respostas dadas pelos grupos que constituem as variáveis de influência, foram:

- ⇒ Teste de Mann-Whitney para as variáveis dicotómicas, ou seja, para as questões em que se pretendia comparar dois grupos independentes;
- ⇒ Teste de Kruskal-Wallis para as variáveis não dicotómicas, ou seja, para as questões em que se pretendia comparar mais de dois grupos independentes;

O nível de significância adoptado foi de  $\alpha = 5\%$  (0,05), onde se:

$p \leq \alpha$     Existem diferenças significativas entre os grupos

$p > \alpha$     Não existem diferenças significativas entre os grupos

Para as questões 11 e 18 a análise efectuada traduziu-se pela obtenção do número de respostas dadas às opções disponíveis, uma vez que estas questões pretendiam

averiguar que atitudes os técnicos de saúde tiveram para com os cuidadores inquiridos.

No que se refere à variável *Parentesco*, uma vez que apenas se verificaram respostas *esposo(a)*, *filho(a)*, *neto(a)* e *amigo(a)*, optou-se por juntar as respostas *filho(a)* e *neto(a)* criando assim três respostas: *Esposo(a)*, *Descendente* e *Amigo*.

A *Idade* dos cuidadores foi convertida em intervalos de 20 em 20 anos, de forma a dividir os cuidadores por gerações de forma a estarem em consonância com a distribuição dos cuidadores na variável *Parentesco*. Assim, foram comparados três grupos ([20, 40], [41, 60] e [61, 85]).

Em relação ao *Nível de Escolaridade* entendeu-se por *Ensino Básico* quatro anos de escolaridade, por *Ensino Preparatório* seis anos de escolaridade, *Ensino Secundário* sete a doze anos de escolaridade, *Ensino Superior* mais de doze anos de escolaridade e *outra* antigos cursos profissionalizantes de nove anos de escolaridade.

Uma vez que na variável *Situação Profissional* não se verificaram respostas *Baixa*, existindo algumas respostas *Doméstica*, apenas se compararam quatro grupos (*Activo*, *Desempregado*, *Reformado* e *Outra*).

Para efectuar a análise estatística foi atribuído um código numérico às opções disponíveis em cada questão (anexo 4). Este código vai do 1 ao 5, sendo atribuído por ordem crescente de *resposta preferencial*.

Assim, o 1 é a resposta que denota um menor grau de satisfação, enquanto que o 5 corresponde à resposta que denota um maior grau de satisfação.

Desta forma, as respostas que denotam "satisfação", de acordo com as questões correspondentes, são as seguintes:

**Tabela 11 – Questões que Denotam Satisfação.**

QUESTÃO	RESPOSTAS
1; 24; 25; 26; 27; 28	Muito satisfeito/Satisfeito
6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16	Concordo totalmente/Concordo
10; 12; 17; 19; 21	Sempre/Muitas vezes
2; 3	Muito boa/Boa
22	Toda a que queria/Bastante
23	Completamente clara/Clara o bastante
20	Total participação/Muita participação

Por sua vez, as respostas que denotam "insatisfação" encontram-se descritas no quadro que se segue:

**Tabela 12 – Questões que Denotam Insatisfação.**

QUESTÃO	RESPOSTAS
1; 24; 25; 26; 27; 28	Muito insatisfeito/Insatisfeito
6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16	Discordo totalmente/Discordo
10; 12; 17; 19; 21	Nunca/Ocasionalmente
2; 3	Muito má/Má
22	Nenhuma/Pouca
23	Completamente confusa/Confusa
20	Nenhuma participação/ Pouca participação

As respostas que denotam "nem satisfação nem insatisfação", são as seguintes:

**Tabela 13 – Questões que não Denotam Nem Satisfação Nem Insatisfação.**

QUESTÃO	RESPOSTAS
1; 24; 25; 26; 27; 28	Nem satisfeito nem insatisfeito
6; 7; 8; 9; 13; 14; 15; 16	Nem concordo nem discordo
10; 12; 17; 19; 21	Às vezes
2; 3	Nem boa nem má
22	Alguma
23	Nem clara nem confusa
20	Breve participação

No que diz respeito às questões abertas, estas foram analisadas através da Análise Temática do Conteúdo por categorias das respostas dadas e da Contagem Frequencial desse conteúdo temático.

O objectivo destas análises foi o de verificar não só quais os temas mais importantes para os cuidadores em relação ao atendimento recebido, como também o seu grau de satisfação em relação a esse mesmo atendimento.

## APRESENTAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS

Em primeiro lugar serão apresentados os resultados das questões fechadas do Questionário de Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes (Tabela 14). As questões n.º 11 (Tabela 15) e n.º 18 (Tabela 16), aparecerão no fim de todas as outras questões, uma vez que são apresentadas sob outra forma gráfica. De seguida, serão apresentados os resultados da análise estatística efectuada para averiguar da existência de diferenças significativas nas variáveis em estudo (da Tabela 17 à Tabela 27). Apresentaremos apenas as questões onde se verificaram diferenças significativas, entre os grupos analisados, para o nível de significância adoptado. Apenas na primeira tabela, referente aos resultados da análise estatística no que se refere à correlação entre as dimensões da satisfação e as variáveis B.D.I. (Inventário Depressivo de Beck) e Idade, são apresentados todas as dimensões analisadas. Finalmente, serão apresentados os resultados da análise temática do conteúdo por categorias, das respostas dadas nas questões abertas, e da contagem frequencial desse conteúdo temático (Tabela 28 e Tabela 29).

Durante a apresentação das tabelas, será efectuada uma breve síntese dos resultados apresentados. A discussão dos dados obtidos será efectuada, de forma mais exhaustiva, no capítulo seguinte.

As respostas individuais dadas pelos inquiridos nas questões fechadas do questionário, serão apresentadas no anexo 9.

Tabela 14 – Respostas Dadas ao Questionário de Satisfação.

Questões Que Denotam:	Muita Insatisfação		Insatisfação		Nem Satisfação nem Insatisfação		Satisfação		Muita Satisfação	
	Sujeitos	%	Sujeitos	%	Sujeitos	%	Sujeitos	%	Sujeitos	%
1 (N = 258)	16	6	113	44	43	17	74	29	12	4
2 (N = 258)	11	4	70	27	41	16	120	47	16	6
3 (N = 258)	26	10	129	50	37	14	58	23	8	3
6 (N = 258)	45	17	120	47	37	14	49	19	7	3
7 (N = 258)	50	19	115	45	38	15	51	20	4	1
8 (N = 258)	43	17	119	46	29	11	59	23	8	3
9 (N = 258)	38	15	115	45	34	13	60	23	11	4
10 (N = 258)	50	19	108	42	45	18	44	17	11	4
12 (N = 258)	145	56	50	19	32	12	27	11	4	2
13 (N = 258)	23	9	58	23	40	15	107	42	30	11
14 (N = 258)	20	8	50	19	41	16	117	45	30	12
15 (N = 258)	18	7	56	22	37	14	117	45	30	12
16 (N = 258)	16	6	60	23	40	16	110	43	32	12
17 (N = 258)	23	9	59	23	57	22	84	33	35	13
19 (N = 258)	66	25	43	17	54	21	83	32	12	5
20 (N = 258)	25	10	54	21	62	24	93	36	24	9
21 (N = 258)	90	35	86	33	36	14	37	14	9	4
22 (N = 258)	36	14	75	29	63	24	57	22	27	11
23 (N = 258)	34	13	38	15	55	21	100	39	31	12
24 (N = 188)	29	15	88	47	25	13	41	22	5	3
25 (N = 188)	36	19	75	40	30	16	42	22	5	3
26 (N = 188)	48	25	70	37	35	19	31	17	4	2
27 (N = 188)	44	24	70	37	38	20	32	17	4	2
28 (N = 188)	49	26	80	43	28	15	27	14	4	2

*Como descreve as atitudes dos enfermeiros/médicos para consigo?*

**Tabela 15 – Atitudes dos Enfermeiros.**

**Questão n.º 11 - Enfermeiros**

OPCÇÕES*	N.º DE RESPOSTAS
1	7
2	1
3	16
4	7
5	70
6	106
7	2
2, 4, 7	1
1, 3, 4, 5, 7	2
1, 5	2
4, 5	7
3, 4, 5	6
1, 4	1
1, 3, 5, 7	2
2, 7	1
5, 6	6
1, 2	1
3, 5, 7	1
2, 3	1
1, 3, 7	1
4, 7	2
1, 3, 5	2
1, 5, 7	1
1, 2, 3, 4, 5, 7	1
1, 3, 4, 5	3
3, 5	8

A maioria dos cuidadores considerou que os enfermeiros se mostraram desinteressados para com eles.

\* Legenda:

- 1 – De ajuda
- 2 – Calorosas
- 3 – Educadas
- 4 – De preocupação
- 5 – Profissionais
- 6 – De desinteresse
- 7 – Afectuosas

**Tabela 16 – Atitudes dos Médicos.**

**Questão n.º 18 - Médicos**

OPCÇÕES*	N.º DE RESPOSTAS
1	15
2	2
3	13
4	11
5	96
6	24
7	2
1, 3, 4, 5, 7	1
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	1
4, 7	2
1, 2, 3, 4, 5, 7	5
5, 6	1
4, 5, 7	6
1, 4	3
1, 5	3
3, 5, 6	1
1, 2, 3	1
1, 3, 4, 7	1
3, 5	8
1, 2, 5	1
4, 5	20
1, 3, 4	2
2, 5, 6	1
3, 4, 7	2
1, 2, 3, 5, 7	1
2, 3	1
1, 4, 5	3
1, 2, 5, 7	1
1, 4, 5, 7	3
1, 4, 7	1
2, 3, 7	1
1, 3, 5	1
1, 3, 5, 7	1
2, 4, 5	1
3, 4, 5	18
1, 3, 4, 5	3
5, 7	1

A maioria dos cuidadores considerou que os médicos foram profissionais para com eles.

## Resultados da Análise Estatística do Questionário de Satisfação

## Spearman's Rho

Tabela 17 – Resultados da análise estatística referente à correlação entre as dimensões da satisfação e as variáveis B.D.I. e Idade.

Correlations	Inventário Depressivo de Beck (B.D.I.)			Idade		
	Rs	p	N	rs	p	N
Satisfação Global	0,06	0,28	258	0,06	0,31	258
Satisfação Cuidados de Enfermagem	0,09	0,11	258	0,004	0,95	258
Satisfação Cuidados Médicos	-0,04	0,51	258	-0,01	0,78	258
Satisfação Cuidados Enfermagem e Médicos	0,04	0,05	258	0,005	0,93	258
Satisfação Cuidados Gerais	0,00	0,88	258	0,01	0,81	258
Satisfação Cuidados Específicos	0,04	0,55	188	-0,03	0,68	188

Através desta tabela podemos verificar que não existe correlação entre as variáveis B.D.I. e Idade e as dimensões da satisfação em estudo.

## Mann-Whitney U Test

Tabela 18 – Resultados da análise estatística referente à variável sexo.

Questão	SEXO		U	p
	Grupo*	Média (M)		
10 (N=258)	F	2,59	6626,00	0,01
	M	2,24		

\* F – Feminino; M – Masculino.

Em relação à variável sexo apenas surgiram diferenças significativas em relação à questão n.º 10, embora a média de respostas se tenha mantido, em ambos os grupos, na segunda opção.

Tabela 19 – Resultados da análise estatística referente à variável doente.

<b>DOENTE</b>				
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>		<i>U</i>	<i>P</i>
1 (N=258)	F – 2,59	NF – 3,00	6476,0	0,001
2 (N=258)	F – 3,08	NF – 3,36	7104,5	0,04
3 (N=258)	F – 2,39	NF – 2,74	6647,0	0,004
6 (N=258)	F – 2,21	NF – 2,61	6494,5	0,002
7 (N=258)	F – 2,23	NF – 2,52	6941,5	0,02
8 (N=258)	F – 2,29	NF – 2,66	6556,5	0,002
9 (N=258)	F – 2,35	NF – 2,76	6454,5	0,001
10 (N=258)	F – 2,25	NF – 2,61	6790,0	0,01
17 (N=258)	F – 3,02	NF – 3,33	7073,0	0,04

\* F – Falecido; NF – Não Falecido.

Apenas em sete questões surgiram diferenças nas respostas dadas entre os grupos constituintes da variável Doente, sendo que a média das respostas dadas oscilou entre a opção 2 e a opção 3.

#### Kruskal- Wallis ANOVA

Tabela 20 – Resultados da análise estatística referente à variável idade.

<b>IDADE</b>					
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>			<i>H</i>	<i>p</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
3 (N= 258)	2,26	2,72	2,56	6,68	0,03
6 (N= 258)	2,14	2,58	2,37	6,08	0,04
7 (N= 258)	2,05	2,55	2,36	7,76	0,02
8 (N= 258)	2,10	2,66	2,46	9,19	0,01
24 (N= 188)	2,16	2,80	2,26	12,95	0,001
25 (N= 188)	2,09	2,73	2,38	8,39	0,01
26 (N= 188)	1,94	2,58	2,18	9,42	0,009
28 (N= 188)	1,88	2,45	2,13	7,75	0,02

\* 1 - [20, 40] (N=42); 2 - [41, 60] (N=119); 3 - [61, 85] (N=97).

Os três grupos que constituem a variável idade, apresentam diferenças nas respostas dadas a oito questões, tendo a média das respostas oscilado entre a primeira e a segunda opção.

Tabela 21 – Resultados da análise estatística referente à variável estado civil.

<b>ESTADO CIVIL</b>						
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média(M)</i>				<i>H</i>	<i>P</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		
1 (N= 258)	2,74	2,93	2,27	2,74	7,98	0,04
6 (N= 258)	2,35	2,55	2,00	2,26	7,98	0,04
9 (N= 258)	2,35	2,72	2,09	2,46	10,11	0,01
24 (N= 188)	2,12	2,66	2,29	2,19	9,15	0,02

\* 1 - Solteiro(a) (N=34); 2 - Casado(a)/União de facto (N=163); 3 - Divorciado(a)/Separado(a) (N=22); 4 - Viúvo(a) (N=39).

Foram quatro as questões onde surgiram diferenças significativas, no que se refere à variável Estado Civil, onde as médias das respostas se situam na segunda opção.

Tabela 22 – Resultados da análise estatística referente à variável situação profissional.

<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>						
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>				<i>H</i>	<i>P</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		
17 (N= 258)	3,06	4,00	3,23	3,50	9,39	0,02
24 (N= 188)	2,53	2,73	2,30	2,38	8,75	0,03

\* 1 – Activo (N=138); 2 - Desempregado(a) (N=13); 3 - Reformado(a) (N=95); 4 – Outra (N=12).

Na variável Situação Profissional as diferenças significativas encontram-se em duas questões, encontrando-se a médias das respostas entre a segunda, terceira e quarta opção.

Tabela 23 – Resultados da análise estatística referente à variável parentesco.

<b>PARENTESCO</b>					
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>			<i>H</i>	<i>p</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>		
6 (N= 258)	2,40	2,39	3,30	6,80	0,03

\* 1 – Esposo (N=107); 2 – Descendente (N=141); 3 – Amigo (N=10).

Apenas na questão n.º 6 surgiram diferenças significativas na variável Parentesco, tendo as médias oscilado entre a segunda e a terceira opção.

Tabela 24 – Resultados da análise estatística referente à variável B.D.I. (Inventário Depressivo de Beck).

<b>B.D.I.</b>						
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>				<i>H</i>	<i>P</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>		
13 (N= 258)	2,29	3,80	3,31	3,21	8,12	0,04
<b>Variável</b>						
Idade	2,28	2,53	2,38	2,12	9,41	0,02
N. Escolaridade	2,00	2,13	2,55	2,84	9,03	0,02
Parentesco	1,57	1,27	1,47	1,71	15,56	0,001

\* 1 - Grave (N=7); 2 - Moderada (N=15); 3 - Leve (N=63); 4 - Inexistente (N=173).

Em relação à variável B.D.I., apenas surgiram diferenças significativas em relação a uma questão, tendo as médias das respostas oscilado entre a segunda e a terceira opção. Quando comparada com as restantes variáveis, verificou-se que em relação à variável Idade, Nível de Escolaridade e Parentesco, a distribuição dos níveis de depressão pelos grupos que constituem cada uma destas variáveis apresentava diferenças significativas.

Tabela 25 – Resultados da análise estatística referente à variável hospital.

<b>HOSPITAL</b>										
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>								<i>H</i>	<i>P</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>		
6 (N= 258)	2,31	2,26	2,93	2,25	2,67	2,50	2,25	2,33	14,24	0,04
16 (N= 258)	3,22	3,24	3,74	2,75	3,33	2,50	2,75	4,00	15,38	0,03

\* 1 - Lisboa (N=116); 2 - Porto (N=68); 3 - Coimbra (N=54); 4 - Braga (N=8); 5 - Santarém (N=3); 6 - Setúbal (N=2); 7 - Figueira da Foz (N=4); 8 - Funchal (N=3).

Foram duas as questões onde surgiram diferenças significativas, na variável Hospital. As médias das respostas dadas variaram entre a segunda, a terceira e a quarta opção.

Tabela 26 – Resultados da análise estatística referente à variável admissão.

<b>ADMISSÃO</b>						
<i>Questão</i>	<i>Grupo* e Média (M)</i>			<i>H</i>	<i>p</i>	
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>			
1 (N= 258)	2,62	2,91	3,16	10,67	0,004	
2 (N= 258)	3,03	3,49	3,40	9,63	0,008	
3 (N= 258)	2,46	2,54	2,95	9,74	0,007	
6 (N= 258)	2,36	2,31	2,75	6,21	0,04	
9 (N= 258)	2,49	2,49	2,91	6,11	0,04	
13 (N= 258)	3,01	3,59	3,38	11,24	0,003	
14 (N= 258)	3,11	3,60	3,55	8,60	0,01	
15 (N= 258)	3,11	3,59	3,55	9,15	0,01	
16 (N= 258)	3,04	3,64	3,58	15,68	0,0004	
17 (N= 258)	2,95	3,53	3,35	10,93	0,004	
19 (N= 258)	2,48	3,10	2,89	11,48	0,003	
20 (N= 258)	2,95	3,46	3,20	8,98	0,01	
21 (N= 258)	2,03	2,34	2,35	4,19	0,002	
23 (N= 258)	3,02	3,31	3,58	9,60	0,008	
24 (N= 188 <sup>1</sup> )	2,37	2,33	2,81	6,56	0,03	
28 (N= 188 <sup>1</sup> )	2,10	2,33	2,54	6,88	0,03	

\* 1 - Urgência (N=133, <sup>1</sup>N=125); 2 - Consulta (N=70, <sup>1</sup>N=9);

3 - Urgência e Consulta (N=55, <sup>1</sup>N=54).

Na variável Admissão, perfizeram um total de dezasseis as questões, dispersas pelas várias dimensões em estudo, onde surgiram diferenças significativas nas respostas dadas. Nesta variável as médias oscilaram, uma vez mais, entre a segunda e a terceira opção.



Tabela 28 - O que mais gostou no hospital?

CATEGORIAS	SUJEITOS	TOTAL
Apoio Psicológico	81, 124, 229	3
Cuidados de Enfermagem prestados ao doente	1, 6, 7, 8, 26, 27, 42, 43, 45, 47, 65, 69, 89, 93, 96, 97, 101, 102, 103, 107, 112, 118, 128, 144, 145, 148, 163, 184, 187, 203, 232, 256	32
Cuidados médicos prestados ao doente	38, 39, 44, 45, 46, 52, 65, 67, 75, 93, 136, 144, 148, 151, 155, 157, 161, 163, 175, 178, 184, 187, 190, 203, 209, 211, 214, 216, 220, 232, 241, 250, 255	33
Auxiliares de Acção Médica	26, 140, 216	3
Voluntários	81, 138	2
Atendimento geral	2, 6, 16, 18, 19, 101, 103, 118, 144, 187, 191, 232	12
Profissionalismo dos técnicos	4, 6, 18, 47, 53, 68, 79, 102, 103, 109, 113, 137, 229, 250, 253, 255	15
Humanização	4, 8, 20, 25, 26, 37, 45, 72, 75, 85, 89, 93, 101, 102, 105, 107, 111, 113, 136, 148, 149, 156, 163, 178, 180, 211, 229, 232, 253	29
Medicação, Tratamento e/ou Informação sobre o tratamento	9, 24, 38, 49, 68, 75, 105, 128, 142, 184, 204, 255	12
Permitirem o Acompanhamento e/ou a participação do cuidador	24, 37, 43, 52, 96, 102, 138, 145, 152, 195, 213, 214, 220, 235	14
Perguntar e/ou aceitar informações pessoais sobre o doente ao cuidador	54, 209	2
Informação sobre a Doença de Alzheimer	38, 44, 67, 72, 81, 148, 152, 157, 161, 163, 178, 187, 216, 241, 255	15
Horários de visita	41, 47, 89, 97, 105, 136, 140, 232, 235	9
Ambiente, Equipamentos e/ou Higiene do Hospital	18, 41, 42, 46, 54, 65, 112, 145, 170, 182, 190, 211, 220, 253	14

Os aspectos mais referidos, como satisfatórios, encontram-se agrupados nas categorias “Cuidados médicos prestados ao doente”, “Cuidados de enfermagem prestados ao doente” e “Humanização”.

Tabela 29 - O que menos gostou no hospital?

CATEGORIAS	SUJEITOS	TOTAL
Falta de Apoio Psicológico aos cuidadores e aos familiares	29, 46, 138	3
Cuidados de Enfermagem prestados ao doente	1, 5, 9, 11, 26, 27, 36, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 69, 87, 89, 97, 100, 129, 136, 137, 141, 142, 151, 153, 155, 159, 161, 163, 168, 169, 170, 175, 178, 180, 182, 183, 190, 200, 204, 207, 209, 210, 213, 214, 216, 231, 239, 241, 243, 244, 250, 255, 256	63
Cuidados médicos prestados ao doente	1, 27, 29, 50, 52, 54, 55, 65, 89, 134, 145, 168, 183, 256	14
Atendimento geral	82	1
Falta de profissionalismo dos técnicos e/ou dos auxiliares de acção médica	7, 41, 47, 79, 100, 109, 129, 162, 173, 191, 194	11
Desumanização	7, 12, 18, 26, 27, 29, 40, 66, 72, 79, 81, 98, 100, 101, 109, 129, 134, 140, 142, 143, 148, 155, 157, 159, 162, 170, 175, 178, 181, 189, 190, 194, 200, 210, 243, 247	36
Profissionais pouco informados sobre a Doença de Alzheimer	14, 50, 52, 68, 75, 90, 97, 98, 132, 133, 137, 138, 141, 143, 153, 171, 189, 200	18
Falta informação sobre a Doença de Alzheimer	3, 14, 29, 37, 40, 47, 116, 140, 154, 173, 223, 227, 228, 238, 247, 256	16
Tratamento e/ou Falta de informação sobre o tratamento	3, 27, 55, 66, 68, 89, 116, 140, 180	9
Pouca informação sobre os apoios sociais	145	1
Não permitirem o Acompanhamento e/ou pouca participação	9, 12, 43, 46, 65, 72, 97, 102, 129, 173, 194, 207, 214, 215, 227, 228, 243, 244	18
Demora no atendimento e/ou na realização dos exames	9, 19, 68, 69, 72, 82, 102, 118, 134, 138, 143, 145, 149, 194, 229	15
Demora na marcação de consulta	67	1
Desinteresse em conhecer informações pessoais sobre o doente fornecidas pelo cuidador	37, 47, 129, 169, 170, 207, 220, 244	8
Horários de visita	65, 72, 98, 102, 105, 137, 169, 170, 182, 223, 227	11
Ambiente, Equipamentos e/ou Higiene do Hospital	7, 12, 79, 81, 100, 105, 109, 124, 144, 225, 227, 228	12

Os aspectos que mais desagradaram aos cuidadores estão reunidos nas categorias “Cuidados de enfermagem prestados ao doente”, “Desumanização” e “Não permitirem o Acompanhamento e/ou pouca participação”.

*Discussão*

## DISCUSSÃO DOS DADOS OBTIDOS

Foi possível verificar a existência de correlação entre as várias dimensões da satisfação, indicando que o aumento do grau de satisfação numa dimensão implica o aumento do grau de satisfação nas outras dimensões, verificando-se o mesmo quando diminui o grau de satisfação numa dimensão. No entanto, não se verifica correlação entre as dimensões e as variáveis contínuas, nomeadamente a variável Idade e a variável B.D.I. (Inventário Depressivo de Beck).

Desta forma torna-se pertinente efectuar uma análise/discussão mais pormenorizada em relação às questões constituintes das várias dimensões.

Assim, foi possível verificar que a maioria dos cuidadores de doentes de Alzheimer mostram-se insatisfeitos com a globalidade dos cuidados prestados a nível hospitalar. Ao separar a qualidade dos cuidados médicos prestados da qualidade dos cuidados de enfermagem, verificamos que os cuidadores têm pontos de vista opostos em relação a estes cuidados. De facto, se por um lado os cuidadores se encontram globalmente satisfeitos com os cuidados médicos, tal como se verificou no estudo de Larson, Nelson, Gustafson & Batalden (1996), por outro lado encontram-se maioritariamente insatisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros, indo ao encontro dos resultados obtidos por Cavaleiro e Teixeira (1999).

Assim, para a maioria dos cuidadores, os enfermeiros demonstraram não conhecer a Doença de Alzheimer. Por outro lado consideram que os médicos lhes

explicaram a Doença de Alzheimer, o tratamento que o doente ia receber e porquê, para além de os informarem sobre a evolução do doente.

Os cuidadores da nossa amostra, para além de afirmarem que os médicos lhes perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a forma de lidar com o doente, consideram ainda que os médicos não só aceitaram as informações que tinham para dar sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que estavam a acompanhar, como também estavam disponíveis para os ajudar sempre que foi necessário. Parece assim, que os médicos foram ao encontro das expectativas dos cuidadores, reflectindo elevados graus de satisfação em muitos dos aspectos focados no questionário aplicado, relacionados com os cuidados médicos.

Embora no estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999) os cuidadores se mostrem satisfeitos com os cuidados médicos, consideram que os médicos não perguntaram nem aceitaram informações sobre como lidar com o doente. Este aspecto mostra uma evolução, na satisfação dos cuidadores, no nosso estudo.

O aspecto com que os cuidadores se mostram mais desagradados está relacionado com o facto de os enfermeiros nunca lhes terem perguntado o seu ponto de vista sobre a melhor forma de lidar com o doente. Outros aspectos com que se mostram insatisfeitos são a falta de informação sobre a evolução do doente, a falta de explicação sobre a forma como iam proceder com o doente e o facto de não terem aceite as informações que os cuidadores tinham para dar sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que estavam a acompanhar.

Ao analisarmos as questões relativas aos cuidados específicos de enfermagem, verificamos que os cuidadores se encontram insatisfeitos com todos os aspectos focados (alimentação, higiene, agressividade, deambulação e agitação do doente).

Em relação à informação transmitida sobre a Doença de Alzheimer, esta foi considerada clara embora a quantidade de informação recebida sobre a doença e o tratamento tenha ficado aquém das expectativas, tal como se verificou nos estudos realizados por Fortinsky e Hathaway (1990); Haley, Clair e Saulsberry (1992) e por Williams e Calnan (1991). Também estes autores encontraram elevados graus de insatisfação em relação à quantidade de informação recebida sobre a doença. Mais uma vez, os nossos resultados encontram-se em consonância com o estudo de Larson, Nelson, Gustafson & Batalden (1996), uma vez que também no estudo destes autores embora a quantidade de informação transmitida fosse pouca, a sua qualidade foi boa.

No entanto, muitos cuidadores consideraram que a informação recebida sobre a doença foi bastante, o que vem demonstrar, uma vez mais, uma evolução neste capítulo em relação ao estudo realizado por Cavaleiro e Teixeira (1999), onde a quantidade de informação recebida foi considerada escassa. Tanto no nosso estudo como neste estudo, os cuidadores afirmam que apenas ocasionalmente, ou mesmo nunca, os enfermeiros e os médicos lhes disseram as mesmas coisas sobre a doença de Alzheimer.

Visto o estudo realizado por Cox (1996), vir demonstrar que as expectativas de participação têm influência na satisfação dos cuidadores e uma vez que os cuidadores do nosso estudo se encontram satisfeitos com o facto de terem

participado nos cuidados prestados ao doente (algo só possível se os técnicos de saúde permitissem ao cuidador acompanhar o doente, o que se verificou para muitos cuidadores), pensamos que este resultado vai de encontro ao estudo de Cox (1996), demonstrando a influência das expectativas de participação.

A maioria dos cuidadores que responderam ao questionário de satisfação consideraram que os enfermeiros apresentaram atitudes de desinteresse para consigo, embora muitos tenham considerado que essas atitudes foram de profissionalismo. Apesar disso, consideraram que estes não estavam disponíveis para os ajudar sempre que foi necessário. Por outro lado, alguns cuidadores consideraram as atitudes dos enfermeiros como tendo sido educadas, de ajuda e de preocupação. Poucos foram aqueles que as consideraram calorosas.

Desta forma, a insatisfação com a globalidade dos cuidados de saúde, pode ser parcialmente explicada pelo facto da insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde, se relacionar com insatisfação em relação ao comportamento profissional dos técnicos de saúde (Teixeira, 1996).

Para a maior parte dos cuidadores os médicos revelaram-se profissionais, embora para muitos tenham demonstrado desinteresse. Para outros, as atitudes dos médicos foram de ajuda, educadas, de preocupação, sendo que para apenas um pequeno número estas foram descritas como tendo sido calorosas e afectuosas. Estes resultados encontram-se de uma maneira geral em consonância com o estudo de Haley, Clair e Saulsberry (1992), onde os médicos foram considerados competentes, carinhosos e atenciosos.

De resto, se tivermos em conta a comunicação de Teixeira (1995), onde é referido que “... *parte importante da insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde relaciona-se com a insatisfação com o comportamento profissional dos técnicos de saúde*” (op. cit. pp. 135), podemos explicar parcialmente os graus de insatisfação e de satisfação encontrados neste estudo.

Ao nível dos resultados obtidos no Inventário Depressivo de Beck (B.D.I.), a larga maioria dos cuidadores não apresenta níveis de depressão, embora um pequeno número apresente níveis leves, moderados ou graves de depressão. Assim, se no estudo de Dura, Stukenberg e Kiecolt-Glaser (1990) 30% dos cuidadores de doentes de Alzheimer apresentaram uma desordem depressiva, no nosso estudo isso só aconteceu com cerca de 9% (3% - *depressão grave* e 6% - *depressão moderada*), embora 24% dos cuidadores apresentassem níveis de *depressão leve*. No entanto, estes valores são inferiores aos obtidos por Cavaleiro & Teixeira (1999) onde 17% da amostra experienciou uma desordem depressiva.

Os resultados por nós obtidos, são inferiores ao intervalo entre os 18% e os 83% de prevalência de sintomas depressivos, descrito por Redinbaugh, MacCallim e Kiecolt-Glaser (1995).

Desta forma, podemos referir que embora a maioria dos inquiridos não apresente níveis de depressão significativos, existe um pequeno número de cuidadores em que se verificam níveis de depressão moderada ou grave. O facto de apenas numa questão existirem diferenças significativas nas respostas dadas pelos grupos em estudo nesta variável, indica que o seu estado emocional no momento em que responderam ao questionário não influenciou as suas respostas, tal como no

estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999). Assim, se os cuidadores que apresentam níveis de depressão grave são da opinião de que a Doença de Alzheimer não lhes foi perfeitamente explicada pelos médicos, os cuidadores que apresentam níveis de depressão moderada, leve ou inexistente consideram que a Doença de Alzheimer lhes foi perfeitamente explicada por estes. No entanto, um grande número de cuidadores com níveis de depressão leve e de cuidadores sem indícios de depressão, também se encontram insatisfeitos com a explicação da Doença dada pelos médicos.

A análise estatística demonstrou que os cuidadores com nível de depressão grave encontram-se, na sua maioria, entre os 41-61 anos, com o nível de escolaridade equivalente ao ensino básico e são descendentes dos doentes. Por seu lado, o maior número de cuidadores com nível de depressão moderada/leve, situam-se entre os 61-85 anos, com o ensino básico/secundário e são esposos dos doentes. Nas restantes variáveis estudadas não se verificam diferenças na distribuição, pelos cuidadores, dos níveis de depressão apresentados. Assim, o facto de o doente ter ou não falecido não influenciou os níveis de depressão apresentados, uma vez que não surgiram diferenças significativas quando comparadas as duas variáveis.

A análise estatística individual das questões onde surgem diferenças significativas, veio demonstrar que apenas nas variáveis situação profissional, admissão, parentesco e acompanhamento, se verificaram em algumas das questões assinaladas diferenças em relação à opção mais escolhida pelos cuidadores. Nas restantes questões e nas restantes variáveis analisadas, as diferenças significativas

encontram-se ao nível da segunda e terceira opção mais escolhida e que na maioria dos casos apenas existem diferenças ao nível da terceira e quarta ou mesmo ao nível da quarta e quinta opção escolhida.

Assim, optou-se por apenas referir as diferenças significativas ao nível das primeira e segunda opções mais dadas.

Embora os cuidadores de ambos os sexos considerem que apenas ocasionalmente os enfermeiros aceitaram as informações que tinham para dar sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que estavam a acompanhar, como segunda opção os cuidadores do sexo feminino afirmam que isto aconteceu algumas vezes, enquanto que os cuidadores do sexo masculino afirmam que nunca aconteceu.

Os cuidadores nas várias faixas etárias mostram-se insatisfeitos com os cuidados de enfermagem prestados quando o doente se recusava a comer, no entanto, os cuidadores com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos apresentam um grau de satisfação mais elevado com estes cuidados, do que os restantes cuidadores. O mesmo se verifica em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros quando os doentes recusavam que lhes fizessem a sua higiene diária e quando se tornavam agressivos.

É, ainda, nesta faixa etária, que surge um maior número de cuidadores que consideram que os enfermeiros mostraram conhecer a doença de Alzheimer, que lhes explicaram a forma como iam proceder para com o doente e que os mantiveram ao corrente da evolução do doente que estavam a acompanhar.

Os cuidadores casados/união de facto embora se mostrem insatisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros quando o doente se recusava a comer, tal como os cuidadores com outros estados civis, apresentam graus de satisfação mais elevados em relação a estes cuidados.

Se os cuidadores desempregados ou com outra situação profissional se mostram satisfeitos com os cuidados de enfermagem quando o doente se recusava a comer, já os cuidadores no activo e os reformados se encontram insatisfeitos com esses mesmos cuidados.

Tanto a maioria dos esposos cuidadores como dos descendentes cuidadores dos doentes de Alzheimer consideram que os enfermeiros não mostraram conhecer a Doença de Alzheimer, enquanto que os amigos cuidadores dos doentes são na sua maioria de opinião contrária.

Existe um maior número de cuidadores cujos doentes não faleceram que consideram que os enfermeiros mostraram conhecer a Doença de Alzheimer, que lhes explicaram a forma como iam proceder para com o doente, que os mantiveram ao corrente da evolução deste e que se mostraram disponíveis para os ajudar sempre que foi necessário, do que os cuidadores cujos doentes já faleceram. No entanto, esta trata-se da segunda opção mais dada, pelo que ambos os grupos se mostram maioritariamente insatisfeitos com estes aspectos.

Enquanto que os cuidadores que se dirigiram ao serviço de urgência e os cuidadores que se dirigiram às consultas se encontram insatisfeitos com a globalidade dos cuidados de saúde prestados ao doente, com os cuidados de enfermagem, com o facto de os enfermeiros não estarem disponíveis para os

ajudar quando foi necessário e com os cuidados de enfermagem prestados quando o doente se recusava a comer, os cuidadores que se dirigiram tanto às consultas como ao serviço de urgência encontram-se satisfeitos com estes aspectos.

Por outro lado, se os cuidadores que se dirigiram ao serviço de urgência se mostram muito insatisfeitos com o número de vezes que os médicos lhes perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer, os cuidadores que se dirigiram às consultas e os cuidadores que se dirigiram às consultas e ao serviço de urgência mostram-se satisfeitos com este aspecto dos cuidados médicos.

Apesar de todos os cuidadores, independentemente do tipo de serviço hospitalar (consulta/serviço de urgência) a que recorreram, se mostrarem insatisfeitos com os conhecimentos que os enfermeiros mostraram ter sobre a Doença de Alzheimer, um grande número de cuidadores que se dirigiram à urgência e à consulta mostram-se satisfeitos com os conhecimentos sobre a Doença demonstrados pelos enfermeiros.

Se os cuidadores a quem foi permitido o acompanhamento do doente tanto pelos médicos como pelos enfermeiros e os cuidadores a quem foi permitido o acompanhamento pelos médicos mas não pelos enfermeiros, se encontram satisfeitos com a globalidade dos cuidados de enfermagem, com a explicação dos médicos sobre a Doença de Alzheimer e o tratamento que o doente ia receber e porquê, com as informações dadas pelos médicos sobre a evolução do doente, com a disponibilidade destes para os ajudarem sempre que foi necessário, por os médicos terem aceite e terem perguntado informações que os cuidadores sobre a

melhor forma de lidar com o doente e com a sua participação na forma como cuidaram do doente, considerando que a informação que receberam sobre a doença foi clara o bastante, já os cuidadores a quem não foi permitido o acompanhamento tanto por médicos como por enfermeiros encontram-se insatisfeitos com todos estes aspectos.

Para além disto, os cuidadores a quem foi permitido o acompanhamento do doente tanto pelos médicos como pelos enfermeiros afirmam que os médicos e os enfermeiros apenas ocasionalmente lhes disseram as mesmas coisas sobre a Doença, enquanto que para os cuidadores a quem foi permitido o acompanhamento pelos médicos mas não pelos enfermeiros isto nunca aconteceu. Se os primeiros se mostram insatisfeitos com os cuidados prestados pelos enfermeiros quando o doente se tornava agressivo e com a quantidade de informação que receberam sobre a Doença e o tratamento do doente, os segundos mostram-se muito insatisfeitos com o primeiro aspecto e satisfeitos com o segundo. Os cuidadores a quem não foi permitido o acompanhamento tanto por médicos como por enfermeiros encontram-se muito insatisfeitos com todos estes aspectos, incluindo os cuidados de enfermagem quando o doente vagueava pela enfermaria e se encontrava muito agitado, aspectos com que os outros grupos se demonstraram insatisfeitos.

Os cuidadores que se dirigiram a um hospital na área de Lisboa, Porto e Braga consideram que os enfermeiros não conhecem a Doença de Alzheimer, enquanto que os cuidadores que se dirigiram a um hospital da área de Coimbra têm opinião contrária. Para os cuidadores que se dirigiram a um hospital da área de Lisboa,

Porto e Coimbra os médicos mostraram-se disponíveis para ajudar sempre que foi necessário, para os que se dirigiram à área de Braga isto não se verificou. Os restantes grupos dispersaram as suas respostas pelas várias opções disponíveis.

Apenas na variável referente ao nível de escolaridade dos cuidadores não se verificaram quaisquer diferenças significativas nas respostas dadas por estes às diversas questões, não tendo, por isso, esta variável tido influencia nas respostas dadas. Este resultado encontra-se em clara oposição ao estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999), onde o nível de escolaridade apresentou diferenças significativas.

## ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS QUESTÕES ABERTAS

### *O que mais gostou no hospital e O que menos gostou no hospital*

Se por um lado os aspectos que mais agradaram aos cuidadores foram os cuidados médicos e os cuidados de enfermagem prestados ao doente, por outro lado embora os cuidados médicos prestados ao doente fossem causa de insatisfação por um número reduzido de cuidadores, o mesmo não acontece com os cuidados de enfermagem.

De facto, os aspectos com que os cuidadores se mostram mais insatisfeitos são aqueles que dizem respeito aos cuidados de enfermagem. Algumas das situações mais focadas dizem respeito à não permissão por parte destes técnicos para acompanharem o doente de Alzheimer, cuidados de higiene prestados ao doente, não aceitação das informações que os cuidadores tinham para dar sobre a melhor

forma de lidar com o doente, a atitude dos enfermeiros para com os cuidadores, falta de vigilância ao doente e os cuidados prestados quando o doente se encontrava agitado, entre outros.

É, ainda, referida a falta de profissionalismo dos técnicos e/ou dos auxiliares de acção médica, sendo, no entanto, o número de cuidadores que se mostram satisfeitos com o profissionalismo dos técnicos é superior ao número de cuidadores que se mostram insatisfeitos.

Também em relação ao factor humanização, as opiniões divergem. Assim, a humanização gera graus de satisfação e insatisfação muito idênticos. Sendo, no entanto, no quadro geral, o segundo aspecto mais referido como causador de insatisfação, denotando um claro descontentamento com o tratamento humano recebido no hospital, denotando falta de compreensão para a situação especial daqueles doentes, provocando sentimentos de desconforto, de falta de afecto e solidão nos cuidadores.

A falta de excepções nos horários de visitas, considerados incompatíveis com os horários de trabalho, e a não permissão para acompanharem o doente, quase sempre aliada à pouca participação nos cuidados prestados ao doente são alvo de insatisfação, o que vem reforçar a importância destes aspectos para os cuidadores. Estes aspectos encontram-se, mais uma vez, em oposição ao estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999), onde estes foram os principais motivos de satisfação dos cuidadores.

Uma vez que a insatisfação verificada com os cuidados prestados pelos enfermeiros parece relacionar-se com a não permissão para participarem nos

cuidados prestados, os resultados obtidos por Cox (1996) são desta forma reforçados.

Torna-se, no entanto, necessário referir que mais uma vez o número de cuidadores que referiram estes aspectos como tendo sido motivo de insatisfação ou de satisfação é muito próximo. O mesmo se passa com a informação transmitida aos cuidadores sobre a Doença de Alzheimer, considerando assim, que os profissionais de saúde se encontram pouco informados sobre a doença.

O desinteresse dos técnicos em conhecer informações pessoais sobre o doente desagrada aos cuidadores, assim como a demora no atendimento e/ou a realização de exames e a demora na marcação de consulta, são mais vezes referidos como aspectos que não agradam aos cuidadores. Por outro lado, são em maior número os cuidadores que se mostram satisfeitos com a medicação e o tratamento e/ou informação sobre o tratamento, do que os cuidadores que se mostram insatisfeitos com estes aspectos.

Os factores ambientais, os equipamentos e/ou a higiene do Hospital são tidos em conta, sendo o grau de satisfação ligeiramente superior ao grau de insatisfação, apesar de considerarem que não existem nos hospitais macas adequadas a este tipo de doença, e de que não existem camas suficientes.

Tal como no estudo de Cavaleiro e Teixeira (1999), também neste estudo os cuidadores revelam-se insatisfeitos com a falta de apoio psicológico tanto aos cuidadores como aos familiares dos doentes, demonstrando a sua satisfação quando este apoio psicológico se verificou.

Em relação ao atendimento geral, apenas um cuidador se referiu a este aspecto como motivo de insatisfação, tendo os outros cuidadores considerado que foi gerador de satisfação.

Dos aspectos que menos agradaram aos cuidadores no hospital, apenas falta referir a pouca informação transmitida sobre os apoios sociais disponíveis, que foi referida por apenas um cuidador. Este facto foi também gerador de insatisfação no estudo levado a cabo por Haley, Clair e Saulsberry (1992). Em relação aos aspectos que mais agradaram aos cuidadores, resta referir a acção dos auxiliares de acção médica e dos voluntários.

Os cuidadores focaram um maior número de aspectos com os quais se encontravam insatisfeitos, do que a aspectos com os quais se encontravam satisfeitos.

Em suma, dos aspectos referidos pelos cuidadores em cada uma das questões colocadas, podemos perceber que muitos destes aspectos foram simultaneamente geradores de graus de satisfação e de insatisfação, alguns deles com um número de sujeitos a referi-los como motivo de satisfação, muito próximo do número de sujeitos que os referiram como motivo de insatisfação.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos com a realização deste estudo permitiram-nos responder a todas as questões que nos propusemos investigar.

⇒ O grau de satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer em relação à globalidade dos cuidados prestados a nível hospitalar aos doentes, é baixo, revelando que os cuidadores se encontram insatisfeitos com os cuidados de saúde.

No entanto, se por um lado os cuidadores se mostram satisfeitos com todos os aspectos abordados em relação aos cuidados médicos, por outro mostram-se insatisfeitos com os cuidados de enfermagem. De facto, a insatisfação com os cuidados de enfermagem não se restringe a um aspecto em particular, mas refere-se à globalidade dos cuidados de enfermagem prestados. Este indício parece revelar que os cuidadores consideram que os enfermeiros não sabem como proceder de forma adequada para com os doentes de Alzheimer (e seus cuidadores) tanto em cuidados específicos como em cuidados gerais.

Estes resultados evidenciam uma grande carência relativamente a cuidados de saúde mais orientados para as especificidades da Doença de Alzheimer. Esta carência poderá ser explicada, se tivermos em conta que poderá existir uma certa banalização por parte dos técnicos de saúde em relação à Doença de Alzheimer,

agindo de forma profissionalmente adequada a situações sem deterioração cognitiva.

⇒ Os aspectos com que os cuidadores se mostram mais satisfeitos são os cuidados médicos, o profissionalismo dos técnicos, com o ambiente/equipamentos e higiene do hospital e a existência de apoio psicológico. Os aspectos que menos agradaram aos cuidadores foram os cuidados de enfermagem, cuidados específicos de enfermagem para com o doente (alimentação, higiene, agressividade, deambulação e estado de agitação), a desumanização, não permitirem o acompanhamento, os horários de visita, a falta de apoio psicológico, a pouca informação sobre a Doença, considerando ainda que os profissionais estavam pouco informados sobre a Doença de Alzheimer.

⇒ A situação profissional, o parentesco, a admissão e o acompanhamento, foram das variáveis estudadas, aquelas que influenciaram significativamente a variável satisfação.

⇒ Uma vez que a variável hospital não apresentou diferenças significativas em relação às respostas dadas pelos cuidadores ao questionário, podemos concluir que a zona do País onde estes se dirigiram ao hospital não influenciou a sua satisfação com os cuidados de saúde em estudo.

⇒ De resto, os graus de insatisfação demonstrados pelos cuidadores revelam que estes consideram que, na sua generalidade, os técnicos de saúde, revelam um desconhecimento da problemática específica da Doença de Alzheimer, e consequentemente das suas implicações.

Assim, tudo indica que os cuidados de saúde recebidos não foram ao encontro das expectativas dos cuidadores, expectativas estas que traduzem o que se esperava e desejava dos cuidados de saúde. De facto, as experiências vividas parecem ter ficado, em muitos aspectos, aquém das expectativas dos cuidadores.

⇒ Esta conclusão faz com que nos questionemos acerca da compreensão que os técnicos de saúde têm dos sentimentos dos cuidadores. As expectativas não confirmadas, provocam nos cuidadores sentimentos de solidão, frustração, e de incompreensão pela postura dos técnicos, levando-os a concluir que estes não se encontram suficientemente esclarecidos/informados sobre a Doença de Alzheimer, parecendo falhar assim, a díade comunicacional entre os técnicos e os cuidadores.

De facto, os aspectos onde existe um maior grau de insatisfação traduzem as dificuldades específicos dos técnicos de saúde em relação aos cuidados a ter para com os doentes de Alzheimer e seus cuidadores.

Desta forma, para que os cuidadores apresentassem graus mais elevados de satisfação, seria necessário que os técnicos de saúde conhecessem melhor as suas

expectativas, em relação aos cuidados prestados aos doentes de quem cuidam, permitindo a sua colaboração na organização destes cuidados.

Enquanto isso não se verifica, parece-nos que o horizonte perspectivado pelos cuidadores permanecerá envolto em sentimentos de incompreensão e de solidão.

⇒ Embora os cuidadores não apresentem níveis significativos de depressão, este é um aspecto que não poderá ser descurado em futuras abordagens deste tema, uma vez que nos deparamos com uma diversidade de resultados nos estudos que se têm realizado.

Outro aspecto a ter em conta numa futura investigação é o facto de para além de saber se o doente de Alzheimer havia ou não falecido, saber há quanto tempo, uma vez que a distância temporal de *ser cuidador* poderá influenciar o ponto de vista que o cuidador possui dos cuidados recebidos.

⇒ Verificámos, ainda, que o facto de o doente de Alzheimer ter ou não falecido, não influenciou os níveis de depressão apresentados pelos cuidadores.

Na medida em que as pessoas necessitam mais do que cuidados físicos, designadamente atenção ao seu bem estar psicológico, não é de estranhar o facto dos cuidadores se terem mostrado bastante satisfeitos com a presença de um

psicólogo, sendo um claro reflexo da importância que a *Psicologia da Saúde* tem a nível hospitalar.

Os resultados obtidos revelam-se uma contribuição importante para a *Psicologia da Saúde*, uma vez que revelam a necessidade de promover intervenções no meio hospitalar, com vista a melhorar o grau de satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer em relação aos cuidados de saúde.

Estas intervenções passam não só pela formação aos técnicos de saúde (sobre os cuidados específicos a ter com os doentes e com os cuidadores), como no acompanhamento psicológico dos cuidadores dos doentes de Alzheimer quando estes se dirigem aos hospitais, dada a experiência emocional intensa a que estão sujeitos.

⇒ Ao nível do instrumento utilizado para avaliar a satisfação dos cuidadores dos doentes de Alzheimer, o nosso objectivo de construir um questionário capaz de avaliar a satisfação dos cuidadores em relação aos cuidados de saúde prestados a nível hospitalar, parece-nos que foi atingido, existindo uma boa consistência interna e correlação entre as dimensões.

## *Referências*

Beck et al. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives as General Psychiatry*, 4, 561-571.

Brannon & Feist (1992). Adhering to medical advice. In: Brannon & Feist, *Health Psychology. An introduction to behavior and health*, (pp. 225-274). Pacific Grove: Brooks/Cole.

Brownlee (1991). Boas-novas para os doentes de Alzheimer. *Seleccões*, (Junho). Reader's Digest.

Cavaleiro (2000). Implicações da Doença de Alzheimer nos Cuidadores dos Doentes. *Boletim Alzheimer*, (13). Lisboa, APFADA.

Cavaleiro & Teixeira (1999). Satisfação dos cuidadores de doentes de Alzheimer em relação à qualidade dos cuidados de saúde hospitalares. *Análise Psicológica*, 17 (2), 369-373.

Carmel (1985). Satisfaction with Hospitalization: A comparative analysis of three types of services. *Soc. Sci. Med.*, 21 (11), 1243-1249.

Carr-Hill (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine, 14* (3), 236-249.

Cleary & McNeil (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care. *Inquiry, 25*, 25-36. Blue Cross and Blue Shield Association.

Cox (1996). Discharge planning for dementia patients: Factors influencing caregiver decisions and satisfaction. *Health and Social Work, 21* (2), 97-104.

David, Fernandes & Firmino (1996). Alzheimer - O Doente, a Família e a Instituição. *Geriatrics, 81* (9), 8-15. Lisboa.

Dura, Stukenberg & Kiecolt-Glaser (1990). Chronic Stress and Depressive Disorders in Old Adults. *Journal of Abnormal Psychology, 99* (3), 284-290.

*Encyclopedia of Psychology* (2000), 3. American Psychological Association & Oxford University Press.

Fisk et al. (1990). Creating patient satisfaction and loyalty. *Journal of Health Care Marketing*, 10 (2), 5-15.

Fitzpatrick (1997). Patient Satisfaction. In: Baum, Newman, Weinman, West & McManus (Eds.). *Cambridge of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge University Press.

Fortinsky & Hathaway (1990). Information and service needs among active and former family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Gerontologist*, 30 (5), 604-609.

Gambert (1998). É doença de Alzheimer? As crescentes responsabilidades dos médicos de família no diagnóstico. *Posgraduate Medicine*, 9 (1), 12-18.

Gameiro (1989). A humanização dos cuidados de enfermagem. *Hospitalidade*, (207), 10-22.

Garcia (1997). Doença de Alzheimer: É impossível travá-la. *Notícias Magazine*, (244).

Garcia, Costa, Guerreiro, Leitão, Mendonça & Umbelino (1994). Estimativa da prevalência da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 7, 487-491.

Ghiglione & Matalon (1978, 1992). *O Inquérito: Teoria e prática* (Conceição Lemos Pires Trad.). Celta editora. Oeiras.

Gonçalves (1996). *A qualidade nos cuidados de fisioterapia*. XXV Curso de Administração Hospitalar. ENSP.

Guerreiro (1994). *O grau de satisfação do utente: Um indicador de qualidade*. XXIII Curso de Administração Hospitalar. ENSP.

Guimarães (1995). *Doença de Alzheimer: O drama de uma presença ausente*. *Máxima (Outubro)*.

Habib, Joannette & Puel (1991). *Démences et syndromes démentiels. Approche neuropsychologique*. Paris: Masson.

Haley, Clair & Saulsberry (1992). Family caregiver satisfaction with medical care of their demented relatives. *Gerontologist*, 32 (2), 219-226.

Haley, Levine, Brown & Bartolucci (1987). Stress, appraisal, coping, and social support among dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 2, 323-330.

Haley, West, Wadley, Ford, White, Barret, Harrel & Roth (1995). Psychological, Social, and Health impact of caregiving: A comparison of Black and White dementia family caregivers and noncaregivers. *Psychology and Aging*, 10 (4), 540-552.

Hall & Dornan (1988). Meta-Analysis of Satisfaction With Medical Care: Description of Research Domain and Analysis of Overall Satisfaction Levels. *Soc. Sci. Med.*, 27 (6), 637-644.

Ham (1998). Depois de diagnóstico. Apoio às famílias e aos doentes com Doença de Alzheimer. *Postgraduate Medicine*, 9 (1), 21-36.

John (1992). Patient satisfaction: the Impact of Past Experience. *Journal of Health Care Marketing*, 12 (3), 56-64.

Larson, Nelson, Gustafson & Batalden (1996). The relationship between meeting Patients' Information Needs and their Satisfaction With Hospital Care and General Health Status Outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (5), 447-456.

Leitão (1994). A propósito de medicamentos. *Boletim Alzheimer*, (2). Lisboa, APFADA.

Loss & Bowd (1997). Caregivers of persons with Alzheimer's disease: Some neglected implications of the experience of personal loss and grief. *Death Studies*, 5 (21), 501-514.

Mace, Rabins, Castleton, McEwen & Meredith (1992). *The 36-Hours Day*. Great Britain: Hodder & Stoughton.

Martins (1994). Os técnicos de saúde perante pacientes afectados pelo VIH. *Trabalhos de alunos de Psicologia da saúde*. ISPA.

Memarzia (1996). *Intervenção da Terapia Ocupacional na Doença de Alzheimer*. Curso Superior de terapia Ocupacional. Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Minister of National Health and Welfare & Alzheimer Society of Canada (1984, 1994). *Doença de Alzheimer; Manual de informação para a família* (Marguerite Nassauer Mónica Trad.). Lisboa: APFADA.

Mittleman, Ferris, Shulma, Steinberg, Ambinder, Mackell & Cohen (1995). A Comprehensive support program: effect on depression in spouse-caregivers of AD patients. *Gerontologist*, 12, 35:6, 792-802.

Ottosson, Hallberg, Axelsson & Lovén (1997). Patients' Satisfaction with Surgical Care impaired by cuts in expenditure and after interventions to improve nursing care at a surgical clinic. *International Journal for Quality in Health Care*, 9 (1), 43-53.

Patrick, Scrivens & Charlton (1983). Disability and Patient Satisfaction With Medical Care. *Medical Care*, 21 (11), 1062-1075.

Paúl (1993). A depressão em idosos: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, *XI (4)*, 609-617.

Pinto (1990). *Metodologia da Investigação Psicológica*. Edições Jornal de Psicologia.

Redinbaugh, MacCallum & Kiecolt-Glaser (1995). Recurrent Syndromal Depression in Caregivers. *Psychology and Aging*, *10, (3)*, 358-368.

Ribeiro & Lourenço (1996). Cuidar em enfermagem: Uma questão de desenvolvimento sociomoral? *Análise Psicológica*, *XIV (1)*, 3-11.

Rose-Rego, Strauss & Smyth (1998). Differences in the perceived well-being of wives and husbands caring for persons with Alzheimer's disease. *Gerontological Society of America Incorporated*, *Apr, 2, (38)*, 224-230.

Santana (1996). Satisfação do Utente. *Que sistema de saúde para o futuro? Organização dos Hospitais na sua relação com a sociedade*. Liga dos Amigos do Hospital Geral de Santo António/Público.

Sarafino (1990). Coping with and Reducing stress. In: *Health Psychology: Biopsychosocial Interaction* (pp.143-172). New York: John Wiley & Sons.

Schulz, Obrien, Bookwala & Fleissnes (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *Gerontologist*, 12, 35:6, 771-791.

Serra (1984). O sentido Clínico da Expectativa. *Psiquiatria Clínica*, 5 (3), 107-117.

Serra (1990). *A Depressão na Prática Clínica*. Porto: Boots pharmaceuticals e Paracélsia, Cadernos da Depressão, Um Serviço à Profissão Médica.

Serra et al. (1973). Aferição dos Quadros Clínicos Depressivos – ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Separata de Coimbra Médica*, 20 (6), 623-644.

Teixeira (1996). Comunicação e cuidados de saúde: Desafios para a Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, XIV (1), 135-139.

Turk & Meichenbaum (1991). Adherence to self-care regimens: the patient's perspective. In: Sweet, et al., *Handbook of clinical psychology in medical settings* (pp. 249-267). New York Plenum Press.

Umbelino (1997). Alzheimer: a doença esquecida. *Saúde e bem estar*, (41). Edições Reprise.

Woodside; Frey & Daly (1989). Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. *Journal of Health Care Marketing*, 9 (4), 5-17.

Williams (1994). Patient satisfaction: A valid concept? *Soc. Sci. Med.*, 38 (4), 509-516.

Williams & Calnan (1991). Key determinants of consumer satisfaction with general practice. *Family Practice*, 8 (3), 237-242.

*Anexos*

*Anexo 1*

**NAS RESPOSTAS A ESTE QUESTIONÁRIO CONSIDERE APENAS CUIDADOS PRESTADOS EM HOSPITAIS NÃO PSIQUIÁTRICOS, RESPONDENDO APENAS ÀS QUESTÕES RELATIVAS A EXPERIÊNCIAS VIVIDAS.**

**SATISFAÇÃO GLOBAL**

**Globalmente o que é que pensa do hospital?**

1. Globalmente, qual é o seu grau de satisfação com os cuidados de saúde que o doente de Alzheimer que acompanhava, recebeu no hospital?

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Globalmente, o que pensa da qualidade dos cuidados médicos prestados no hospital ao doente de Alzheimer que acompanhava?

Muito boa	Boa	Nem boa nem má	Má	Muito má
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Globalmente, o que pensa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no hospital ao doente de Alzheimer que acompanhava?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**CHEGADA AO HOSPITAL**

**Quando Chegou ao hospital...**

4. A admissão do doente de Alzheimer foi

Uma urgência	Consulta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Os técnicos de saúde permitiram que acompanhasse o doente de Alzheimer?

a) Médicos	b) Enfermeiros
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

**ENFERMAGEM E CUIDADOS MÉDICOS**

6. Os enfermeiros mostraram conhecer a Doença de Alzheimer.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Os enfermeiros explicaram-me a forma como iam proceder para com o doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Os enfermeiros mantiveram-me ao corrente da evolução do doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Os enfermeiros estavam disponíveis para me ajudar sempre que foi necessário.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Os enfermeiros aceitaram as informações, que eu tinha para dar, sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que eu acompanhava.

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Como descreve as atitudes dos enfermeiros para consigo?

As atitudes dos enfermeiros para comigo foram :

De ajuda	Calorosas	Educadas	De preocupação	Profissionais	De desinteresse	Afectuosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Quantas vezes os enfermeiros lhe perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a forma de lidar com o doente de Alzheimer?

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A Doença de Alzheimer foi-me perfeitamente explicada pelos médicos.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Os médicos explicaram-me bem que tratamento o doente de Alzheimer, que eu estava a acompanhar, ia receber e porquê.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Os médicos foram-me informando sobre a evolução do doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Os médicos estavam disponíveis para me ajudar sempre que foi necessário.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Os médicos aceitaram as informações que eu tinha para dar sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que eu acompanhava.

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Como descreveria as atitudes dos médicos para consigo?

As atitudes dos médicos para comigo foram:

De ajuda	Calorosas	Educadas	De preocupação	Profissionais	De desinteresse	Afectuosas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Quantas vezes os médicos lhe perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a forma de lidar com o doente de Alzheimer?

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CUIDADOS GERAIS

**Até que ponto reagiram bem para consigo e para com o doente de Alzheimer que estava a acompanhar no hospital?**

20. Até que ponto você teve participação na forma como cuidaram do doente de Alzheimer que estava a acompanhar no hospital?

Total Participação	Muita Participação	Breve Participação	Pouca Participação	Nenhuma Participação
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Até que ponto os enfermeiros e os médicos lhe disseram as mesmas coisas sobre a Doença de Alzheimer?

Sempre      Muitas vezes      Às vezes      Ocasionalmente      Nunca  
                                                                               

22. Que quantidade de informação recebeu sobre a Doença de Alzheimer e o tratamento que o doente de Alzheimer que acompanhava estava a receber no hospital?

Toda a que queria      Bastante      Alguma      Pouca      Nenhuma  
                                                                               

23. Até que ponto foi clara para si a informação que recebeu sobre a Doença de Alzheimer?

Completamente      Clara o      Nem clara           Completamente  
clara                    bastante      nem confusa      Confusa      confusa  
                                                                               

### **CUIDADOS ESPECÍFICOS**

**Qual é o seu grau de satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros quando:**

24. O doente de Alzheimer se recusava a comer.

Muito                    Nem satisfeito                    Muito  
satisfeito      Satisfeito      nem insatisfeito      Insatisfeito      Insatisfeito  
                                                                               

25. O doente de Alzheimer recusava a fazer/que lhe fizessem a sua higiene diária.

Muito                    Nem satisfeito                    Muito  
satisfeito      Satisfeito      nem insatisfeito      Insatisfeito      Insatisfeito  
                                                                               

26. O doente de Alzheimer se tornava agressivo.

Muito                    Nem satisfeito                    Muito  
satisfeito      Satisfeito      nem insatisfeito      Insatisfeito      Insatisfeito

27. O doente de Alzheimer vagueava pela enfermaria.

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. O doente de Alzheimer se encontrava muito agitado.

Muito satisfeito	Satisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### COMENTÁRIOS GERAIS

**Quais foram as três coisas de que mais gostou no hospital?**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Quais foram as três coisas de que menos gostou no hospital?**

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Anexo 2*

Dados do Cuidador do Doente de Alzheimer:

Sexo: Homem  Mulher

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Estado Civil:

- Solteiro(a)   
Casado(a)/União de facto   
Divorciado(a)/Separado(a)   
Viúvo(a)

Nível de Escolaridade:

- Ensino Básico   
Ensino Preparatório   
Ensino Secundário   
Ensino Superior  Outra: \_\_\_\_\_

Situação Profissional:

- Activo   
Baixa   
Desempregado(a)   
Reformado(a)  Outra: \_\_\_\_\_

Parentesco do cuidador com o doente de Alzheimer:

- Esposo(a)   
Filho(a)   
Neto(a)   
Amigo(a)   
Assalariado(a)

Doente de Alzheimer:

- Falecido   
Não falecido

Zona do país onde se dirigiu ao hospital:

- Lisboa   
Porto   
Coimbra

*Anexo 3*

**Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações.**

**Por favor, faça uma cruz no quadrado da afirmação que melhor descreva a forma como se sente hoje.**

- A)  Não me sinto triste.  
 Ando aborrecido(a) ou triste.  
 Sinto-me aborrecido(a) ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.  
 Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.  
 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.
- B)  Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.  
 Sinto-me com medo do futuro.  
 Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.  
 Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.  
 Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.
- C)  Não tenho a sensação de ter fracassado.  
 Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.  
 Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.  
 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.  
 Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
- D)  Não me sinto descontente com nada em especial.  
 Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.  
 Nunca mais consigo obter satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.  
 Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.  
 Sinto-me descontente com tudo.
- E)  Não me sinto culpado(a) de nada em particular.  
 Sinto grande parte do tempo, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.  
 Sinto-me bastante culpado(a).  
 Agora, sinto, permanentemente, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.  
 Considero que sou muito mau/má e não valho absolutamente nada.

- F)  Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.  
 Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.  
 Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).  
 Sinto que mereço ser castigado(a).  
 Quero ser castigado(a).
- G)  Não me sinto descontente comigo.  
 Estou desiludido comigo mesmo(a).  
 Não gosto de mim.  
 Estou bastante desgostoso(a) comigo.  
 Odeio-me.
- H)  Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.  
 Critico-me a mim mesmo(a), pelas minhas fraquezas ou erros.  
 Culpo-me das minhas próprias faltas.  
 Culpo-me por tudo de mal que acontece.
- I)  Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).  
 Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.  
 Sinto que seria melhor morrer.  
 Creio que seria melhor para a família se eu morresse.  
 Tenho planos concretos sobre a forma de como hei-de pôr termo à vida.  
 Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J)  Actualmente não choro mais do que o costume.  
 Choro mais agora do que costumava.  
 Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.  
 Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade.
- L)  Não ando agora mais irritado(a) do que de costume.  
 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.  
 Sinto-me permanentemente irritado(a).  
 Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam antigamente.
- M)  Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.  
 Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.  
 Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.  
 Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.

- N)  Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.  
 Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.  
 Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.  
 Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.
- O)  Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.  
 Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.  
 Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.  
 Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.
- P)  Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.  
 Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.  
 Não consigo trabalhar tão bem como costumava.  
 Tenho de dispender um grande esforço para fazer seja o que for.  
 Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.
- Q)  Consigo dormir tão bem como dantes.  
 Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.  
 Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.  
 Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.
- R)  Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.  
 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.  
 Fico cansado(a) quando faço seja o que for.  
 Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.
- S)  O meu apetite é o mesmo de sempre.  
 O meu apetite não é tão bom como costumava ser.  
 Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.  
 Perdi completamente todo o apetite que tinha.
- T)  Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.  
 Perdi mais de 2,5 quilos de peso.  
 Perdi mais de 5 quilos de peso.  
 Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

- U)  A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- Sinto-me preocupado(a) com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estomago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.
- Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
- Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.
- 
- V)  Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- Encontro-me menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.
- Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.
- Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

*Anexo 4*

**NAS RESPOSTAS A ESTE QUESTIONÁRIO CONSIDERE APENAS CUIDADOS PRESTADOS EM HOSPITAIS NÃO PSIQUIÁTRICOS, RESPONDENDO APENAS ÀS QUESTÕES RELATIVAS A EXPERIÊNCIAS VIVIDAS.**

### **SATISFAÇÃO GLOBAL**

**Globalmente o que é que pensa do hospital?**

1. Globalmente, qual é o seu grau de satisfação com os cuidados de saúde que o doente de Alzheimer que acompanhava, recebeu no hospital?

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

2. Globalmente, o que pensa da qualidade dos cuidados médicos prestados no hospital ao doente de Alzheimer que acompanhava?	Muito boa	Boa	Nem boa nem má	Má	Muito má
	5	4	3	2	1

3. Globalmente, o que pensa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no hospital ao doente de Alzheimer que acompanhava?	5	4	3	2	1
---	---	---	---	---	---

### **CHEGADA AO HOSPITAL**

**Quando Chegou ao hospital...**

4. A admissão do doente de Alzheimer foi	Uma urgência	Consulta
	1	2
5. Os técnicos de saúde permitiram que acompanhasse o doente de Alzheimer?	a) Médicos	b) Enfermeiros
	Sim 1 Não 2	Sim 3 Não 4

### **ENFERMAGEM E CUIDADOS MÉDICOS**

6. Os enfermeiros mostraram conhecer a Doença de Alzheimer.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

7. Os enfermeiros explicaram-me a forma como iam proceder para com o doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

8. Os enfermeiros mantiveram-me ao corrente da evolução do doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

9. Os enfermeiros estavam disponíveis para me ajudar sempre que foi necessário.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

10. Os enfermeiros aceitaram as informações, que eu tinha para dar, sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que eu acompanhava.

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
5	4	3	2	1

11. Como descreve as atitudes dos enfermeiros para consigo?

As atitudes dos enfermeiros para comigo foram :

De ajuda	Calorosas	Educadas	De preocupação	Profissionais	De desinteresse	Afectuosas
1	2	3	4	5	6	7

12. Quantas vezes os enfermeiros lhe perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a forma de lidar com o doente de Alzheimer?

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
5	4	3	2	1

13. A Doença de Alzheimer foi-me perfeitamente explicada pelos médicos.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

14. Os médicos explicaram-me bem que tratamento o doente de Alzheimer, que eu estava a acompanhar, ia receber e porquê.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

15. Os médicos foram-me informando sobre a evolução do doente de Alzheimer que eu estava a acompanhar.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

16. Os médicos estavam disponíveis para me ajudar sempre que foi necessário.

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
5	4	3	2	1

17. Os médicos aceitaram as informações que eu tinha para dar sobre a melhor forma de lidar com o doente de Alzheimer que eu acompanhava.

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
5	4	3	2	1

18. Como descreveria as atitudes dos médicos para consigo?

As atitudes dos médicos para comigo foram:

De ajuda	Calorosas	Educadas	De preocupação	Profissionais	De desinteresse	Afectuosas
1	2	3	4	5	6	7

19. Quantas vezes os médicos lhe perguntaram qual era o seu ponto de vista sobre a forma de lidar com o doente de Alzheimer?

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
5	4	3	2	1

## CUIDADOS GERAIS

**Até que ponto reagiram bem para consigo e para com o doente de Alzheimer que estava a acompanhar no hospital?**

20. Até que ponto você teve participação na forma como cuidaram do doente de Alzheimer que estava a acompanhar no hospital?

Total Participação	Muita Participação	Breve Participação	Pouca Participação	Nenhuma Participação
5	4	3	2	1

21. Até que ponto os enfermeiros e os médicos lhe disseram as mesmas coisas sobre a Doença de Alzheimer?

Sempre	Muitas vezes	Às vezes	Ocasionalmente	Nunca
5	4	3	2	1

22. Que quantidade de informação recebeu sobre a Doença de Alzheimer e o tratamento que o doente de Alzheimer que acompanhava estava a receber no hospital?

Toda a que queria	Bastante	Alguma	Pouca	Nenhuma
5	4	3	2	1

23. Até que ponto foi clara para si a informação que recebeu sobre a Doença de Alzheimer ?

Completamente clara	Clara o bastante	Nem clara nem confusa	Confusa	Completamente confusa
5	4	3	2	1

#### CUIDADOS ESPECÍFICOS

**Qual é o seu grau de satisfação com os cuidados prestados pelos enfermeiros quando:**

24. O doente de Alzheimer se recusava a comer.

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

25. O doente de Alzheimer recusava a fazer/que lhe fizessem a sua higiene diária.

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

26. O doente de Alzheimer se tornava agressivo.

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

27. O doente de Alzheimer vagueava pela enfermaria.

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

28. O doente de Alzheimer se encontrava muito agitado.

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

### COMENTÁRIOS GERAIS

**Quais foram as três coisas de que mais gostou no hospital?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

**Quais foram as três coisas de que menos gostou no hospital?**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

*Anexo 5*

**Este questionário é constituído por vários grupos de afirmações.**

**Por favor, faça uma cruz no quadrado da afirmação que melhor descreva a forma como se sente hoje.**

A) 0. Não me sinto triste.

1. Ando aborrecido(a) ou triste.
2. Sinto-me aborrecido(a) ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.
2. Estou tão triste ou infeliz que se torna penoso para mim.
3. Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

B) 0. Não estou demasiado pessimista, nem me sinto desencorajado(a) em relação ao futuro.

1. Sinto-me com medo do futuro.
2. Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
2. Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.
3. Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

C) 0. Não tenho a sensação de ter fracassado.

1. Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.
1. Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.
2. Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo são uma quantidade de fracassos.
3. Sinto-me completamente falhado(a) como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).

D) 0. Não me sinto descontente com nada em especial.

1. Sinto-me aborrecido(a) a maior parte do tempo.
1. Nunca mais consigo obter satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.
2. Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.
3. Sinto-me descontente com tudo.

E) 0. Não me sinto culpado(a) de nada em particular.

1. Sinto grande parte do tempo, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.
2. Sinto-me bastante culpado(a).
2. Agora, sinto, permanentemente, que sou mau/má, ou que não tenho qualquer valor.
3. Considero que sou muito mau/má e não valho absolutamente nada.

- F) 0. Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.
1. Tenho o pressentimento de que me pode acontecer alguma coisa de mal.
  2. Sinto que estou a ser castigado(a) ou que em breve serei castigado(a).
  3. Sinto que mereço ser castigado(a).
  3. Quero ser castigado(a).
- G) 0. Não me sinto descontente comigo.
1. Estou desiludido comigo mesmo(a).
  1. Não gosto de mim.
  2. Estou bastante desgostoso(a) comigo.
  3. Odeio-me.
- H) 0. Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.
1. Critico-me a mim mesmo(a), pelas minhas fraquezas ou erros.
  2. Culpo-me das minhas próprias faltas.
  2. Culpo-me por tudo de mal que acontece.
- I) 0. Não tenho qualquer ideia de fazer mal a mim mesmo(a).
1. Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.
  2. Sinto que seria melhor morrer.
  2. Creio que seria melhor para a família se eu morresse.
  2. Tenho planos concretos sobre a forma de como hei-de pôr termo à vida.
  3. Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
- J) 0. Actualmente não choro mais do que o costume.
1. Choro mais agora do que costumava.
  2. Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.
  3. Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo mesmo quando tenho vontade.
- L) 0. Não ando agora mais irritado(a) do que de costume.
1. Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
  2. Sinto-me permanentemente irritado(a).
  3. Já não consigo ficar irritado(a) por coisas que me irritavam antigamente.
- M) 0. Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
1. Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
  2. Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.
  3. Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente nada.

N) 0. Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.

1. Actualmente sinto-me menos seguro(a) de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.

2. Não sou capaz de tomar decisões sem ajuda das outras pessoas.

3. Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.

O) 0. Não acho que tenha pior aspecto do que o costume.

1. Estou aborrecido(a) porque estou a parecer velho(a) ou pouco atraente.

2. Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente.

3. Sinto que sou feio(a) ou que tenho um aspecto repulsivo.

P) 0. Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

1. Agora preciso de um esforço maior do que dantes para começar a trabalhar.

1. Não consigo trabalhar tão bem como costumava.

2. Tenho de dispendir um grande esforço para fazer seja o que for.

3. Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

Q) 0. Consigo dormir tão bem como dantes.

1. Acordo mais cansado(a) de manhã do que era habitual.

2. Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.

3. Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.

R) 0. Não me sinto mais cansado(a) do que é habitual.

1. Fico cansado(a) com mais facilidade do que antigamente.

2. Fico cansado(a) quando faço seja o que for.

3. Sinto-me tão cansado(a) que sou incapaz de fazer o que quer que seja.

S) 0. O meu apetite é o mesmo de sempre.

1. O meu apetite não é tão bom como costumava ser.

2. Actualmente o meu apetite está muito pior do que antigamente.

3. Perdi completamente todo o apetite que tinha.

T) 0. Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.

1. Perdi mais de 2,5 quilos de peso.

2. Perdi mais de 5 quilos de peso.

3. Perdi mais de 7,5 quilos de peso.

U) 0. A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.

1. Sinto-me preocupado(a) com dores ou sofrimentos, ou má disposição do estomago, ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.

2. Estou tão preocupado(a) com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.

3. Encontro-me totalmente preocupado(a) pela maneira como me sinto.

V) 0. Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.

1. Encontro-me menos interessado(a) na vida sexual do que costumava estar.

2. Actualmente sinto-me muito menos interessado(a) pela vida sexual.

3. Perdi completamente o interesse pela vida sexual.

*Anexo 6*

# Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Estamos a fazer um estudo sobre a Doença de Alzheimer e os cuidados de saúde prestados a nível hospitalar.

Gostaríamos de saber qual a sua opinião como **cuidador** sobre alguns aspectos.

Este estudo só será possível com a sua colaboração.

Para isso, é apenas necessário que responda, o mais sinceramente possível, aos questionários que lhe são apresentados em anexo.

As respostas são todas anónimas e confidenciais.

Desde já, o nosso  *muito obrigado*.

*Anexo 7*

Exma. Sra. Presidente da Associação Portuguesa  
de Amigos e Familiares dos Doentes de  
Alzheimer

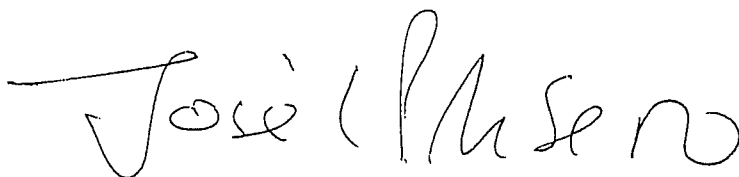
Assunto: Pedido de autorização de recolha de dados

Ana Margarida Cavaleiro, é aluna do Mestrado de Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

No âmbito do mestrado está a desenvolver uma investigação que constituirá a sua dissertação de mestrado, intitulada "Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes".

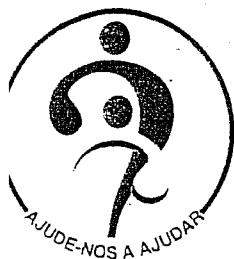
Para a consecução da investigação a licenciada necessita ter acesso a esta população. Assim solicito a V. Ex<sup>a</sup>, que autorize o acesso às pessoas nas condições da população do estudo para constituição da amostra.

Atentamente

A handwritten signature in black ink, reading "José Luis Pais Ribeiro". The signature is written in a cursive style with a long horizontal stroke at the beginning.

Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro

*Anexo 8*



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE FAMILIARES  
DE DOENTES DE ALZHEIMER  
(APFADA)

alzheimer  
PORTUGAL

Exmo Senhor Prof. Doutor José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de Autorização para recolha de amostra para realização de dissertação de Mestrado de Psicologia da Saúde do I.S.P.A.

Satisfazendo o v/ pedido de colaboração na realização da Dissertação de mestrado intitulada “Satisfação dos Cuidadores de Doentes de Alzheimer com os Cuidados Hospitalares Prestados aos Doentes”, vimos comunicar que daremos à Dra. Ana Margarida Cavaleiro, o nosso melhor apoio para a realização da sua investigação. Disponibilizamo-nos desta forma para facultar à Dra. Ana Margarida Cavaleiro o acesso à população de Cuidadores de Doentes de Alzheimer.

17 de Novembro de 2000

Com os melhores cumprimentos

Subscrevemo-nos atenciosamente

Dra. Luisa Pomar Gonçalves  
(Presidente da Direcção da A.P.F.A.D.A.)

*Anexo 9*

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 1	4	4	4	4	3	4	3	3	3
Suj. 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 3	2	2	2	3	3	1	1	1	5
Suj. 4	5	5	5	4	5	5	4	4	2, 4, 7
Suj. 5	2	4	2	3	2	2	1	2	6
Suj. 6	5	4	4	3	4	4	4	4	1, 3, 4, 5, 7
Suj. 7	2	3	4	3	3	4	3	3	3
Suj. 8	4	4	4	4	4	4	4	3	5
Suj. 9	2	3	2	2	2	1	2	5	1, 5
Suj. 10	2	2	3	2	1	2	2	1	4, 5
Suj. 11	2	3	2	2	1	2	1	2	1
Suj. 12	4	4	4	5	5	5	5	5	4, 5
Suj. 13	5	5	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5
Suj. 14	2	2	2	2	2	2	2	3	5
Suj. 15	3	4	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 16	4	5	4	4	4	4	4	4	5
Suj. 17	3	2	4	2	1	2	2	2	6
Suj. 18	3	3	3	2	1	2	2	3	3
Suj. 19	4	3	3	4	4	4	4	5	1, 4
Suj. 20	5	5	4	4	3	3	3	3	4
Suj. 21	4	5	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 22	3	4	4	4	4	4	4	5	3
Suj. 23	3	3	3	2	3	3	3	3	5
Suj. 24	5	5	5	4	4	4	4	5	1
Suj. 25	4	4	3	3	3	3	3	3	5
Suj. 26	3	4	2	2	2	4	3	4	6
Suj. 27	4	3	4	4	2	2	3	2	5
Suj. 28	2	2	1	1	2	2	1	1	6
Suj. 29	1	2	2	2	1	1	1	1	6
Suj. 30	3	3	2	2	2	2	1	2	6
Suj. 31	4	4	3	3	2	2	2	3	5
Suj. 32	2	3	2	3	3	2	2	3	5
Suj. 33	3	2	3	2	2	2	3	2	5
Suj. 34	2	2	2	2	2	2	1	3	4
Suj. 35	5	4	3	5	4	4	3	3	3
Suj. 36	3	3	3	3	3	3	1	3	5
Suj. 37	4	4	4	4	4	4	4	4	1, 3, 5, 7
Suj. 38	2	3	1	2	1	2	2	2	5
Suj. 39	2	4	2	2	1	2	2	3	6
Suj. 40	2	2	1	2	2	1	1	2	6
Suj. 41	2	3	2	2	1	2	2	2	5
Suj. 42	4	3	4	2	4	4	4	4	7
Suj. 43	3	4	2	3	1	2	1	2	5

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 44	2	2	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 45	5	5	5	4	4	4	5	5	7
Suj. 46	4	4	4	4	3	2	4	4	5
Suj. 47	1	2	3	2	1	1	4	2	2, 7
Suj. 48	2	2	2	2	2	2	2	3	6
Suj. 49	4	4	4	4	4	4	4	5	1
Suj. 50	2	2	1	1	2	1	2	1	6
Suj. 51	2	3	2	2	2	2	3	2	5
Suj. 52	2	2	2	2	2	1	1	1	6
Suj. 53	3	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 54	2	2	2	2	2	2	2	2	5, 6
Suj. 55	3	4	2	2	3	3	3	3	6
Suj. 56	1	2	2	2	2	1	2	2	6
Suj. 57	2	2	2	2	1	2	2	2	5, 6
Suj. 58	4	4	4	4	4	5	5	5	1, 2
Suj. 59	2	2	1	2	1	1	1	2	6
Suj. 60	2	3	2	3	1	2	2	2	6
Suj. 61	3	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 62	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 63	2	2	1	2	1	1	1	2	6
Suj. 64	4	4	3	2	4	4	3	3	5
Suj. 65	4	4	2	3	3	1	3	3	3, 5
Suj. 66	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 67	4	4	4	4	3	3	4	3	5
Suj. 68	4	4	4	3	4	4	4	4	3
Suj. 69	2	2	2	2	1	3	2	2	5
Suj. 70	1	2	1	1	1	2	2	1	6
Suj. 71	3	4	3	2	2	3	3	4	3
Suj. 72	3	3	3	3	2	2	2	3	3
Suj. 73	4	4	4	3	4	4	4	4	5
Suj. 74	2	3	3	3	3	3	3	3	5
Suj. 75	3	4	1	1	1	1	1	1	3
Suj. 76	4	4	4	4	4	4	4	4	3
Suj. 77	4	4	3	3	3	3	3	3	5
Suj. 78	4	4	4	4	4	4	4	4	4, 5
Suj. 79	3	3	2	2	2	1	1	2	6
Suj. 80	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Suj. 81	4	3	4	3	3	4	4	4	3
Suj. 82	2	3	2	2	1	3	3	1	5
Suj. 83	2	2	2	2	1	2	2	2	6
Suj. 84	2	2	2	2	2	2	3	2	5
Suj. 85	4	4	4	4	4	4	4	4	4, 5
Suj. 86	2	2	2	2	2	2	2	2	6

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 87	1	1	2	1	1	1	2	1	5
Suj. 88	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 89	4	4	4	4	1	3	4	3	3, 5, 7
Suj. 90	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 91	2	2	2	1	2	2	2	2	5
Suj. 92	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 93	3	3	3	3	3	3	3	4	1
Suj. 94	2	3	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 95	2	4	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 96	2	2	2	3	3	2	2	2	5
Suj. 97	1	2	1	1	2	1	2	1	5
Suj. 98	2	2	2	1	1	4	1	2	5
Suj. 99	5	5	5	5	5	5	5	3	2, 3
Suj. 100	1	2	1	2	1	1	1	1	6
Suj. 101	4	4	4	5	4	5	5	4	5
Suj. 102	3	3	3	2	2	4	4	3	3, 5
Suj. 103	4	4	4	2	2	2	4	2	5
Suj. 104	2	2	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 105	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Suj. 106	3	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 107	4	3	4	3	3	4	4	3	5
Suj. 108	2	3	2	2	2	2	2	1	1
Suj. 109	4	4	4	4	3	4	4	4	6
Suj. 110	2	2	2	2	1	2	2	2	3
Suj. 111	4	3	3	2	2	3	5	5	1, 3, 7
Suj. 112	4	4	4	4	4	5	5	4	1, 3, 5, 7
Suj. 113	4	5	5	5	4	4	5	4	6
Suj. 114	2	2	1	1	2	1	1	1	6
Suj. 115	4	4	3	3	3	3	4	1	5
Suj. 116	2	2	2	2	2	4	3	2	2
Suj. 117	2	2	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 118	1	2	2	2	2	2	2	1	1
Suj. 119	2	4	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 120	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 121	3	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 122	3	4	2	2	1	1	2	2	6
Suj. 123	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 124	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 125	3	4	2	2	2	2	2	2	5, 6
Suj. 126	4	4	3	2	2	2	3	4	5
Suj. 127	4	4	4	4	3	3	4	5	3
Suj. 128	4	4	4	4	4	4	4	4	1
Suj. 129	2	1	1	2	1	1	1	1	6

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 130	4	4	4	4	4	4	4	4	4, 7
Suj. 131	2	2	2	3	3	1	4	2	3, 5
Suj. 132	2	1	2	1	3	1	1	1	5
Suj. 133	2	2	3	2	2	2	2	2	5
Suj. 134	2	2	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 135	2	2	3	1	2	2	2	2	6
Suj. 136	5	5	4	2	3	3	3	3	3
Suj. 137	4	3	3	2	3	3	2	3	5
Suj. 138	1	1	3	3	3	3	4	4	3
Suj. 139	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 140	2	1	3	4	3	2	4	2	5
Suj. 141	4	4	4	5	5	4	4	3	1, 3, 5
Suj. 142	1	1	1	1	1	3	1	1	6
Suj. 143	1	2	3	3	3	3	2	2	6
Suj. 144	4	4	4	3	3	4	4	3	1, 5
Suj. 145	3	3	3	3	3	3	3	3	5
Suj. 146	3	3	3	3	3	3	4	3	5
Suj. 147	4	5	2	3	3	1	1	1	6
Suj. 148	4	4	2	4	2	2	4	2	5
Suj. 149	2	2	2	3	2	3	2	3	5
Suj. 150	2	2	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 151	3	4	2	1	2	2	2	3	6
Suj. 152	3	4	3	2	4	4	2	3	5
Suj. 153	2	4	2	2	1	1	2	3	5
Suj. 154	2	2	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 155	2	4	1	1	2	2	1	1	6
Suj. 156	4	4	4	4	2	4	4	4	4
Suj. 157	2	4	2	2	1	2	2	2	6
Suj. 158	4	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 159	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 160	2	4	2	1	1	2	2	2	6
Suj. 161	2	4	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 162	2	2	2	2	1	2	2	2	6
Suj. 163	2	4	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 164	4	4	4	4	4	4	4	4	4, 5
Suj. 165	4	4	3	2	4	4	2	2	5
Suj. 166	4	4	4	4	4	4	4	4	4, 5
Suj. 167	4	4	2	2	2	1	2	1	6
Suj. 168	2	2	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 169	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 170	3	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 171	2	2	2	1	1	2	2	2	6
Suj. 172	4	4	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

Respostas dadas ao Questionário de Satisfação

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 173	2	2	2	2	2	2	2	2	5, 6
Suj. 174	2	4	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 175	2	4	2	2	1	1	2	2	6
Suj. 176	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 177	2	4	2	1	2	2	2	1	6
Suj. 178	4	4	2	1	1	1	2	2	6
Suj. 179	4	4	4	4	4	4	5	4	4, 5
Suj. 180	2	4	2	1	2	2	2	1	6
Suj. 181	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 182	3	3	2	3	2	4	2	2	5
Suj. 183	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 184	5	5	5	4	4	5	4	4	4, 7
Suj. 185	4	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 186	3	4	3	3	2	2	3	2	5
Suj. 187	4	5	4	4	4	4	5	4	3, 4, 5
Suj. 188	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 189	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 190	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 191	3	4	2	2	2	2	4	2	5
Suj. 192	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 193	4	4	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5
Suj. 194	2	2	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 195	2	4	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 196	4	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 197	2	2	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 198	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 199	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 200	3	3	3	2	3	2	3	3	5
Suj. 201	4	4	4	4	4	4	4	4	3, 5
Suj. 202	4	4	4	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5, 7
Suj. 203	4	4	4	2	4	4	4	3	1, 5, 7
Suj. 204	2	3	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 205	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 206	4	4	4	4	4	4	4	3	3, 5
Suj. 207	2	2	2	2	2	2	1	2	3, 5
Suj. 208	4	4	4	4	4	4	4	3	3, 5
Suj. 209	3	4	2	2	2	2	3	2	3, 5
Suj. 210	1	1	1	1	1	1	3	1	6
Suj. 211	5	5	5	5	4	5	5	5	1, 2, 3, 4, 5, 7
Suj. 212	2	2	2	1	2	2	3	1	6
Suj. 213	4	4	2	3	2	2	3	3	5
Suj. 214	2	4	2	1	1	1	2	1	6
Suj. 215	2	2	2	2	2	2	2	2	5

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_1	QUEST_2	QUEST_3	QUEST_6	QUEST_7	QUEST_8	QUEST_9	QUEST_10	QUEST_11
Suj. 216	2	4	2	1	2	1	1	1	6
Suj. 217	2	4	2	2	2	2	3	2	6
Suj. 218	4	4	4	4	4	4	4	4	1, 3, 5
Suj. 219	4	5	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 220	2	4	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 221	3	3	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 222	4	4	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 223	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 224	2	4	3	2	3	3	3	3	6
Suj. 225	2	3	2	1	2	2	2	2	6
Suj. 226	4	4	3	2	3	3	2	2	5
Suj. 227	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 228	2	2	2	1	1	1	1	1	6
Suj. 229	4	4	4	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5
Suj. 230	4	4	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5
Suj. 231	2	3	2	2	2	2	2	1	5, 6
Suj. 232	5	5	5	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5
Suj. 233	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 234	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 235	4	4	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5
Suj. 236	2	2	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 237	3	4	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 238	4	4	3	3	3	3	3	2	5
Suj. 239	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 240	4	4	4	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5
Suj. 241	2	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 242	2	3	2	2	2	2	2	1	5
Suj. 243	2	3	1	1	1	1	1	1	5, 6
Suj. 244	2	3	2	1	1	1	1	1	6
Suj. 245	3	4	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 246	2	3	2	2	2	2	2	2	5
Suj. 247	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 248	2	4	2	1	1	1	2	2	6
Suj. 249	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 250	2	4	2	2	3	3	2	2	6
Suj. 251	2	4	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 252	2	4	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 253	4	4	4	3	4	4	4	3	5
Suj. 254	2	4	2	2	2	2	2	1	6
Suj. 255	4	4	1	1	1	1	1	1	6
Suj. 256	2	2	4	3	4	4	4	3	4
Suj. 257	2	2	2	2	2	2	2	2	6
Suj. 258	3	3	3	3	2	2	3	2	3

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 1	2	4	4	4	4	4	3	3
Suj. 2	3	4	4	4	4	5	1	4
Suj. 3	1	1	1	1	1	1	5	1
Suj. 4	4	5	5	5	5	5	1, 3, 4, 5, 7	5
Suj. 5	2	5	5	5	5	5	1	5
Suj. 6	3	4	4	4	3	4	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	3
Suj. 7	3	2	3	4	3	3	3	2
Suj. 8	3	4	4	4	4	3	5	3
Suj. 9	1	1	1	1	1	1	5	1
Suj. 10	2	1	4	3	3	2	5	3
Suj. 11	1	4	1	4	2	3	3	1
Suj. 12	4	5	5	5	5	5	4, 7	5
Suj. 13	4	4	5	5	5	5	1, 2, 3, 4, 5, 7	4
Suj. 14	1	2	2	2	2	2	5, 6	2
Suj. 15	2	4	4	4	4	4	4, 5, 7	4
Suj. 16	3	5	5	5	5	5	1, 4	5
Suj. 17	1	4	1	4	4	4	5	4
Suj. 18	1	2	2	2	2	3	5	1
Suj. 19	3	4	4	4	4	3	1, 4	3
Suj. 20	1	4	5	5	5	5	1	3
Suj. 21	5	5	5	5	5	5	1	5
Suj. 22	1	4	4	4	4	5	1	1
Suj. 23	3	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 24	2	5	5	5	5	5	1	1
Suj. 25	4	5	5	5	5	4	1, 5	4
Suj. 26	1	4	4	4	4	4	3	2
Suj. 27	1	4	2	3	3	2	3, 5, 6	1
Suj. 28	1	1	1	1	5	5	3	1
Suj. 29	1	1	2	1	2	1	6	1
Suj. 30	1	3	3	3	2	2	3	1
Suj. 31	4	4	4	4	4	4	1, 2, 3	4
Suj. 32	3	4	4	4	1	3	5	2
Suj. 33	1	2	2	2	3	2	5	1
Suj. 34	1	2	3	3	2	2	5	1
Suj. 35	5	5	4	5	5	5	2	1
Suj. 36	1	3	2	3	5	5	1	1
Suj. 37	3	4	4	4	3	3	1, 3, 4, 7	3
Suj. 38	1	3	4	4	3	2	4	1
Suj. 39	2	4	4	3	3	4	4	3
Suj. 40	1	2	2	3	2	2	3, 5	2
Suj. 41	1	4	4	5	4	3	3	2
Suj. 42	2	2	2	2	4	2	7	1
Suj. 43	1	3	3	3	4	2	5	3

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 44	1	5	4	4	3	3	5	2
Suj. 45	5	5	5	5	5	5	7	4
Suj. 46	2	5	5	4	5	5	5	4
Suj. 47	1	4	4	4	4	4	1, 4	2
Suj. 48	3	2	4	4	2	2	3, 5	1
Suj. 49	3	4	4	4	4	5	1	3
Suj. 50	1	3	2	3	2	2	6	2
Suj. 51	1	2	3	2	2	4	5	3
Suj. 52	1	2	3	2	4	2	3, 5	3
Suj. 53	2	4	4	3	3	4	4	3
Suj. 54	2	3	3	2	2	4	5	4
Suj. 55	1	4	3	2	2	1	6	1
Suj. 56	1	1	2	2	1	2	6	2
Suj. 57	1	3	2	2	2	3	5	1
Suj. 58	3	5	5	5	4	4	1, 2, 5	5
Suj. 59	1	2	2	3	4	2	5	1
Suj. 60	1	2	2	3	2	2	6	1
Suj. 61	2	4	4	4	4	4	4, 5, 7	4
Suj. 62	1	2	2	2	2	2	6	1
Suj. 63	1	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 64	3	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 65	1	5	5	5	5	4	1, 3, 4	4
Suj. 66	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 67	2	5	5	5	5	5	1	4
Suj. 68	2	1	4	4	4	5	3	3
Suj. 69	1	1	1	2	2	2	6	1
Suj. 70	2	2	2	4	4	5	5	4
Suj. 71	1	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 72	1	2	3	2	2	3	3	1
Suj. 73	3	5	5	5	5	5	4	1
Suj. 74	3	3	3	3	3	2	2, 5, 6	1
Suj. 75	1	5	4	4	5	5	1	5
Suj. 76	2	4	4	4	4	3	1	3
Suj. 77	3	4	4	4	4	3	5	3
Suj. 78	4	4	4	4	4	4	4, 5, 7	4
Suj. 79	1	3	4	4	4	3	5	2
Suj. 80	3	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 81	2	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 82	1	5	4	4	4	4	5	2
Suj. 83	2	2	2	2	2	2	5	3
Suj. 84	1	1	2	2	2	1	5	1
Suj. 85	3	4	4	4	4	4	3, 4, 7	4
Suj. 86	1	2	2	4	2	2	5	2

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 87	2	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 88	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 89	1	3	3	4	5	3	1, 2, 3, 5, 7	1
Suj. 90	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 91	1	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 92	2	2	3	2	2	2	5	3
Suj. 93	3	3	3	3	3	3	1	4
Suj. 94	2	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 95	1	4	4	4	5	4	4	4
Suj. 96	1	4	4	2	2	3	5	1
Suj. 97	1	2	2	2	2	1	5	1
Suj. 98	1	2	2	2	2	2	5	1
Suj. 99	3	5	3	4	4	5	2, 3	3
Suj. 100	1	2	1	1	1	1	6	1
Suj. 101	4	4	3	4	4	4	5	3
Suj. 102	1	3	4	4	4	4	1, 4, 5	2
Suj. 103	1	1	4	4	4	4	3	4
Suj. 104	1	2	3	2	2	3	5	4
Suj. 105	1	3	4	4	3	4	5	1
Suj. 106	2	4	5	5	4	3	1, 2, 5, 7	4
Suj. 107	1	2	2	3	3	2	5	1
Suj. 108	1	3	3	2	2	3	5	3
Suj. 109	2	5	4	4	4	3	5	2
Suj. 110	1	2	2	2	4	2	3	1
Suj. 111	1	2	3	4	4	5	1	1
Suj. 112	4	4	5	4	5	4	1, 4, 5, 7	4
Suj. 113	2	5	5	5	5	5	5	2
Suj. 114	1	2	2	2	3	2	5	2
Suj. 115	1	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 116	1	3	3	1	2	2	5	1
Suj. 117	1	2	4	2	2	2	3, 5	2
Suj. 118	1	1	2	2	3	3	5	1
Suj. 119	1	2	4	4	4	4	1, 4, 5, 7	4
Suj. 120	2	3	4	4	4	4	5	4
Suj. 121	1	4	4	4	4	4	1, 4, 7	4
Suj. 122	1	4	4	5	5	4	4, 7	4
Suj. 123	1	2	3	2	2	3	5	3
Suj. 124	2	4	4	4	4	3	5	4
Suj. 125	2	4	4	4	3	4	4, 5, 7	4
Suj. 126	3	4	5	5	5	5	1	5
Suj. 127	1	4	4	4	4	5	5	3
Suj. 128	1	3	4	4	4	3	1	1
Suj. 129	1	1	1	1	1	1	6	1

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 130	4	4	4	4	4	4	2, 3, 7	4
Suj. 131	1	2	2	3	3	2	5	2
Suj. 132	1	1	1	1	1	1	5	1
Suj. 133	1	3	2	2	2	1	5	1
Suj. 134	2	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 135	3	2	3	2	2	4	3, 5	3
Suj. 136	1	5	5	4	5	3	2	4
Suj. 137	1	2	4	3	3	3	5	1
Suj. 138	1	1	1	1	1	3	3	1
Suj. 139	2	2	1	1	3	3	1, 5	1
Suj. 140	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 141	4	4	4	4	4	3	1, 3, 4	4
Suj. 142	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 143	1	1	1	1	1	3	6	1
Suj. 144	2	5	5	5	5	4	1, 3, 5	2
Suj. 145	1	3	4	3	3	4	5	2
Suj. 146	3	3	3	3	3	3	3	3
Suj. 147	1	5	3	4	5	4	1, 3, 5, 7	4
Suj. 148	1	4	4	4	4	5	1, 4, 5	4
Suj. 149	1	1	1	2	2	2	5	1
Suj. 150	2	2	2	2	2	2	6	2
Suj. 151	1	4	4	4	3	3	4, 5	3
Suj. 152	3	4	4	4	4	4	5	3
Suj. 153	1	4	4	4	4	3	4, 5	3
Suj. 154	2	3	4	2	2	2	5	1
Suj. 155	1	4	4	4	4	3	5	3
Suj. 156	3	4	4	4	4	4	3, 4, 7	4
Suj. 157	1	4	5	5	4	3	1, 5	4
Suj. 158	1	4	4	4	4	3	4, 5	4
Suj. 159	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 160	1	3	4	4	4	3	5	3
Suj. 161	1	4	4	4	4	4	2, 4, 5	4
Suj. 162	1	2	2	2	2	2	5	3
Suj. 163	1	4	5	4	5	4	4, 5, 7	4
Suj. 164	4	5	4	4	4	4	4, 5, 7	4
Suj. 165	1	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 166	4	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 167	1	4	4	4	4	5	1, 2, 3, 4, 5, 7	5
Suj. 168	1	3	2	3	2	2	5	2
Suj. 169	3	2	3	2	3	2	5	1
Suj. 170	1	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 171	2	2	3	2	2	2	5	2
Suj. 172	4	4	4	4	4	4	1, 4, 5, 7	4

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 173	2	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 174	1	4	5	5	4	3	4	3
Suj. 175	2	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 176	1	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 177	1	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 178	2	4	4	5	4	4	4, 5	3
Suj. 179	4	5	4	4	4	5	4, 5	4
Suj. 180	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 181	1	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 182	1	3	4	2	2	1	5	1
Suj. 183	2	2	3	3	2	2	5	2
Suj. 184	4	5	5	5	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 185	1	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 186	2	4	4	4	4	3	4, 5	3
Suj. 187	4	5	5	5	5	5	3, 4, 5	4
Suj. 188	1	4	4	4	5	3	4, 5	3
Suj. 189	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 190	1	4	4	4	4	4	5	4
Suj. 191	1	4	4	4	4	3	5	1
Suj. 192	1	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 193	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 194	1	2	2	2	2	2	5	1
Suj. 195	1	4	4	4	4	4	4, 5	3
Suj. 196	2	4	4	4	4	5	4, 5	4
Suj. 197	3	2	2	2	2	2	6	2
Suj. 198	1	2	2	2	2	1	6	2
Suj. 199	2	2	2	2	2	2	6	2
Suj. 200	2	3	3	2	3	3	5	3
Suj. 201	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 202	4	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5	4
Suj. 203	3	3	3	3	4	3	3, 4, 5	3
Suj. 204	1	4	4	3	3	3	5	3
Suj. 205	2	4	4	4	4	3	5	3
Suj. 206	2	4	4	4	4	4	3, 5	3
Suj. 207	1	2	2	2	2	1	5	1
Suj. 208	3	4	4	4	4	4	3, 4, 5	3
Suj. 209	1	4	4	4	4	4	3, 4, 5	3
Suj. 210	1	2	2	2	2	1	5	1
Suj. 211	5	5	5	5	4	4	1, 2, 3, 4, 5, 7	4
Suj. 212	1	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 213	3	4	4	4	4	4	3, 5	4
Suj. 214	1	4	4	3	3	2	5	3
Suj. 215	2	2	2	2	2	2	5	2

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_12	QUEST_13	QUEST_14	QUEST_15	QUEST_16	QUEST_17	QUEST_18	QUEST_19
Suj. 216	1	4	5	5	4	5	3, 4, 5	4
Suj. 217	1	4	4	4	4	4	5, 7	4
Suj. 218	4	4	4	4	4	4	1, 2, 3, 4, 5, 7	4
Suj. 219	1	5	5	5	5	4	1, 4, 5	4
Suj. 220	1	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 221	1	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 222	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 223	1	3	3	3	2	1	5	1
Suj. 224	3	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 225	1	3	2	3	3	2	5	3
Suj. 226	3	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 227	1	1	1	1	1	1	6	1
Suj. 228	1	2	2	2	2	2	6	1
Suj. 229	4	4	4	4	4	4	1, 3, 4, 5	4
Suj. 230	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 231	1	3	3	3	3	2	5	2
Suj. 232	4	5	5	5	5	5	1, 3, 4, 5	5
Suj. 233	1	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 234	2	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 235	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 236	1	2	2	2	2	1	6	1
Suj. 237	1	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 238	2	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 239	2	4	4	4	4	3	3, 5	3
Suj. 240	4	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 241	2	4	4	4	4	3	3, 4, 5	3
Suj. 242	1	3	3	3	3	2	5	2
Suj. 243	1	3	3	3	3	2	5	2
Suj. 244	1	3	3	3	3	3	5	3
Suj. 245	1	4	4	4	4	4	3, 4, 5	4
Suj. 246	1	3	3	3	3	3	5	1
Suj. 247	2	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 248	1	4	4	4	4	5	4, 5	5
Suj. 249	2	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 250	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 251	1	4	4	4	4	3	4, 5	4
Suj. 252	1	4	4	4	4	5	1, 2, 3, 4, 5, 7	5
Suj. 253	4	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 254	1	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 255	1	4	4	4	4	4	4, 5	4
Suj. 256	4	3	2	2	2	2	6	1
Suj. 257	2	2	2	2	2	2	5	2
Suj. 258	1	2	3	4	3	2	5	2

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

Respostas dadas ao Questionário de Satisfação

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 1	3	3	4	4	2	2	3	3	3
Suj. 2	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 3	2	1	1	3	3	3	1	3	2
Suj. 4	5	5	5	5					
Suj. 5	1	2	3	5					
Suj. 6	4	3	4	4	4	4	4	3	3
Suj. 7	3	4	3	3	2	3	3	3	3
Suj. 8	4	3	3	4	3	4	3	3	3
Suj. 9	3	1	1	3					
Suj. 10	3	3	2	2	2	1	2	1	2
Suj. 11	1	3	1	1	1	2	1	1	1
Suj. 12	4	5	4	4	5	5	5	5	5
Suj. 13	5	4	4	5					
Suj. 14	2	2	3	3	3	3	3	2	2
Suj. 15	4	2	4	4	2	2	2	3	2
Suj. 16	5	5	4	5					
Suj. 17	4	2	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 18	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Suj. 19	4	3	3	4					
Suj. 20	4	2	5	5					
Suj. 21	5	4	5	5					
Suj. 22	1	3	1	3					
Suj. 23	3	3	2	3	2	3	4	2	1
Suj. 24	5	4	5	5	5	5	5	5	5
Suj. 25	4	5	4	4					
Suj. 26	4	1	2	3	1	4	2	1	1
Suj. 27	2	2	4	5	3	3	3	1	3
Suj. 28	2	1	1	1					
Suj. 29	1	1	1	1	2	1	3	3	3
Suj. 30	1	2	2	2	2	2	2	2	2
Suj. 31	4	2	3	4					
Suj. 32	2	3	3	5	2	3	2	1	2
Suj. 33	2	1	1	2	3	3	3	2	2
Suj. 34	3	1	1	3					
Suj. 35	2	5	3	5	3	3	3	3	3
Suj. 36	5	3	3	5	2	3	4	1	2
Suj. 37	3	3	3	3	4	1	1	3	3
Suj. 38	2	1	2	4	1	1	1	1	1
Suj. 39	3	2	3	3	2	1	2	1	1
Suj. 40	3	1	2	2	1	1	1	1	1
Suj. 41	3	4	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 42	2	1	1	1	4	4	3	3	3
Suj. 43	2	1	2	1	1	2	1	2	1

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 44	2	2	2	2	1	1	1	1	1
Suj. 45	4	4	4	4					
Suj. 46	2	2	3	4	3	3	3	2	2
Suj. 47	3	2	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 48	3	1	3	3	1	2	3	2	2
Suj. 49	2	5	3	5					
Suj. 50	3	1	2	2	1	1	2	1	1
Suj. 51	3	2	3	3	2	2	2	1	1
Suj. 52	3	2	4	3	1	1	1	1	1
Suj. 53	4	2	4	4	2	2	1	3	1
Suj. 54	4	2	2	3	2	2	2	3	2
Suj. 55	1	1	1	1	3	3	3	3	3
Suj. 56	3	1	1	2	1	2	1	2	1
Suj. 57	3	2	2	1	2	2	1	3	1
Suj. 58	4	2	5	4	4	5	4	2	2
Suj. 59	3	2	2	3	1	1	1	1	1
Suj. 60	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Suj. 61	5	2	4	4					
Suj. 62	2	1	1	2	2	2	1	2	1
Suj. 63	2	1	1	1	1	1	1	1	1
Suj. 64	4	3	4	4					
Suj. 65	4	1	2	4	2	2	1	1	1
Suj. 66	5	1	1	1					
Suj. 67	4	4	5	5	3	3	3	3	3
Suj. 68	5	3	1	3					
Suj. 69	1	1	1	3	1	3	2	1	1
Suj. 70	4	4	2	4					
Suj. 71	4	2	3	4					
Suj. 72	1	1	1	2	3	3	3	2	3
Suj. 73	5	3	4	4					
Suj. 74	4	2	3	3					
Suj. 75	2	3	1	4					
Suj. 76	4	4	5	4	4	4	4	4	4
Suj. 77	4	3	3	3					
Suj. 78	4	4	4	4	4	4	3	4	4
Suj. 79	4	2	2	3	2	2	2	2	2
Suj. 80	3	3	5	4	4	3	2	3	2
Suj. 81	3	2	2	3	2	4	3	4	4
Suj. 82	1	4	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 83	3	2	2	3	2	1	2	2	2
Suj. 84	2	1	1	1	4	4	4	3	3
Suj. 85	4	4	4	4					
Suj. 86	2	1	2	2	2	1	1	2	2

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 87	1	1	1	1					
Suj. 88	3	1	2	3					
Suj. 89	2	2	3	1	2	4	3	5	2
Suj. 90	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Suj. 91	1	2	2	4	2	1	1	1	1
Suj. 92	3	1	2	3	2	2	2	2	2
Suj. 93	3	3	3	3	4	3	3	3	3
Suj. 94	3	1	2	3					
Suj. 95	4	1	2	4	1	1	1	1	1
Suj. 96	4	1	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 97	4	1	2	2	2	4	2	3	2
Suj. 98	3	2	2	3	2	2	2	1	1
Suj. 99	4	5	5	4					
Suj. 100	1	2	1	2	1	2	1	1	1
Suj. 101	3	4	4	4	5	4	4	3	3
Suj. 102	3	3	3	4	3	3	3	2	2
Suj. 103	2	2	2	1	4	4	4	3	3
Suj. 104	3	2	2	4	2	2	1	1	2
Suj. 105	2	1	3	4					
Suj. 106	4	2	4	4	2	1	1	4	2
Suj. 107	3	2	2	3	4	5	2	4	2
Suj. 108	4	1	2	3	2	2	1	1	2
Suj. 109	3	4	4	4	4	4	3	4	4
Suj. 110	2	1	2	2	1	1	2	2	2
Suj. 111	4	1	1	1					
Suj. 112	4	5	5	4	4	4	4	4	4
Suj. 113	2	4	5	4	4	4	3	3	1
Suj. 114	2	2	2	1	2	1	1	1	1
Suj. 115	4	4	5	4					
Suj. 116	1	2	2	2					
Suj. 117	2	2	2	2	1	1	1	2	1
Suj. 118	1	1	1	1	3	2	2	3	2
Suj. 119	4	2	4	4	2	2	2	3	2
Suj. 120	4	1	3	3	2	2	1	2	2
Suj. 121	3	2	4	4	2	2	2	2	2
Suj. 122	4	2	4	4	1	1	2	2	2
Suj. 123	4	2	3	3	2	2	2	2	2
Suj. 124	4	2	4	4					
Suj. 125	5	2	4	4	2	2	1	2	2
Suj. 126	5	2	4	4	2	2	2	1	2
Suj. 127	3	2	2	5	3	3	3	1	1
Suj. 128	2	3	5	5					
Suj. 129	1	2	2	1	2	2	1	1	1

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 130	4	4	4	4					
Suj. 131	3	1	1	2	4	4	2	3	4
Suj. 132	1	1	2	1	2	2	2	2	2
Suj. 133	2	1	2	1	3	3	3	3	3
Suj. 134	3	2	2	2	2	2	1	3	1
Suj. 135	4	1	2	3					
Suj. 136	4	1	4	5	3	3	4	4	4
Suj. 137	4	1	1	3	2	3	1	2	1
Suj. 138	5	3	3	3	3	3	3	3	3
Suj. 139	4	3	2	1	2	4	2	2	2
Suj. 140	2	1	1	1	3	3	3	2	2
Suj. 141	4	3	3	4	4	4	4	1	1
Suj. 142	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suj. 143	2	1	1	1	2	2	1	2	1
Suj. 144	4	4	4	4	4	4	4	4	5
Suj. 145	4	3	5	5	2	3	3	3	3
Suj. 146	3	3	2	3	3	3	3	1	1
Suj. 147	4	3	3	2					
Suj. 148	2	4	3	3	2	1	1	2	2
Suj. 149	4	1	1	2	2	2	2	3	2
Suj. 150	4	2	2	2					
Suj. 151	3	1	3	4	2	2	1	2	1
Suj. 152	4	2	3	2					
Suj. 153	4	2	3	3					
Suj. 154	3	1	2	3					
Suj. 155	4	1	3	4					
Suj. 156	4	3	4	4	4	4	4	3	4
Suj. 157	5	1	4	4					
Suj. 158	4	2	4	4					
Suj. 159	5	2	4	4	2	2	2	2	2
Suj. 160	4	1	2	2					
Suj. 161	5	1	4	4					
Suj. 162	4	2	2	2	2	2	2	2	2
Suj. 163	4	1	4	4	2	1	1	1	1
Suj. 164	5	4	4	5	4	4	4	4	4
Suj. 165	4	2	3	3	4	2	2	4	3
Suj. 166	5	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 167	5	1	5	5					
Suj. 168	3	1	3	2					
Suj. 169	3	2	2	2	2	1	2	1	1
Suj. 170	4	1	3	3	3	2	2	2	2
Suj. 171	3	2	2	2					
Suj. 172	4	4	4	4	4	4	4	4	4

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 173	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Suj. 174	4	3	3	3	2	2	1	1	2
Suj. 175	4	2	4	4	2	1	1	1	1
Suj. 176	3	1	2	1	2	1	2	2	2
Suj. 177	4	1	4	4					
Suj. 178	4	1	4	3	2	3	2	2	2
Suj. 179	5	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 180	5	2	4	4					
Suj. 181	2	1	2	1					
Suj. 182	2	2	3	4	3	2	2	2	2
Suj. 183	3	2	2	3	2	2	2	2	2
Suj. 184	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 185	4	1	4	4					
Suj. 186	3	3	3	4	3	3	3	3	3
Suj. 187	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 188	4	2	4	4					
Suj. 189	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suj. 190	4	1	4	4	2	2	1	1	2
Suj. 191	2	2	2	3	2	3	3	3	3
Suj. 192	2	3	3	4	4	4	3	3	3
Suj. 193	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 194	3	2	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 195	5	2	3	4					
Suj. 196	5	1	4	5	2	2	1	2	2
Suj. 197	3	2	2	2	4	4	4	4	4
Suj. 198	2	1	2	1					
Suj. 199	3	2	2	2					
Suj. 200	2	3	3	3	2	2	2	2	2
Suj. 201	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 202	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 203	3	2	3	4	4	4	4	4	4
Suj. 204	3	3	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 205	2	2	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 206	3	4	4	4	3	3	3	3	3
Suj. 207	2	2	3	3	2	2	2	2	2
Suj. 208	3	4	4	4	4	4	4	4	4
Suj. 209	4	2	3	4	3	2	2	2	2
Suj. 210	1	1	1	3	1	1	1	1	1
Suj. 211	4	4	5	5	5	4	5	4	4
Suj. 212	2	1	2	1					
Suj. 213	4	2	4	4					
Suj. 214	2	1	2	2	2	2	2	2	2
Suj. 215	2	2	2	2					

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	QUEST_20	QUEST_21	QUEST_22	QUEST_23	QUEST_24	QUEST_25	QUEST_26	QUEST_27	QUEST_28
Suj. 216	3	1	5	4	2	2	2	2	2
Suj. 217	4	1	3	3	1	1	2	2	2
Suj. 218	4	3	4	4	4	4	3	4	3
Suj. 219	5	1	5	5	2	2	2	3	2
Suj. 220	4	4	4	4	3	2	2	2	2
Suj. 221	2	1	1	1	1	2	2	3	1
Suj. 222	2	1	2	3	4	1	1	1	1
Suj. 223	2	1	2	1	2	2	1	2	2
Suj. 224	3	1	4	4	2	2	3	4	3
Suj. 225	2	2	2	3	2	2	2	2	2
Suj. 226	3	2	4	3					
Suj. 227	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Suj. 228	1	1	2	1	1	1	1	1	1
Suj. 229	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 230	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 231	3	1	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 232	4	5	5	5	5	5	5	5	5
Suj. 233	2	1	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 234	3	2	3	3					
Suj. 235	3	4	5	4	4	4	4	4	4
Suj. 236	1	1	2	3	2	2	2	2	2
Suj. 237	4	2	3	4					
Suj. 238	4	3	3	4	3	3	3	3	3
Suj. 239	3	3	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 240	4	4	5	5	4	4	4	4	4
Suj. 241	2	3	3	4	2	2	2	2	2
Suj. 242	3	2	2	2					
Suj. 243	1	2	3	3	1	1	1	1	1
Suj. 244	2	1	2	4	1	1	1	1	1
Suj. 245	3	2	2	4	2	2	2	2	2
Suj. 246	3	1	3	3					
Suj. 247	2	2	2	1	2	2	2	2	2
Suj. 248	4	1	2	4	2	1	2	2	1
Suj. 249	2	2	2	2					
Suj. 250	4	1	2	4	2	2	2	2	2
Suj. 251	4	1	2	4	2	2	2	2	2
Suj. 252	4	1	2	4	2	2	2	2	2
Suj. 253	4	2	3	4	4	4	4	4	4
Suj. 254	4	2	4	4					
Suj. 255	4	1	4	5	1	1	1	1	1
Suj. 256	2	2	2	2	4	4	3	4	3
Suj. 257	2	1	2	2					
Suj. 258	1	2	2	2	2	2	1	1	1

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDJ	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS.	ACOMP
Suj. 1	F	50 (1)	2	4	1	A (3)	6 (4)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 2	M	36 (1)	2	3	3	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 3	F	60 (1)	2	1	5	F (2)	5 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 4	F	74 (2)	4	1	4	E (1)	1 (4)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 5	F	74 (2)	4	1	4	E (1)	3 (4)	F	L (1)	2	2, 4 (4)
Suj. 6	F	55 (1)	2	1	5	E (1)	13 (3)	F	F (7)	1	1, 3 (1)
Suj. 7	M	71 (2)	4	3	4	E (1)	15 (3)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 8	M	46 (1)	2	4	1	A (3)	13 (3)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 9	F	55 (1)	2	4	4	F (2)	8 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 10	F	52 (1)	2	4	4	F (2)	3 (4)	F	P (2)	1,2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 11	F	68 (2)	2	1	4	F (2)	12 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 12	F	41 (1)	2	3	1	F (2)	10 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 13	M	43 (1)	2	4	1	F (2)	9 (4)	NF	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 14	F	34 (1)	2	4	1	F (2)	15 (3)	NF	B (4)	1	2, 4 (4)
Suj. 15	M	70 (2)	2	2	4	E (1)	5 (4)	NF	P (2)	1	1, 4 (2)
Suj. 16	F	70 (2)	2	1	4	E (1)	2 (4)	F	C (3)	2	1, 4 (2)
Suj. 17	M	84 (2)	4	1	4	E (1)	21 (2)	F	P (2)	1	1, 4 (2)
Suj. 18	M	38 (1)	2	3	1	F (2)	3 (4)	F	P (2)	2	2, 3 (3)
Suj. 19	F	53 (1)	2	1	1	F (2)	7 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 20	M	66 (2)	2	2	4	E (1)	13 (3)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 21	F	48 (1)	1	4	1	A (3)	5 (4)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 22	M	69 (2)	2	3	4	E (1)	19 (3)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 23	F	68 (2)	2	3	4	E (1)	26 (2)	NF	B (4)	1	1, 3 (1)
Suj. 24	F	44 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 25	F	50 (1)	2	3	1	F (2)	12 (3)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 26	F	76 (2)	2	1	4	E (1)	9 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 27	M	68 (3)	2	3	1	E (1)	19 (3)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 28	F	50 (1)	2	3	1	F (2)	3 (4)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 29	F	59 (1)	4	3	4	F (2)	4 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 30	M	58 (1)	2	3	1	E (1)	26 (2)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 31	F	47 (1)	2	3	1	F (2)	17 (3)	NF	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 32	F	76 (2)	4	1	4	E (1)	25 (2)	F	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 33	M	56 (1)	2	4	4	E (1)	8 (4)	NF	C (3)	1	2, 4 (4)
Suj. 34	F	36 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 35	M	75 (2)	2	1	4	E (1)	18 (3)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 36	F	46 (1)	1	1	1	F (2)	5 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 37	F	38 (1)	2	3	1	F (2)	6 (4)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 38	M	46 (1)	2	3	1	F (2)	3 (4)	F	P (2)	1	1, 4 (2)
Suj. 39	M	33 (1)	1	4	1	N (2)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 40	M	81 (2)	4	3	4	E (1)	5 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 41	F	27 (1)	1	4	1	F (2)	10 (4)	F	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 42	F	79 (2)	2	1	5	E (1)	2 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	2, 4 (4)
Suj. 43	F	60 (1)	4	4	4	E (1)	33 (1)	F	C (3)	1	1, 4 (2)

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDI	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS.	ACOMF
Suj. 44	F	24 (1)	1	3	1	F (2)	8 (4)	F	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 45	F	43 (1)	1	3	1	F (2)	0 (4)	NF	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 46	F	65 (2)	2	1	4	E (1)	23 (2)	NF	C (3)	1	1, 4 (2)
Suj. 47	F	45 (1)	2	1	1	F (2)	42 (1)	NF	P (2)	1, 2 (3)	2, 3 (3)
Suj. 48	M	72 (2)	2	3	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 49	F	68 (2)	2	3	3	E (1)	9 (4)	NF	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 50	M	27 (1)	2	4	1	F (2)	2 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 51	M	68 (2)	2	4	4	E (1)	3 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 52	M	62 (2)	4	3	4	E (1)	4 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 4 (2)
Suj. 53	M	30 (1)	1	4	3	N (2)	0 (4)	F	P (2)	1	1, 4 (2)
Suj. 54	M	28 (1)	1	2	3	A (3)	9 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 55	F	49 (1)	1	3	1	F (2)	14 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 56	F	31 (1)	1	4	1	F (2)	12 (3)	NF	C (3)	1	2, 4 (4)
Suj. 57	M	64 (2)	2	4	4	E (1)	1 (4)	NF	B (4)	1	1, 4 (2)
Suj. 58	F	34 (1)	2	1	1	A (3)	6 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 59	F	45 (1)	1	4	1	F (2)	0 (4)	F	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 60	F	67 (2)	2	3	4	E (1)	25 (2)	NF	C (3)	1	1, 4 (2)
Suj. 61	M	67 (2)	1	4	1	A (3)	3 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 62	F	52 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 63	F	35 (1)	1	4	1	F (2)	3 (4)	NF	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 64	F	46 (1)	2	4	1	F (2)	5 (4)	NF	L (1)	2	1, 4 (2)
Suj. 65	F	40 (1)	2	4	1	F (2)	2 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 66	F	52 (1)	1	3	1	F (2)	3 (4)	F	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 67	F	26 (1)	1	3	1	N (2)	19 (3)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 68	F	45 (1)	2	4	1	F (2)	12 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 69	F	63 (2)	2	2	4	F (2)	7 (4)	NF	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 70	F	65 (2)	4	1	5	E (1)	16 (3)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 71	F	42 (1)	2	3	1	F (2)	17 (3)	NF	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 72	F	48 (1)	2	3	1	F (2)	13 (3)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 73	M	83 (2)	2	1	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 74	F	58 (1)	2	4	1	F (2)	20 (2)	NF	L (1)	2	2, 4 (4)
Suj. 75	M	85 (2)	2	2	4	E (1)	24 (2)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 76	M	50 (1)	2	4	1	F (2)	18 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 77	M	79 (2)	4	4	4	E (1)	3 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 78	F	73 (2)	4	1	5	E (1)	0 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 79	F	56 (1)	1	3	5	F (2)	6 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 4 (2)
Suj. 80	F	74 (2)	2	3	4	E (1)	18 (3)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 81	M	76 (2)	2	1	4	E (1)	15 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 82	F	31 (1)	2	3	5	F (2)	21 (2)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 83	M	79 (2)	2	4	1	E (1)	14 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 84	M	54 (1)	2	4	1	F (2)	5 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 85	F	68 (2)	2	3	4	E (1)	6 (4)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 86	M	41 (1)	2	4	1	F (2)	2 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

Respostas dadas ao Questionário de Satisfação

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDI	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS	ACOMM
Suj. 87	F	41 (1)	2	3	1	F (2)	4 (4)	NF	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 88	F	42 (1)	3	3	5	F (2)	14 (3)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 89	F	28 (1)	1	4	1	N (2)	18 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 90	M	50 (1)	1	3	1	F (2)	1 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 91	M	52 (1)	4	3	1	E (1)	14 (3)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 92	M	77 (2)	2	4	4	E (1)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 93	M	78 (2)	2	1	4	E (1)	9 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 94	M	81 (2)	4	1	4	E (1)	0 (4)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 95	F	40 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 96	F	53 (1)	2	3	1	F (2)	4 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 97	F	51 (1)	2	3	1	F (2)	1 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 98	M	56 (1)	2	2	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 99	F	32 (1)	2	3	1	F (2)	8 (4)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 100	F	59 (1)	2	3	3	E (1)	1 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 101	M	59 (1)	2	4	4	F (2)	12 (3)	NF	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 102	F	46 (1)	2	4	1	F (2)	18 (3)	F	P (2)	1	1, 4 (4)
Suj. 103	F	52 (1)	2	3	1	F (2)	4 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 104	M	71 (2)	2	1	4	E (1)	12 (3)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 105	M	57 (1)	2	4	1	F (2)	3 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 106	M	38 (1)	1	3	1	F (2)	3 (4)	NF	P (2)	1	1, 4 (4)
Suj. 107	F	56 (1)	2	4	4	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 108	F	62 (2)	2	1	4	E (1)	0 (4)	NF	B (4)	1	1, 3 (1)
Suj. 109	M	49 (1)	3	5	1	F (2)	10 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 110	F	42 (1)	2	3	1	F (2)	3 (4)	NF	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 111	F	63 (2)	4	3	4	F (2)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 112	F	73 (2)	4	3	4	E (1)	7 (4)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 113	F	59 (1)	4	1	4	E (1)	14 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 114	F	63 (2)	4	2	4	E (1)	7 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 115	M	70 (2)	2	4	4	E (1)	7 (4)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 116	F	65 (2)	2	1	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 117	M	71 (2)	4	4	4	E (1)	0 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 118	F	61 (2)	2	1	1	F (2)	10 (4)	NF	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 119	M	79 (2)	2	3	4	E (1)	5 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 120	M	58 (1)	2	1	1	E (1)	9 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 121	M	83 (2)	2	4	4	E (1)	10 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 122	F	65 (2)	2	1	4	E (1)	15 (3)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 123	M	57 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	1	2, 4 (4)
Suj. 124	F	51 (1)	2	4	1	F (2)	1 (4)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 125	M	69 (2)	2	1	4	E (1)	2 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 126	F	67 (2)	2	1	4	E (1)	12 (3)	F	L (1)	1, 2 (3)	2, 4 (4)
Suj. 127	F	49 (1)	3	3	3	A (3)	12 (3)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 128	F	53 (1)	1	3	4	F (2)	12 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 129	F	53 (1)	3	4	1	F (2)	40 (1)	F	L (1)	1	2, 4 (4)

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**Respostas dadas ao Questionário de Satisfação**

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDI	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS.	ACOMF
Suj. 130	M	77 (2)	4	3	4	E (1)	17 (3)	F	ST (5)	2	1, 3 (1)
Suj. 131	F	40 (1)	2	4	1	F (2)	5 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 132	F	60 (1)	2	1	1	E (1)	12 (3)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 133	F	51 (1)	2	3	1	F (2)	2 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 134	F	40 (1)	2	4	1	F (2)	14 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 135	F	54 (1)	2	3	5	F (2)	14 (3)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 136	M	66 (2)	2	1	1	E (1)	20 (2)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 137	F	65 (2)	2	1	4	F (2)	32 (1)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 138	F	42 (1)	2	4	1	F (2)	15 (3)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 139	M	84 (2)	4	2	4	E (1)	15 (3)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 140	F	55 (1)	2	4	1	A (3)	7 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 141	F	52 (1)	2	3	1	E (1)	27 (2)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 142	F	52 (1)	3	3	1	F (2)	23 (2)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 143	F	55 (1)	3	3	1	F (2)	9 (4)	NF	SB (6)	1	1, 3 (1)
Suj. 144	F	46 (1)	2	2	1	F (2)	23 (2)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 145	F	38 (1)	2	3	1	F (2)	18 (3)	NF	F (7)	1	1, 3 (1)
Suj. 146	F	42 (1)	2	1	1	F (2)	7 (4)	NF	B (4)	1	1, 3 (1)
Suj. 147	M	73 (2)	2	4	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 148	F	45 (1)	1	4	1	F (2)	17 (3)	NF	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 149	F	52 (1)	2	1	1	F (2)	38 (1)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 150	F	72 (2)	2	1	4	E (1)	36 (1)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 151	F	63 (2)	4	2	4	E (1)	12 (3)	F	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 152	F	37 (1)	2	2	1	F (2)	15 (3)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 153	F	26 (1)	1	3	1	F (2)	7 (4)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 154	M	38 (1)	3	3	1	F (2)	4 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 155	M	54 (1)	3	4	1	F (2)	2 (4)	F	C (3)	2	1, 4 (4)
Suj. 156	M	42 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 157	M	59 (1)	2	3	1	E (1)	0 (4)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 158	M	67 (2)	2	4	4	E (1)	0 (4)	NF	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 159	F	73 (2)	4	1	4	E (1)	5 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 160	M	60 (1)	2	3	1	E (1)	0 (4)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 161	M	38 (1)	3	3	3	N (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 4 (4)
Suj. 162	M	63 (2)	4	3	4	E (1)	3 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 163	M	73 (2)	2	3	4	E (1)	13 (3)	NF	C (3)	1	1, 4 (4)
Suj. 164	M	66 (2)	2	2	4	E (1)	2 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 165	F	59 (1)	2	2	5	E (1)	4 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 166	F	47 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	NF	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 167	M	71 (2)	4	1	4	E (1)	5 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 168	F	58 (1)	3	3	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	2	1, 4 (4)
Suj. 169	F	61 (2)	2	2	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 170	M	42 (1)	3	3	3	F (2)	0 (4)	NF	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 171	F	34 (1)	2	4	1	N (2)	3 (4)	NF	P (2)	2	1, 4 (4)
Suj. 172	F	43 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

Respostas dadas ao Questionário de Satisfação

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDI	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS.	ACOMM
Suj. 173	M	22 (1)	1	3	1	F (2)	9 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 174	M	53 (1)	3	3	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 175	F	39 (1)	2	4	1	F (2)	12 (3)	F	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 176	F	52 (1)	2	4	1	F (2)	13 (3)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 177	M	68 (2)	4	1	4	E (1)	6 (4)	F	C (3)	2	1, 3 (1)
Suj. 178	F	34 (1)	1	3	1	F (2)	14 (3)	NF	P (2)	1	1, 4 (2)
Suj. 179	M	57 (1)	2	4	1	E (1)	0 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 180	M	44 (1)	3	3	1	F (2)	0 (4)	NF	L (1)	2	1, 4 (2)
Suj. 181	M	65 (2)	2	3	1	E (1)	0 (4)	NF	L (1)	2	2, 4 (2)
Suj. 182	M	51 (1)	2	3	1	F (2)	5 (4)	NF	C (3)	1	2, 4 (2)
Suj. 183	F	69 (2)	4	1	4	E (1)	5 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 184	F	55 (1)	2	1	1	F (2)	0 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 185	F	63 (2)	4	1	4	E (1)	23 (2)	F	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 186	M	76 (2)	2	1	4	E (1)	28 (2)	NF	L (1)	1	2, 4 (2)
Suj. 187	F	53 (1)	1	3	3	F (2)	0 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 188	M	69 (2)	4	4	4	E (1)	14 (3)	NF	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 189	F	70 (2)	2	1	4	E (1)	7 (4)	F	P (2)	1, 2 (3)	2, 4 (2)
Suj. 190	F	42 (1)	3	3	1	F (2)	0 (4)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 191	F	69 (2)	2	1	4	E (1)	16 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 192	F	59 (1)	2	2	5	E (1)	56 (1)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 193	F	51 (1)	4	4	3	F (2)	8 (4)	NF	P (2)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 194	M	81 (2)	2	2	4	E (1)	19 (3)	NF	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 195	F	39 (1)	1	3	1	F (2)	0 (4)	F	B (4)	2	1, 3 (1)
Suj. 196	M	64 (2)	2	4	4	E (1)	3 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 4 (2)
Suj. 197	F	48 (1)	2	2	3	F (2)	1 (4)	NF	B (4)	1	1, 3 (1)
Suj. 198	F	52 (1)	2	2	1	A (3)	0 (4)	NF	C (3)	2	2, 4 (2)
Suj. 199	F	49 (1)	3	2	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 200	F	48 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	NF	F (7)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 201	F	59 (1)	4	4	4	F (2)	6 (4)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 202	F	75 (2)	2	1	4	E (1)	1 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 203	M	81 (2)	4	1	4	E (1)	12 (3)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 204	F	57 (1)	2	2	1	F (2)	2 (4)	F	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 205	M	55 (1)	2	3	1	F (2)	1 (4)	F	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 206	M	70 (2)	2	4	4	E (1)	3 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 207	M	49 (1)	1	3	1	F (2)	0 (4)	NF	P (2)	1	2, 4 (2)
Suj. 208	F	67 (2)	2	2	4	E (1)	7 (4)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 209	F	51 (1)	2	3	1	F (2)	5 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 210	F	79 (2)	4	1	4	E (1)	9 (4)	F	F (7)	1	2, 4 (2)
Suj. 211	F	72 (2)	2	1	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 212	M	80 (2)	4	2	4	E (1)	4 (4)	F	P (2)	2	2, 4 (2)
Suj. 213	M	67 (2)	2	2	4	E (1)	12 (3)	NF	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 214	M	67 (2)	2	2	4	E (1)	13 (3)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 215	F	48 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	NF	ST (5)	2	1, 3 (1)

Nota: Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuidos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

Respostas dadas ao Questionário de Satisfação

	SEXO	IDADE	E_CIVIL	N_ESCOL	SIT_PROF	PARENT	BDI	DOENTE	HOSPITAL	ADMIS.	ACOMM
Suj. 216	F	29 (1)	1	4	3	N (2)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 217	M	31 (1)	2	2	3	N (2)	0 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 218	F	42 (1)	1	1	1	F (2)	0 (4)	NF	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 219	F	54 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 220	F	32 (1)	2	3	1	N (2)	5 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 221	F	50 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	NF	L (1)	2	2, 4 (4)
Suj. 222	F	53 (1)	2	5	1	F (2)	7 (4)	NF	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 223	M	61 (2)	2	4	4	E (1)	0 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 224	M	48 (1)	3	3	1	F (2)	17 (3)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 225	M	60 (1)	3	3	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 226	F	73 (2)	4	1	5	E (1)	4 (4)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 227	F	61 (2)	2	1	1	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 228	M	79 (2)	4	1	4	E (1)	12 (3)	NF	L (1)	1, 2 (3)	2, 4 (4)
Suj. 229	F	70 (2)	2	1	4	E (1)	0 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 230	F	42 (1)	1	1	1	F (2)	6 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 231	M	45 (1)	3	4	1	F (2)	6 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 232	M	51 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 233	F	38 (1)	2	4	1	F (2)	5 (4)	NF	C (3)	1	1, 4 (2)
Suj. 234	F	56 (1)	3	2	4	F (2)	0 (4)	F	FF (8)	2	1, 3 (1)
Suj. 235	M	83 (2)	2	1	4	E (1)	8 (4)	NF	FF (8)	1, 2 (3)	2, 4 (4)
Suj. 236	M	60 (1)	2	2	4	E (1)	9 (4)	NF	P (2)	1	2, 4 (4)
Suj. 237	F	59 (1)	1	4	1	F (2)	8 (4)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 238	M	42 (1)	2	4	1	F (2)	9 (4)	NF	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 239	F	62 (2)	2	1	1	E (1)	2 (4)	NF	P (2)	1	1, 3 (1)
Suj. 240	F	50 (1)	3	4	1	F (2)	0 (4)	F	C (3)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 241	F	45 (1)	1	3	1	F (2)	9 (4)	NF	SB (6)	1	2, 4 (4)
Suj. 242	M	66 (2)	2	3	1	E (1)	2 (4)	NF	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 243	M	76 (2)	4	1	4	E (1)	1 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)
Suj. 244	F	57 (1)	3	1	4	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	2, 4 (4)
Suj. 245	F	68 (2)	2	3	4	E (1)	7 (4)	NF	B (4)	1	1, 3 (1)
Suj. 246	M	53 (1)	2	3	1	F (2)	7 (4)	F	L (1)	2	1, 3 (1)
Suj. 247	F	20 (1)	1	3	1	N (2)	0 (4)	NF	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 248	M	21 (1)	1	3	1	N (2)	1 (4)	F	FF (8)	1	1, 4 (2)
Suj. 249	F	29 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 3 (1)
Suj. 250	F	38 (1)	3	1	1	F (2)	0 (4)	F	C (3)	1	1, 3 (1)
Suj. 251	F	85 (2)	4	1	4	E (1)	4 (4)	F	L (1)	1, 2 (3)	1, 3 (1)
Suj. 252	M	43 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	NF	ST (5)	1	1, 3 (1)
Suj. 253	F	53 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	L (1)	1	1, 3 (1)
Suj. 254	M	32 (1)	2	4	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	1, 4 (2)
Suj. 255	F	62 (2)	2	2	1	E (1)	13 (3)	NF	L (1)	1	1, 4 (2)
Suj. 256	F	42 (1)	2	3	1	A (3)	6 (4)	NF	L (1)	1	2, 3 (2)
Suj. 257	M	42 (1)	2	3	1	F (2)	0 (4)	F	P (2)	2	2, 4 (4)
Suj. 258	M	81 (2)	4	2	4	E (1)	0 (4)	F	L (1)	1	2, 4 (4)

**Nota:** Os valores entre parentesis, indicam os códigos atribuídos às respostas dadas para a realização da Análise Estatística.

**ERRATA**

<i>Página</i>	<i>Linha</i>	<i>Onde se lê</i>	<i>Deve ler-se</i>
42	1/2	O acesso aos cuidados de saúde é um direito constitucionalmente consignado na	O acesso aos cuidados de saúde é um direito constitucionalmente consignado na Constituição da República Portuguesa de 1976, no capítulo II, relativo aos Direitos e Deveres Sociais, especificamente no seu artigo 64º - Saúde: "1. Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover".
88	1	A tabela 8 mostra as saturações factoriais consideradas (>0,4)	A tabela 8 mostra as saturações factoriais consideradas (>0,40)
98	4	que os homens ( $M=23,94$ ), $t(501)=-2,65$ , $p<0,01$ ;	que os homens ( $M=23,94$ ), $t(498)=-2,65$ , $p<0,01$ ;
109	2	última consulta (tabela 26 Scheffe os resultados	última consulta (tabela 26) os resultados
109	6	importante o médico escutar a situação clínica (correlação linear negativa e significativa - $r(470)=0,09$ , $p<0,05$ ).	importante o médico escutar a situação clínica (correlação linear negativa e significativa - $r(470)=-0,09$ , $p<0,05$ ).
162	Tab.48 Imp 15	(coluna Sum.)	(coluna Sum.) 2309