



DM  
ROSABL  
S

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA  
MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE**

**SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE SAÚDE  
E DEPRESSÃO EM DOENTES INTERNADOS  
NUM HOSPITAL GERAL**

**BEATRIZ ALICE LEAL DA SILVA ALVES ROSA  
LISBOA, 1999**

	
ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada	
Documento nº	
Registo:	14514
Data:	18, 11, 2003
Tel.: 21 861 17 50 • bibliopa@ispa.pt	

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação do **Prof. Doutor José Luís Pais Ribeiro**, apresentada no **Instituto Superior de Psicologia Aplicada** para obtenção de grau de **Mestre** na especialidade de **Psicologia da Saúde** conforme Portaria nº 107/97 de 17 de Fevereiro, para dar satisfação ao ponto "b" do nº 2 do Artº 5 do Decreto Lei nº216/92 de 13 de Outubro.

## Resumo

O principal objectivo do presente trabalho é o de estudar a relação entre a satisfação com os cuidados de saúde e a depressão em doentes hospitalizados.

A amostra é constituída por cento e quarenta e seis participantes, com média de idade de 53,07 anos (sendo sessenta e oito de sexo masculino e setenta e oito do feminino), que se encontravam em situação de internamento há pelo menos quarenta e oito horas no Hospital de São José, Lisboa. Foram excluídos da amostra todos os doentes que se encontrassem em estados confusionais e em Unidades de Cuidados Intensivos. A avaliação da satisfação e da depressão foi realizada através da aplicação do Inventário de Satisfação de Doentes Internados que permite avaliar catorze dimensões da satisfação, e do Questionário de Auto-avaliação Estado-Traço Depressivo que permite diferenciar a depressão estado da depressão traço.

Os resultados obtidos demonstram a existência de uma relação inversa entre a satisfação com os cuidados de saúde e a depressão, com os valores de correlação mais fortes a ocorrer entre a satisfação e a depressão estado. Os valores encontrados através da análise de regressão para a subescala Estado Depressivo, evidenciaram que o nível de satisfação do doente pode ser um importante preditor da depressão estado em situação de hospitalização, sendo a principal variável independente a Informação Médica. Os resultados permitem concluir que existem determinadas dimensões que se correlacionam exclusivamente com enfermeiros, mas não se registaram diferenças no nível de satisfação entre sexos e idades. Os valores de consistência interna do Questionário de Auto-avaliação Estado-Traço Depressivo variam entre 0,63 e 0,83, podendo ser tomados como aceitáveis apesar de serem inferiores, em todas as dimensões, aos valores do trabalho original. Os valores da correlação entre as subescalas deste instrumento confirmam a estrutura do mesmo na amostra utilizada.

## Abstract

The main purpose of the study is to investigate the relationship between patient satisfaction with medical care and depression in hospitalized patients.

One hundred forty six patients participated in this study, mean age 53.07 years (sixty eight subjects are male and seventy eight female), which were at Hospital de São José, Lisboa, at least forty eight hours. Patients who were in confusional states and patients who were in intensive care settings were excluded from the sample. Patient satisfaction and depression were assessed by measures of Hospital Patient Satisfaction Inventory which includes fourteen satisfaction dimensions and by Self-Analysis Questionnaire State-Trait Depression which scored state depression and trait depression.

The results have shown an inverse relationship between patient satisfaction with medical care and depression. The correlation values are stronger to state depression than to trait depression. The results of the regression analysis concluded that patient satisfaction lever can be an important predictor of state depression which medical information is the most important independent variable. There were found differences between medical and nursing roles in this sample, but no significant results were found between age or gender in portuguese patients. The reability of Self-analysis Questionnaire State-Trait Depression range from .63 to .83 which can be understood as reasonable. The correlation between state-trait dimensions confirm the struture of the Questionnaire in this sample.

## Agradecimentos

Ao Prof. Doutor Pais Ribeiro. Pela Disponibilidade, Discussão e Orientação.

Ao Centro de Formação do Hospital de S. José. Por ter Possibilitado o acesso a esta Instituição de Saúde.

Aos cento e quarenta e seis Doentes. Pela Disponibilidade e Coragem com que expressaram a sua avaliação dos cuidados de saúde.

Aos meus Amigos. Por o que eles sabem.

# ÍNDICE

Introdução	10
I - Satisfação do Doente	13
1. Relevância do seu estudo	13
2. Conceito de Satisfação do Doente	18
2.1. Determinantes da Satisfação	21
Expectativas	21
Características do Doente	25
Determinantes Psicossociais	28
2.2. Componentes da Satisfação	29
Acessibilidade	32
Aspectos Interpessoais dos Cuidados Médicos	32
Aspectos Técnicos dos Cuidados Médicos	34
Informação e Educação do Doente	34
3. Modelos Explicativos da Satisfação do Doente	35
3.1. Modelo Valor - Expectância	35
3.2. Modelo da Discrepância	37
3.3 Modelo Compreensivo da Satisfação	39
II - Depressão na Situação de Hospitalização	44
1. Os Hospitais e a Hospitalização	44
1.1. Reacção Psicológica à hospitalização	47
1.2. Prevalência e Características da Depressão em	
Indivíduos com Doença Física	51
2. Teoria da Falta de Esperança ( <i>Hopelessness</i> ) da	
Depressão	56
Problema	60
Método	62
Participantes	62
Material	63
Planificação	70

Procedimento	70
Resultados	73
Discussão	88
Referências Bibliográficas	
Anexo	

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Coeficientes de Consistência Interna (Alpha de Cronbach) do Questionário de Estado-Traço Depressivo nos Doentes Portugueses e no Estudo Original (EUA)	69
Tabela 2. Correlação entre as subescalas do Questionário Estado-Traço Depressivo	74
Tabela 3.1. Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem e a subescala Traço Depressivo	75
Tabela 3.2. Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem e a subescala Estado Depressivo	75
Tabela 4.1. Correlação entre os componentes proximais da satisfação e a subescala Traço Depressivo	77
Tabela 4.2. Correlação entre os componentes proximais da satisfação e a subescala Estado Depressivo	77
Tabela 5.1. Correlação entre os componentes organizacionais da satisfação e a subescala Traço Depressivo	79
Tabela 5.2. Correlação entre os componentes organizacionais da satisfação e a subescala Estado Depressivo	79

Tabela 6.1. Correlação entre Alimentação, Limpeza, Instalações da Enfermaria e Ruídos com a subescala Traço Depressivo	80
Tabela 6.2. Correlação entre Alimentação, Limpeza, Instalações da Enfermaria e Ruídos com a subescala Estado Depressivo	80
Tabela 7.1. Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem entre si e as Atitudes do Pessoal Técnico e Auxiliar	82
Tabela 7.2. Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem e a Compreensão da Doença, Processo de Cuidar e Bem Estar Psicológico	82
Tabela 7.3. Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem e as Práticas de Socialização e Participação do Doente	82
Tabela 7.4. Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem e Alimentação, Limpeza e Ruídos	83
Tabela 8.1. Análise de Regressão - Depressão Estado	85
Tabela 8.2. Análise de Regressão - Distímia Estado	85
Tabela 8.3. Análise de Regressão - Eutímia Estado	85
Tabela 9.1. Diferenças na satisfação segundo o sexo	86
Tabela 9.2. Diferenças na satisfação segundo a idade	87

## Introdução

A questão de investigação que motivou a realização do presente estudo ligou-se com o estabelecimento da relação entre a satisfação com os cuidados de saúde do doente hospitalizado e a depressão. Pretende-se, através deste estudo, fornecer um contributo para a Psicologia da Saúde no âmbito da dinâmica afectiva do indivíduo que está internado a partir da compreensão da satisfação do doente.

Os trabalhos desenvolvidos na área da satisfação do doente têm sido caracterizados por se orientarem para o objectivo da mensuração da qualidade dos serviços de saúde prestados e para a compreensão e explicação da importante relação entre a satisfação e os níveis de adesão ao tratamento prescrito (Hall, Roter & Katz, 1988; Kane, Maciejweski & Finch, 1997; Lewis, 1994). A importância da compreensão da satisfação deveu-se às modificações ocorridas na prática dos cuidados médicos e nas consequências dessas mesmas modificações. Tal como sublinhou Donabedian (1984), embora a qualidade técnica da medicina possa desempenhar um papel crucial, há sempre o risco da qualidade interpessoal poder sofrer algumas consequências, muito concretamente a dos doentes sentirem que recebem cuidados médicos cada vez menos contínuos e mais despersonalizados.

Conceptualizado como um construto multidimensional (Kane et al., 1997), no sentido de que concorrem diferentes variáveis, a satisfação pode ser entendida como a reacção

do indivíduo a aspectos relacionados com o contexto, processos e resultados face à experiência de consumidor de cuidados de saúde. Trata-se de uma reacção baseada na comparação de características mais relevantes da experiência de cuidados de saúde relativamente a um padrão subjectivo, englobando uma avaliação cognitiva e uma resposta afectiva a diferentes aspectos dos cuidados médicos (Pascoe, 1983). O papel das expectativas é fundamental, sendo a partir deste conceito que os modelos explicativos da satisfação mais conhecidos - Valor - Espectância (Linder-Pelz, 1982) e Discrepância (Fox & Storms, 1981) - se suportam.

É compreensível que perante uma situação de internamento o doente forme expectativas. Trata-se de um acontecimento de vida stressante na medida em que a partir do momento em que entra na instituição de saúde, o indivíduo perde o controlo do próprio corpo, o controlo dos diferentes campos da sua vida, e o controlo para predizer o que lhe pode acontecer (Brannon, 1992), ficando numa posição de extrema vulnerabilidade para desencadear reacções psicológicas que são prejudiciais à sua recuperação. Os estudos realizados no área do doente com patologia física têm evidenciado que são estes os indivíduos com maior probabilidade e risco de desenvolver sintomas depressivos relativamente à restante população (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994), e que a depressão nestes casos não preenche os requisitos da depressão major, admitindo-se outras formas de manifestação

como por exemplo, estados depressivos moderados (Coyne, Fechner-Bates & Schwenk, 1994). De acordo com a teoria da Falta de Esperança, a depressão pode ser explicada pelo sentimento de que a expectativa do resultado desejado é improvável de acontecer e que o indivíduo nada poderá fazer para inverter essa situação (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978). Tal como para a satisfação, a depressão, de acordo com a referida teoria, pode encontrar a sua causa na não realização dos resultados perspectivados reenviando para um ponto de convergência entre estas duas variáveis. Aliás, a insatisfação com os cuidados de saúde recebidos, são considerados como estando relacionados, desconhecendo-se no entanto, se é a depressão que conduz à insatisfação ou se é a insatisfação que desencadeia a depressão (Wyshak & Barsky, 1995).

Propomo-nos, tal como o referido anteriormente a estudar a relação entre estas variáveis - satisfação e depressão - por forma a que consigamos uma maior definição e compreensão da mesma, preenchendo também uma lacuna neste campo de conhecimento no nosso país.

## I - Satisfação do Doente

### 1. Relevância do seu estudo

Nos últimos vinte e cinco anos, a inclusão das opiniões dos doentes na avaliação dos serviços de saúde tem vindo a ser cada vez mais frequente. O contributo fornecido pelas organizações de consumo ao influenciarem a concepção do doente como um consumidor dos cuidados de saúde, pode em parte explicar este aspecto. De facto, o reconhecimento clínico de que existe a real necessidade de examinar os serviços de saúde do ponto de vista do doente tem vindo a ser cada vez mais defendida (Armstrong, 1991), parecendo existir unanimidade quanto à avaliação da satisfação do doente poder desempenhar diversas funções. Em 1984, Fitzpatrick preconizou serem quatro as funções desta avaliação:

1. compreender as experiências dos doentes em função de terem de lidar com a situação de cuidados de saúde;
2. promover a adesão aos tratamentos prescritos;
3. identificar eventuais problemas nos cuidados de saúde;
4. avaliar os cuidados de saúde.

Mais recentemente, Sitzia e Wood (1997), defenderam serem essencialmente três as funções da avaliação da satisfação do doente:

1. a satisfação pode simplesmente descrever os serviços de cuidados de saúde prestados do ponto de vista do doente;
2. a satisfação do doente pode ser uma avaliação do processo de cuidar na qual as áreas problemáticas tendem a ser manifestadas, remetendo portanto, para possíveis soluções do problema;
3. a satisfação do doente é perspectivada como uma forma indirecta de avaliar os cuidados de saúde.

Destas três funções enunciadas emerge a concepção, aliás defendida desde há muito, de que a avaliação da satisfação do doente assume um papel fundamental na avaliação dos cuidados de saúde e da qualidade dos cuidados médicos, tendo sido esta relação estabelecida de diversas formas e sentidos; Wensing, Grol & Smits (1994), sustentam que a satisfação pode ser uma forma de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, o resultado dos cuidados de saúde prestados, um indicador dos aspectos que necessitam ou devem ser melhorados e pode ser utilizado na avaliação da qualidade dos serviços de saúde relativamente aos objectivos predeterminados.

Este interesse a que se tem vindo a assistir no âmbito da qualidade dos serviços de saúde decorre, em larga escala, do resultado da expansão dos cuidados médicos (Wyszewiansky, 1988). Actualmente as organizações de saúde apresentam-se como instituições que desenvolvem um enorme volume de práticas médicas, sendo cada prática embuída de

uma também enorme complexidade (envolve outros técnicos de saúde e utiliza recursos técnicos), apresentando também um cada vez maior grau de hierarquização. Embora o cuidar médico implique a intervenção de diferentes domínios é possível definir, segundo Donabedian (1980), dois fundamentais:

1. o domínio técnico, caracterizado pela aplicação da ciência e tecnologia à Medicina e;
2. o domínio interpessoal, que envolve os aspectos socio-psicológicos da interacção médico-doente.

Em virtude das mudanças ocorridas na prática do cuidar médico, incorre-se no risco de muitos dos objectivos do acto médico serem diluídos ou mesmo perdidos segundo a perspectiva do doente. Donabedian (1984), realça este aspecto referindo que embora a qualidade técnica se possa desenvolver e desempenhar um papel crucial, há sempre o risco da qualidade interpessoal poder sofrer algumas consequências, muito concretamente o de os doentes sentirem que recebem cuidados médicos cada vez menos contínuos e mais despersonalizados. Chega-se a uma situação na qual a qualidade da prática médica pode ser caracterizada por uma duplicidade de papel; enquanto determinados aspectos, como por exemplo, os recursos técnicos podem melhorar a qualidade, existem outros, como por exemplo a relação técnico-doente que podem ser sacrificados, contribuindo decisivamente para um menor grau da satisfação do doente (Eisenberg & Kabacene, 1988).

Na esfera da avaliação da qualidade do sistema de saúde, o modelo mais conhecido e melhor desenvolvido é o de Donabedian (1980); na formulação do seu modelo, o autor recorre a três conceitos fundamentais: estrutura, processo e resultados. Por estrutura compreende-se as características dos técnicos de saúde, os recursos de que dispõem, bem como a própria organização da instituição que presta os cuidados de saúde. O processo diz respeito a todas as actividades profissionais que estão associadas directa ou indirectamente com o fornecimento de cuidados de saúde. Os resultados, que de acordo com Donabedian (1980) constituem o aspecto fundamental deste modelo (no entanto não se limitam a uma mera medida de saúde), dizem respeito à mudança que ocorre no estado de saúde actual e futuro do indivíduo e que pode ser atribuído aos cuidados de saúde que precedem esta mudança. Na compreensão deste modelo importa sublinhar que estes três componentes - estrutura, processo e resultados - não são elementos distintos da qualidade dos cuidados de saúde, antes pelo contrário, cada um destes elementos encontra o seu significado no contexto dos outros dois. Do ponto de vista da avaliação da qualidade, as características dos recursos dos cuidados de saúde - estrutura - têm interesse no sentido em que influenciam o processo de cuidar. As actividades clínicas que constituem o processo determinam os resultados e estes só são indicadores da qualidade dos cuidados de saúde se forem atribuídos ao processo e elementos da estrutura ao

invés de serem resultado de factores genéticos ou ambientais.

De acordo com Cleary e McNeil (1988), há quem defenda que apenas a mensuração dos resultados constitui um indicador mais válido na avaliação da qualidade dos cuidados médicos, porém, a investigação revela que a avaliação tem incidido mais na estrutura e no processo.

Ainda que o modelo proposto e desenvolvido por Donabedian (1980) tenha sido bastante utilizado e tenha fornecido o mote para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, Redfern e Norman (1990), preconizam que nesta avaliação devem ser incluídos outros aspectos tais como igualdade (distribuição dos cuidados de saúde de forma justa e equilibrada), acessibilidade (disponibilidade dos cuidados médicos), aceitabilidade (corresponder o mais possível às expectativas do doente), eficiência (não dispensar recursos em determinado indivíduo em detrimento de outros), eficácia (quando beneficia o indivíduo e a comunidade) e adequação (conhecimento das actuais necessidades dos indivíduos).

Um outro aspecto que tem impulsionado a compreensão do conceito de satisfação, e que de certo modo se funde com a qualidade dos serviços médicos, diz respeito à relação e influência que a satisfação pode desempenhar nos resultados clínicos do doente. A investigação desenvolvida neste domínio tem demonstrado sucessivamente que os doentes mais satisfeitos com os cuidados de saúde que recebem são os mais cumpridores das prescrições médicas, revelando um

maior nível de adesão médica (Hall, Roter & Katz, 1988). Também Lewis (1994), demonstrou que a satisfação influencia as taxas de adesão ao regime terapêutico e está intimamente relacionada com o estado de saúde de cada indivíduo. Em 1997, Kane, Maciejweski e Finch referiram a relação entre cuidados de saúde e satisfação do doente, explicando que a satisfação tem sido utilizada para explicar os níveis de adesão ao tratamento, bem como avaliar e determinar a qualidade da relação entre técnico de saúde e doente.

Tal como refere Williams (1994), desde que o resultado clínico começou a ser compreendido como sendo dependente da adesão ao tratamento, que por sua vez depende do nível de satisfação do doente, a satisfação tornou-se um requisito da qualidade e um dos objectivos dos serviços de saúde.

## 2. Conceito de Satisfação do Doente

No âmbito da satisfação do doente, os trabalhos realizados inicialmente consistiram em estudos de correlação, tendo surtido desta informação, um mero acumular de possíveis relações entre diferentes variáveis. No início da década de oitenta Linder-Pelz (1982), com base em revisões bibliográficas, concluiu que a investigação desenvolvida na área da satisfação do doente se orientava, basicamente, para dois aspectos:

1. a satisfação era conceptualizada como variável dependente, sendo esta determinada pelas características dos serviços de saúde;

2. a satisfação era conceptualizada e estudada como variável independente e, neste caso, assumiria um papel preditor relativamente a futuros comportamentos.

Ware, Snylder, Wright e Davis (1983), tentaram desenvolver um corpo de investigação sólido, investindo fundamentalmente no próprio conceito de satisfação do doente, sendo responsáveis pela distinção entre satisfação objectiva e satisfação subjectiva. A satisfação objectiva está relacionada com todos os aspectos que podem ser avaliados e medidos de forma directa (por exemplo, tempos de espera que antecedem o encontro com o técnico de saúde); a satisfação subjectiva, pelo contrário, remete para a avaliação dos cuidados de saúde que não podem ser avaliados directamente reflectindo expectativas e preferências do doente, bem como a realidade dos cuidados médicos recebidos. De acordo com Ware et al.(1983), a satisfação subjectiva é, em simultâneo, uma avaliação dos cuidados médicos e uma reflexão do doente.

A primeira conceptualização da satisfação foi realizada por Pascoe em 1983. Após ter realizado uma revisão bibliográfica na área da satisfação em ambientes de saúde, definiu-a como sendo a reacção do doente a aspectos relacionados com o contexto, processo e resultados face à sua experiência de receber cuidados de saúde. Esta reacção, segundo o autor, baseia-se na comparação das características mais relevantes da experiência de cuidados

de saúde relativamente a um padrão subjectivo, processo que inclui uma avaliação cognitiva e uma resposta afectiva a diferentes aspectos dos cuidados médicos.

Relativamente ao doente hospitalizado é aceite a definição que a satisfação diz respeito à crença geral do doente face à prestação dos cuidados de saúde no hospital (Hardy, West & Hill, 1996).

A satisfação tem sido abordada frequentemente como se de um construto unidimensional se tratasse. De certo modo, e de acordo com Lewis (1994) assim o é, porém se pensarmos que a satisfação pode fornecer informações úteis relativamente a factores que podem e devem ser modificados, a avaliação da satisfação de uma forma geral pode não ser profícua. O carácter multidimensional da satisfação do doente emerge quando se toma em consideração alguns dos instrumentos construídos para avaliação da satisfação. Por exemplo, Ware e Hays em 1988, construíram um questionário de satisfação com as consultas médicas, com quatro dimensões (qualidade técnica dos cuidados de saúde, cuidados interpessoais, tempo de espera e satisfação geral com os cuidados de saúde). Mais recentemente, e com base no conceito de satisfação organizacional, Hardy *et al.* (1996), construíram o Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados, composto por catorze dimensões (Informação Médica, Informação de Enfermagem, Atitudes do Pessoal Técnico, Alimentação, Instalações da Enfermaria, Limpeza, Atitudes do Pessoal Auxiliar, Compreensão da Doença,

Processo de Cuidar, Bem Estar Psicológico, Ruídos, Práticas de Socialização, Participação do Doente e Comunicação com o Exterior).

O facto de se tratar de um construto multidimensional não parece trazer dificuldades acrescidas para o doente, uma vez que estes parecem conseguir distinguir os diferentes aspectos da saúde, ainda que a qualidade da avaliação relativamente à qualidade técnica possa ser questionada. Os doentes podem e conseguem expressar a sua satisfação em diferentes domínios dos cuidados de saúde, sendo possível sentirem-se satisfeitos com a atitude do técnico de saúde e insatisfeitos com o nível de informação de que dispõem sobre o seu quadro clínico (Kane et al., 1997).

Por se tratar de um conceito multidimensional, iremos em seguida e por forma a conseguir uma maior compreensão e clareza de conceitos, abordar os determinantes (variáveis intrínsecas ao indivíduo) e os componentes (aspectos que dizem respeito aos cuidados médicos) da satisfação do doente, sendo esta distinção baseada na proposta por Sitzia e Wood (1997).

## 2.1. Determinantes da Satisfação

### Expectativas

A avaliação das expectativas do doente é considerada como fundamental no âmbito dos cuidados de saúde. Do ponto

de vista clínico, compreender o que os doentes esperam dos cuidados de saúde e quais as suas reais necessidades tem sido um objectivo da medicina, na medida em que podem desencadear importantes implicações ao nível da recuperação; se os cuidados de saúde prestados corresponderem às expectativas de quem os recebe, maior será a probabilidade de aderirem ao tratamento prescrito (Kravitz, 1996). Durante as últimas duas décadas, têm sido publicados trabalhos sobre as expectativas do doente sem no entanto haver uma definição deste conceito. Na sua maioria, esses estudos abordaram as expectativas de duas formas; ou focalizando o aspecto das predições dos doentes, abordando expectativas de probabilidade, isto é, os julgamentos dos doentes sobre uma série de aspectos que podem ocorrer, ou abordando a questão das expectativas de valores, ou seja, desejos do doente relativamente a acontecimentos clínicos e médicos, expressos em necessidades.

Stimson e Webb foram os primeiros autores, em 1975 (cit.in Sitzia & Wood, 1997), a sugerir a relação entre satisfação e expectativas definindo três tipos relacionados entre si:

1. expectativas básicas, que dizem respeito a expectativas implícitas resultantes de aprendizagens acumuladas do processo de tratamento e que podem ser alteradas de acordo com a gravidade da doença;
2. expectativas de interacção, que contemplam o aspecto relacional entre o doente e o técnico de saúde e;

3. expectativas de acção que dizem respeito às expectativas que o doente desenvolve relativamente aos procedimentos médicos, tais como a prescrição de medicamentos, conselhos, etc.

Em 1996, Kravitz propôs uma classificação mais actualizada para as expectativas do doente no contexto médico. Segundo o autor, as expectativas podem ser compreendidas como crenças ou atitudes que interagem com ocorrências percebidas para produzirem uma avaliação dos cuidados de saúde, tornando-se essencial fazer a distinção entre as características das expectativas do doente propriamente ditas, e as características dos factores que as permitem avaliar.

Relativamente às características das expectativas do doente importa considerar (Kravitz, 1996):

a) orientação

conceptualizadas como probabilidade, as expectativas dos doentes são crenças sobre futuros encontros médicos; são percepções de aspectos que podem ocorrer.

Conceptualizadas como valores, as expectativas dizem respeito a atitudes, orientações cognitivas e afectivas relativamente a determinado acontecimento. São expressões de desejo, de realização de padrões sociais relativamente aos cuidados de saúde.

b) nível de especificidade

Interessa considerar se as expectativas do doente são orientadas para os cuidados em geral ou para um aspecto em particular. Normalmente as expectativas para as duas

situações são concordantes mas pode ocorrer o caso de não o serem.

c) conteúdo

O conteúdo diz respeito às expectativas do doente relativamente aos três conceitos propostos por Donabedian (1980) - estrutura, processo e resultados. Para a estrutura, as expectativas do doente incluem o espaço da instituição médica, o equipamento técnico, técnicos de saúde, profissionais e serviços administrativos eficazes. Relativamente ao processo, Kravitz (1996) afirma serem expectativas relativas ao exame médico, prescrições, procedimento terapêuticos, técnicas de diagnóstico e troca de informação entre o técnico de saúde e o doente. No que diz respeito aos resultados, as expectativas dizem respeito ao efeito dos cuidados de saúde a longo termo.

Quanto aos factores implicados na avaliação das expectativas, interessam dois;

a) Tempo

Tal como foi referido no ponto anterior, uma expectativa é uma atitude ou crença sobre determinados aspectos do cuidar médico. Porém importa salientar que de acordo com Kravitz (1996), as expectativas podem ser alteradas e não se constituem como construtos estáveis e imutáveis. Normalmente a expectativa forma-se no período que antecede o encontro com o técnico de saúde, modifica-se durante o decorrer e o desenvolvimento do mesmo, e após o seu termo, a expectativa é evocada para o doente fazer uma apreciação geral sobre a satisfação. Nesta área os

trabalhos realizados têm sido escassos, contribuindo para a pouca informação disponível neste assunto.

#### b) amplitude da expectativa

Neste ponto Kravitz (1996) chama a atenção para o facto da coexistência de formação de expectativas quer para uma situação mais específica quer para categorias de intervenção.

### Características do Doente

Acredita-se que a satisfação com os cuidados de saúde possa ser dependente de características pessoais, de que podem ser exemplos a idade, género, nível de diferenciação ou classe social. No entanto, e ainda que este tipo de variáveis seja das mais estudadas relativamente à sua influência no nível de satisfação, as revisões bibliográficas evidenciam serem as variáveis menos bem compreendidas. Para Like e Zyzanski (1987), os resultados inconsistentes relativamente a estas variáveis podem ser explicados a partir das características do contexto no qual o estudo se realiza; é fundamental conhecer se o doente é questionado sobre o seu médico ou sobre uma equipa médica em geral, qual a situação clínica e o estado de saúde em que se encontra o doente quando manifesta a sua opinião e ainda saber em que local ocorre o estudo (Hospitais, Consultórios privados, Clínicas, Centros de Saúde).

Hall e Dornan (1990), concluíram que a variável que mais se parece correlacionar com a satisfação é a idade;

suportada por um volumoso corpo de investigação neste domínio, tudo parece indicar serem os indivíduos mais velhos a manifestar-se mais satisfeitos do que os mais jovens. Para os indivíduos mais velhos, o facto de ser observado, ser reconhecido por toda a equipa e ter uma enfermeira disponível, parecem ser fundamentais para se sentirem satisfeitos. Este resultado também foi confirmado no trabalho realizado por Williams e Calnan (1991); na amostra utilizada foram os indivíduos mais velhos a demonstrar maiores níveis de satisfação com a maioria das rotinas hospitalares.

No que concerne ao género, os resultados são mais inconsistentes; segundo Hall e Dornan (1990), o sexo não tem qualquer influência no nível de satisfação do doente, mas Khayat e Salter (1994), sugerem ser os doentes do sexo masculino os mais satisfeitos.

De acordo com Anderson e Zimmerman (1993), o nível de literacia e a educação do indivíduo é a única variável demográfica que pode predizer a satisfação do doente; quanto menor for a diferenciação do indivíduo, maior será a sua satisfação, confirmando uma vez mais o trabalho de Hall e Dornan (1990).

A classe social é, da totalidade das variáveis demográficas, a mais surpreendente de acordo com Hall e Dornan (1990); os dois autores relatam a sua perplexidade ao constatarem que quanto mais elevada for a classe social do indivíduo, maior será o nível de satisfação.

O estado de saúde do indivíduo e a sua relação com o grau de satisfação com os cuidados médicos tem vindo a ser confirmada sucessivamente, porém durante algum tempo persistiu a dúvida da direcção desta relação; desconhecia-se se era o estado de saúde do indivíduo que influenciava a satisfação ou, se pelo contrário, era a satisfação que exercia influência no estado de saúde. Esta dúvida foi dissipada ao se concluir que o estado de saúde é um determinante do grau de satisfação do doente com os cuidados de saúde (Hall, Milburn & Epstein, 1993). São os indivíduos cujos estados de saúde são mais frágeis, quer fisicamente quer psicologicamente, os mais propensos a manifestarem maior insatisfação face aos cuidados de saúde que recebem. No sentido de explicitar esta relação foi avançada a hipótese de que menos saúde conduz a uma redução de satisfação em virtude da doença poder gerar afectos negativos no doente face ao técnico de saúde, bem como às restantes áreas da sua vida. Para além deste aspecto, se o tratamento prescrito não produzir as melhorias perspectivadas pelo doente este pode culpabilizar e responsabilizar o técnico de saúde pelo seu estado de saúde. Uma outra explicação, que de certo modo decorre da anterior, remete para a relação técnico-doente de saúde e para o facto do técnico poder reagir negativamente a doentes cujos estados de saúde são mais frágeis; face a uma interacção com um doente que se encontre irritado, desorientado e/ou comportando-se inadequadamente, pode

induzir no técnico de saúde um sentimento de frustração, sendo-lhe possível fazer atribuições negativas a determinado indivíduo ou grupo de indivíduos, culpabilizando-os do seu estado de saúde. Os doentes com estados de saúde mais frágeis podem responsabilizar o técnico de saúde por não serem capazes de atenuar os seus problemas de saúde, não sendo raro adoptar uma reacção negativa perante o mundo e perante os outros, sendo possível reagir agressivamente (Hall, Milburn, Roter & Daltroy, 1998).

#### Determinantes Psicossociais

Nesta área, a desejabilidade social impõe-se como o maior problema para a avaliação da satisfação do doente. Ao serem questionados sobre este aspecto, os doentes podem revelar estar mais satisfeitos do que estão na realidade ou, por outro lado, podem omitir algumas das suas opiniões e queixas, temendo represálias por parte dos técnicos de saúde. A avaliação da satisfação pode ainda conduzir a uma replicação do efeito de Hawthorne, isto é, o facto de serem questionados sobre o serviço no qual estão internados, reflecte a preocupação dos investigadores pela qualidade de serviço sendo portanto desejável, responder favoravelmente. Casos há em que a demonstração de insatisfação só é expressa quando ocorre uma situação que o doente classifique como sendo muito grave. Na avaliação da satisfação do doente há ainda a considerar algumas variáveis que enviesam os resultados, sendo uma delas a

gratidão que o doente sente face aos técnicos de saúde que o cuidam e desenvolvem esforços para que se sinta melhor (Williams, 1994).

## 2.2. Componentes da Satisfação

O estudo da definição dos componentes da satisfação tem vindo a ser norteado através da definição do próprio conceito e da construção de instrumentos que permitam avaliar o construto. Ao longo dos anos têm sido propostas várias classificações; em 1975, Risser propõe uma classificação baseada em quatro factores;

1. custos;
2. conveniência;
3. qualidade do pessoal que cuida;
4. qualidade/competência profissional.

Em 1983, Ware *et al.* ofereceram uma classificação mais abrangente; baseada em oito dimensões, esta classificação constituiu a base de inúmeros trabalhos e reforçou o carácter multidimensional da satisfação:

1. questões interpessoais: nesta dimensão estão implícitas as características dos técnicos de saúde relativamente à interacção com o doente;
2. qualidade técnica: diz respeito à competência dos técnicos de saúde relativamente a diagnósticos e formas de tratamentos;
3. acessibilidade/conveniência: diz respeito a factores envolvidos no contexto do receber cuidados médicos

(tempo de esperas, ter acesso a um médico o mais depressa possível);

4. factor financeiro: factores que envolvem o pagamento dos cuidados médicos recebidos;
5. eficácia/resultados de saúde: tem a ver com os resultados dos cuidados recebidos, nomeadamente a melhoria ou manutenção do estado de saúde;
6. continuidade dos cuidados de saúde: aborda a questão de ser o mesmo técnico de saúde a cuidar de um mesmo doente bem como haver constância relativamente ao local onde esses cuidados de saúde são prestados;
7. ambiente físico: características do ambiente físico no qual os cuidados médicos são prestados (sinalização dos serviços e departamentos, agradabilidade dos gabinetes médicos, enfermarias e jardins);
8. disponibilidade: diz respeito à presença dos recursos humanos que prestam os cuidados de saúde.

Mais recentemente Rubin (1990), definiu seis componentes específicos para a situação do doente internado:

1. cuidados de enfermagem;
2. cuidados médicos;
3. comunicação;
4. gestão das enfermarias;
5. ambiente das enfermarias;
6. procedimentos relacionados com a alta médica.

Em Portugal Santos (1993), com o intuito de avaliar a satisfação em situação de hospitalização, baseou o questionário de avaliação nos seguintes componentes:

1. admissão e acolhimento na instituição hospitalar;
2. cuidados de enfermagem;
3. assistência médica
4. apoio para cuidados básicos (aspectos ligados à alimentação e higiene);
5. conforto da enfermaria;
6. visitas;
7. alta médica;
8. apreciação global
9. estado de saúde

A convergência de opiniões quanto ao facto da satisfação ser um conceito multidimensional, tem contrastado com a divergência relativamente a uma definição das suas dimensões, reflectindo-se no número de propostas que têm sido apresentadas. De acordo com alguns autores (Calnan, 1988; Wensing *et al.*, 1994), as propostas apresentadas pecam pelo facto de mais parecerem componentes de gestão dos cuidados de saúde médicos do que da própria satisfação do doente, existindo uma tendência em questionar o doente sobre aspectos ligados à disponibilidade dos médicos, descurando-se a relação entre técnico/doente. Os componentes que a seguir são apresentados - Acessibilidade, Aspectos Interpessoais dos Cuidados Médicos, Aspectos Técnicos dos Cuidados Médicos e Informação e Educação do

Paciente - baseiam-se na proposta de Sitzia e Wood (1997), que sendo recente, pretende uma perspectiva integradora de muitos dos componentes abordados antes, contemplando ainda o aspecto fundamental da relação entre técnico de saúde/doente.

#### Acessibilidade

Neste componente incluem-se fundamentalmente questões ligadas ao acesso da instituição de saúde, sistema de marcação de consultas, mudança de médico, consultas domiciliárias e listas de espera (Abramowitz, Cote & Berry, 1987).

#### Aspectos Interpessoais dos Cuidados Médicos

Neste componente inscrevem-se dois factores fundamentais dos cuidados médicos - comunicação e empatia - que constituem uma razão suficiente para se considerar este componente como sendo dos principais (McIver, 1991).

De um ponto de vista genérico, por comunicação compreende-se a troca de informação com determinado propósito, porém tal como refere Inui e Carter (1985), esta definição envolve uma extrema complexidade, principalmente quando a comunicação ocorre em contextos da saúde, onde coexistem diferentes interlocutores com diferentes níveis de informação, tornando-a ainda mais complexa e com maior relevância. Trindade (1996), ao sublinhar que as disfunções comunicacionais estão relacionadas com níveis de insatisfação, podem ter consequências ao nível de

comportamentos relacionados com a adesão ao tratamento, podendo ainda ser uma fonte de stress, vem reforçar a importância do papel da comunicação nos contextos de cuidados de saúde. Desde que o técnico de saúde consiga adaptar o seu discurso às características do doente, evitando a utilização de termos técnicos que o doente é incapaz de compreender correctamente, a comunicação pode desempenhar um duplo papel; para além do doente receber informação para melhor controlar a sua doença e a sua saúde, a comunicação constitui uma fonte de motivação e uma excelente oportunidade para o esclarecimento de dúvidas bem como uma alteração das expectativas do doente. O técnico de saúde representa uma enorme e indiscutível fonte de poder e de influência e, nesse sentido, está numa posição privilegiada para através das suas informações persuadir o doente do que deve e não deve fazer para manter a sua saúde, como também para alterar as percepções erradas do doente relativamente na sua saúde e no sentido da promoção da saúde.

Através da comunicação, o técnico pode inculcar e/ou aumentar a autoconfiança do doente relativamente à capacidade de gestão da sua doença. Nos casos de doença crónica, a comunicação entre o doente e o técnico de saúde é de extrema importância; pela sua natureza, a doença crónica requer responsabilidades acrescidas para o doente no sentido de implementar os regimes terapêuticos prescritos, definidos e estabelecidos durante o encontro clínico. A comunicação neste tipo de situação deve incluir

a transferência de informação suficiente a estes doentes por forma a lhes permitir implementar adequadamente o regime terapêutico, fazendo-o sentir que o doente tem, cada vez mais, um papel activo (Kaplan, Ware & Greenfield, 1989).

#### Aspectos Técnicos dos Cuidados Médicos

De todos os componentes da satisfação do doente, o que diz respeito aos recursos técnicos dos cuidados de saúde, é o que evidencia menores níveis de insatisfação (Fitzpatrick, 1984). O facto dos doentes percepcionarem outros aspectos, como por exemplo, a relação com o seu médico como sendo fundamental para o seu nível de satisfação, pode de certo modo, faze-los relegar para segundo plano os recursos técnicos de que a medicina dispõe. Porém, quando o doente julga que os recursos técnicos que os profissionais de saúde dispõem são insuficientes para o seu caso, reflecte-se na satisfação, nomeadamente na sua diminuição.

#### Informação e Educação do Doente

Na medida em que constitui um dos mais importantes alicerces para a educação em termos de saúde e promoção da mesma, o doente deve ter acesso à informação médica. A informação tem-se vindo a revelar muito benéfica no sistema de saúde; de acordo com Fernsler e Cannon (1991), a educação dos doentes reflecte-se na redução da duração dos internamentos, uma melhor utilização dos serviços de saúde,

menores níveis de absentismo, redução do número de acidentes e adoção de comportamentos promotores de saúde. Muito concretamente, no domínio da saúde, a educação do doente tem-se demonstrado correlacionada positivamente com os resultados da saúde, nomeadamente, melhora a adesão ao regime terapêutico, reduz a ansiedade, reforça a habilidade para lidar com sintomas, reforça a recuperação depois de uma cirurgia.

A informação pode aumentar o grau de satisfação sempre que esta é compreensível para o doente e quanto maior for o grau de compreensão, maior será também a adesão à prescrição médica (Inui & Carter, 1985).

### 3. Modelos Explicativos da Satisfação do Doente

#### 3.1. Modelo Valor-Expectância

As teorias explicativas da satisfação do doente têm sido desenvolvidas a partir de outras já existentes no campo da psicologia social e das organizações, no entanto, tal como salienta Kane et al. (1997), a aplicação dessas teorias nos contextos da saúde tem sido bastante escassa.

O primeiro modelo compreensivo da satisfação foi desenvolvido no início da década de 80 por Linder-Pelz (1982), focalizando-se em determinantes sociopsicológicos. Baseando-se em trabalhos realizados na área da satisfação profissional, a autora conceptualiza a satisfação como

sendo uma avaliação individual de diferentes dimensões dos cuidados de saúde; a satisfação é a expressão de uma atitude e uma resposta afectiva, tendo especial interesse as percepções do doente e as comparações que faz, que constituem variáveis que antecedem e determinam as avaliações (positivas ou negativas) que o doente irá fazer dos cuidados de saúde. A satisfação é explicada, portanto, a partir da crença de que o processo de cuidar contém determinados atributos, ou seja, diferentes dimensões do cuidar, sendo sobre esses atributos que ocorre a avaliação. Deste modelo ressalta a noção de avaliação da satisfação baseada em dois aspectos fundamentais; a força e intensidade das crenças e a avaliação das diferentes dimensões dos cuidados de saúde que, de acordo com a autora, vão determinar a atitude.

Linder-Pelz (1982), identificou ainda cinco variáveis sociopsicológicas que podem ser consideradas como prováveis determinantes da satisfação com os cuidados de saúde:

1. ocorrência - acontecimento e percepção individual do que aconteceu relativamente a um aspecto dos cuidados de saúde ou de um encontro médico;
2. valor - avaliação, em termos de bom/mau, importância/irrelevância de determinado aspecto com o técnico de saúde;
3. expectativa - conjunto de crenças sobre a probabilidade de determinado resultado;
4. comparação interpessoal - comparações que são realizadas entre o actual encontro com o técnico de

saúde e encontros anteriores com outros técnicos de saúde;

5. direito - crença individual de que tem direito relativamente a cuidados e resultados médicos.

### 3.2. Modelo da Discrepância

Desenvolvido por Fox e Storms (1981), este modelo apresenta-se como uma alternativa ao modelo de Linder-Pelz. Desenvolvido a partir de conceitos e conhecimentos originais da Antropologia Médica e da Sociologia, o modelo baseia-se em três questões fundamentais (Fox & Storms, 1981):

1. O primeiro tem a ver com o facto dos indivíduos diferirem entre si quanto às suas orientações face aos cuidados de saúde, entendendo-se por orientação o que as pessoas desejam numa situação no contexto da saúde. Segundo os autores, estas diferenças ocorrem devido às influências sociais e culturais dos indivíduos;
2. em segundo lugar, as condições dos cuidados de saúde também podem diferir, incluindo-se nesta variável, os técnicos de saúde e as suas abordagens teóricas e os resultados da intervenção dos cuidados de saúde;
3. por último, é essencial perceber se existe ou não congruência entre as orientações e as condições.

Segundo este modelo, o nível de satisfação do doente pode ser explicado e compreendido através da diferença percebida entre o que o doente deseja (orientações) e o que realmente experimenta (condições), quando em contacto com o sistema de cuidados de saúde. Sempre que numa situação exista correspondência entre as orientações e as condições, existirá satisfação; pelo contrário, sempre que houver diferenças entre estas duas variáveis ocorrerá insatisfação.

Utilizando este modelo, os autores pretenderam também conhecer o efeito das variáveis sociodemográficas no nível de satisfação do doente a partir de um suposto valor de correlação. Segundo os autores, a consistência dos estudos entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação devem ser sempre realizados em função da partilha de orientações dos sujeitos que constituem a amostra e dos ambientes de cuidados médicos. Quando as orientações e as condições são relativamente uniformes, devem ser encontrados valores de correlação baixos entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação; quando as orientações são uniformes, mas as condições de saúde diferem, é suposto encontrar uma correlação elevada; quando as orientações diferem entre as características sociodemográficas mas as condições são uniformes, é de esperar elevados valores de correlação entre as variáveis sociodemográficas e o nível de satisfação. Quando as orientações e as condições diferem, é esperado uma correlação próxima do zero; se os doentes forem distribuídos aleatoriamente pelos diferentes

ambientes médicos é esperado uma correlação forte e positiva; se não houver esta distribuição, espera-se uma correlação baixa (Fox & Storms, 1981).

### 3.3. Modelo Compreensivo da Satisfação

Mais recentemente foi desenvolvido um novo modelo compreensivo para o processo de satisfação do doente, reportando-se em revisões bibliográficas no âmbito da formação de expectativas e valores e da teoria da atribuição causal (Strasser, Aharomy & Greenberger, 1993). Os autores formularam seis princípios que orientam o próprio modelo:

1. O processo de satisfação é um processo perceptivo, ou seja, a satisfação é formada a partir da percepção do indivíduo, podendo ser ou não baseada na realidade objectiva. A satisfação é formada por processos cognitivos e afectivos;
2. a satisfação é um construto multidimensional no sentido em que para ela concorrem diversos aspectos, tais como os cuidados médicos e de enfermagem, limpeza e alimentação. No entanto, a avaliação da satisfação deve também fornecer um valor geral;
3. a formação da satisfação é um processo dinâmico, uma vez que a atitude do doente face aos profissionais de saúde pode ser alterada em determinado momento que recebe cuidados de saúde;

4. a satisfação é conceptualizada como uma resposta atitudinal relativamente aos valores e julgamentos que o doente forma sobre a sua experiência de receber cuidados de saúde (as expressões comportamentais não são consideradas na definição do conceito porque a satisfação é por definição uma atitude que inclui a cognição e o afecto, excluindo o comportamento);
5. o doente assume um papel activo, uma vez que face a determinado acontecimento o indivíduo avalia-o de acordo com os seus valores;
6. o processo de formação de satisfação é individual, em virtude de cada indivíduo possuir determinadas características de personalidade, valores e crenças, transportar para o sistema de saúde diferentes conhecimentos e diferentes percepções, diferindo ainda quanto às variáveis demográficas.

De acordo com este modelo, o processo de formação da satisfação inicia-se sempre com um estímulo que é detectado pelo doente durante o encontro com o técnico de saúde. Estes estímulos podem ser os mais diversos possíveis, como por exemplo o tom de voz do técnico de saúde, a cor das cadeiras ou da parede da sala de espera, ou ainda, determinadas informações que o doente obteve através de familiares e/ou amigos; por estímulo compreende-se toda a informação a que o doente é exposto perante uma situação de encontro com um profissional de saúde. A detecção do estímulo, constitui a primeira fase do modelo, mas destes, apenas alguns são codificados. De acordo com os autores, os

estímulos mais codificados são todos os que possam representar para o doente uma eventual relação com o seu bem estar físico e psicológico.

Após a fase de detecção e codificação do estímulo, segue-se a atribuição de valores a estes estímulos, ou seja, a realização de julgamentos, que neste modelo é conceptualizado como sendo o processo de interpretação e de atribuições que os doentes fazem dos estímulos. Trata-se de uma fase de avaliação que o doente faz dos estímulos que codificou, mas importa referir que nem todos os estímulos codificados são avaliados; mais uma vez, todos os estímulos que, para o doente, mais se parecerem relacionar com o bem estar são mais propícios e têm maior probabilidade de serem avaliados; elementos que possam ser potenciais ameaças para o indivíduo, ou que representam uma oportunidade para melhorar os resultados médicos e o bem estar físico e psicológico, e elementos que sejam indutores de estados de incerteza ou confusão, podem ser também mais propícios a julgamentos e avaliação por parte do doente. Neste processo de elaboração de julgamentos de valor que o doente realiza dos estímulos codificados, concorrem uma serie de factores onde se incluem, as características de personalidade, experiências anteriores de outros encontros com outros técnicos de saúde e ainda a atribuição causal interna e externa de sucesso ou insucesso médico ou dos resultados médicos. Segundo Strasser *et. al.* (1993), se tomarmos como exemplo uma situação de insucesso clínico e se o doente

fizer uma atribuição causal interna dessa situação (como por exemplo, o médico não é competente), o seu julgamento vai ser mais negativo do que se o julgamento fosse baseado numa atribuição causal externa (como por exemplo, o resultado deveu-se à falta de sorte); perante uma situação de sucesso, se o doente fizer uma atribuição interna (o técnico de saúde é competente), o julgamento vai ser mais positivo do que se fizesse uma atribuição causal externa (o resultado deveu-se apenas à sorte).

Depois da atribuição de valores a determinados estímulos, ocorre o Primeiro Nível de Atitude de Reactividade, sendo este definido como uma atitude global de satisfação ou insatisfação que é formada pelos doentes como resposta aos julgamentos de valor que realizam dos estímulos. Este nível é expresso exclusivamente em termos de cognição e afecto, nunca em termos comportamentais.

O Segundo Nível de Atitude de Reactividade é definido pelos autores (1993), como sendo as acções dos doentes designadas para obterem resultados desejados. Neste Nível, o indivíduo torna-se activo e a sua expressão depende em parte das atitudes formadas durante o Primeiro Nível; quando no Primeiro Nível se manifesta insatisfação, os doentes podem estar motivados para tomar uma acção subsequente (Segundo Nível de Reactividade) por forma a alterar a situação na direcção do resultado médico desejado. Quando no Primeiro Nível é manifestada satisfação, os doentes podem estar motivados para tomar uma acção subsequente; neste caso, o Segundo Nível pode ser

iniciado para continuar o resultado desejado que já ocorreu; se o doente estiver satisfeito reagirá no sentido de manter o estímulo que o deixa satisfeito. Segundo os autores, os doentes podem ter uma compreensão intuitiva do condicionamento operante de Skinner. Neste modelo, o Segundo Nível de Reactividade funciona como um método de perpetuar ou aumentar o controlo sobre os resultados de saúde que desejam, podendo também ser percebido como um método para repor o controlo da satisfação perdida em face dos resultados médicos. Strasser et al. (1993), acreditam que os doentes se comportam no sentido de alterar o seu ambiente por forma a que o estímulo que gera insatisfação seja eliminado. Mais uma vez as experiências anteriores, o estado de saúde e a influência cultural podem determinar a expressão do Segundo Nível de Reactividade.

O modelo de Strasser et al. (1993), contempla ainda a aprendizagem a partir do Segundo Nível de reactividade; de acordo com os autores, os doentes aprendem sobre o sucesso ou insucesso das estratégias que utilizam no segundo nível, podendo estas ser empregues em futuros encontros médicos.

## II - Depressão na Situação de Hospitalização

### 1. Os Hospitais e a Hospitalização

Embora o hospital não constitua a única alternativa de aceder ao sistema de saúde e ao acto de cuidar médico, por vezes a hospitalização torna-se inevitável, quer pelas características da situação clínica do indivíduo, quer pelo grau de sofisticação do próprio tratamento. Se o estar doente causa stress, a hospitalização assume-se como uma situação também ela stressante. A situação de hospitalização significa ter que lidar com uma instituição que na maioria dos casos é desconhecida para o indivíduo, que funciona de acordo com regras que lhe são próprias e na qual se assiste a uma grande mobilidade de técnicos de saúde (por exemplo, médicos, enfermeiros, pessoal auxiliar). É a instituição hospitalar que, a partir das suas próprias regras, define a rotina diária do doente, controlando todos os aspectos da sua vida enquanto ali permanecer (horário de higiene diária, refeições, período de visitas). É ainda o funcionamento do hospital que determina o dia e o momento em que o indivíduo deve disponibilizar o seu corpo para realizar exames complementares e tratamentos (Brannon, 1992). Em suma, a hospitalização implica a perda de controlo por parte do doente que se reflecte, segundo Brannon (1992), fundamentalmente em três aspectos:

1. perda de controlo do próprio corpo;
2. perda da actividade normal da vida do doente, como por exemplo a actividade profissional e;
3. perda de capacidade para predizer o que lhe pode acontecer.

Segundo Taylor (1979), o factor fundamental que contribui para a percepção negativa dos hospitais pode residir na forma de como o indivíduo é cuidado pelos técnicos de saúde; os procedimentos médicos são centrados e mobilizados no cuidado do doente mas não necessariamente no indivíduo enquanto pessoa. O doente é frequentemente percepcionado pelos profissionais de saúde como um corpo no qual exercem a sua actividade de cuidar, mas do indivíduo doente não é esperado que tome qualquer iniciativa quanto à sua recuperação e cuidados médicos; espera-se que o doente adira às decisões e instruções médicas. São estes aspectos que conduzem à despersonalização do doente para o qual concorrem ainda outros factores como a mecanização dos procedimentos, a burocratização do funcionamento hospitalar, a qualidade da relação técnico-doente e o baixo nível de informação de que os doentes dispõem.

#### a) Mecanização dos Procedimentos

No momento de chegada ao hospital é compreensível que o indivíduo sinta ansiedade gerada pela sua situação clínica. Porém, os procedimentos que lhe são impostos, na maioria das vezes, não facilitam nem propiciam a redução dessa ansiedade; normalmente, o doente é conduzido ao quarto ou

enfermaria, são-lhe cedidas roupas uniformizadas da instituição e torna-se disponível relativamente às solicitações dos profissionais de saúde para a realização de exames. É a partir deste momento que o indivíduo começa a movimentar-se num ambiente estranho e hostil, no qual muitos dos procedimentos são novos.

#### b) Burocratização do Hospital

Este é outro dos factores que, de acordo com Taylor (1979), contribui para o processo de despersonalização. No hospital o doente é confrontado com uma organização complexa na qual não exerce o mínimo de controlo. Ao doente são-lhe colocadas uma serie de questões e instruções por diferentes técnicos de saúde, com níveis de autoridade diferentes, contribuindo deste modo para a tendência de poder receber instruções contraditórias. Esta situação leva a uma outra, em que o indivíduo se sente impotente para decidir a opção correcta, proporcionando a percepção de cuidados médicos como um processo descontínuo e fragmentado.

#### c) Interacção Técnico de Saúde - Doente

Frequentemente, e segundo Scanlan (1972) (cit. in Taylor, 1979), o doente é referido em função da sua situação clínica, isto é, é conhecido pela equipa médica através da sua situação de doença e dos seus sintomas.

#### d) Nível de Informação

Na vasta maioria dos casos, o doente hospitalizado é mantido num nível muito baixo de informação. A explicação deste facto não se limita em exclusivo à indisponibilidade dos técnicos de saúde para esclarecer dúvidas ou explicar os procedimentos a realizar; é importante ter em consideração que há também a possibilidade da informação poder exercer efeitos negativos, desencadeando elevados níveis de ansiedade em doentes não diferenciados (Taylor, 1979).

#### 1.1. Reacção Psicológica à Hospitalização

Pelas suas características, a hospitalização assume-se como um acontecimento de vida stressante, desencadeando no doente uma inevitável reacção psicológica. O interesse por esta relação iniciou-se na década de 60, altura em que se registou um aumento de estudos com o objectivo de melhor compreender os possíveis efeitos de acontecimentos de vida no estado emocional dos indivíduos, particularmente na depressão. De acordo com Paykel (1994), por acontecimento de vida compreende-se uma mudança no meio em que se insere o indivíduo, não se limitando no entanto a mudanças exclusivamente externas; uma doença é por exemplo um acontecimento de vida. Relativamente à depressão, a investigação tem demonstrado que existem determinados acontecimentos de vida que são mais susceptíveis de desencadear estados depressivos, sendo a melhor aceite a

hipótese de que perdas (separações, mortes, perda de auto-estima ou qualquer outro tipo de perda), potencializam a depressão no indivíduo.

Na situação de hospitalização e perante uma situação de despersonalização, ou seja, o sentimento de perda de controlo e de liberdade, o doente desenvolve esforços no sentido de restabelecer esse controlo que podem ser caracterizados por dois padrões diferentes (Taylor, 1979):

1. o padrão de reactividade, que envolve esforços no sentido de inverter a situação de liberdade e controlo perdidos através de comportamentos que manifestam raiva e/ou zanga, ao qual corresponde o perfil de Mau Doente;
2. o padrão de adesão, que se caracteriza pelo mecanismo de aceitação de perda de liberdade e pela ausência de esforços para reverter a situação, ao qual corresponde o perfil de Bom Doente.

Na tentativa de conseguir controlar a sua situação, o Mau Doente desenvolve esforços contínuos com o objectivo de obter atenção e informação por parte dos profissionais de saúde. O comportamento de reactividade é manifestado através de atitudes que comprometem o bom funcionamento hospitalar; podem ingerir bebidas alcoólicas, fumar, vaguear pelo hospital, não aderir ao regime terapêutico, questionar e manifestar desconfiança relativamente à competência profissional dos técnicos de saúde. São doentes que, pelas suas condutas, comprometem seriamente a rapidez e qualidade da sua recuperação. A comportamentos como

estes, as equipas hospitalares têm tendência a ignorar as suas queixas, e a não retardar a alta hospitalar (Taylor, 1979). Em termos cognitivos, o Mau Doente acredita que é ignorado pela generalidade dos profissionais de saúde, que os esforços desenvolvidos são insuficientes para a sua recuperação, exige mais informação e julga que a instituição hospitalar tem obrigação de lidar com o doente como um consumidor de cuidados médicos.

O Bom Doente, pelo contrário, é o "desejado" pela globalidade dos técnicos de saúde, na medida em que adere às prescrições médicas, não questiona, não coloca dúvidas, não se queixa e é, na grande maioria dos casos, um indivíduo passivo. No entanto, este tipo de doente pode demonstrar elevados níveis de ansiedade e sentimentos de desamparo que são revelados através da passividade e do conformismo face à situação de internamento, sendo o seu humor uma alternância entre a ansiedade e a depressão (Tagliacozzo & Mauksch, 1972) (cit. in Taylor, 1979). Da exposição prolongada a situações que favorecem o desamparo, pode resultar o desânimo aprendido, (*Learned Helplessness*), situação na qual o doente após perceber que as suas tentativas para repor o controlo da situação falham, ainda que tenha oportunidade de o repor não o faz. Assim, o comportamento do Bom Doente pode ser uma máscara a uma situação de negação ao internamento e perda de controlo, tentando demonstrar que não existe qualquer tipo de ameaça

à sua liberdade quando na realidade ela existe e abrange todas as áreas da sua vida.

Taylor (1979), sublinha a importância das reacções psicológicas na recuperação e estado de saúde física dos doentes; no caso do Mau Doente, o estado de raiva e zanga característico nestes indivíduos pode exercer influência no seu estado de saúde física, nomeadamente ao nível da tensão arterial. A par da competitividade e da urgência, a raiva e a hostilidade são característicos do padrão de personalidade Tipo A que tem sido relacionado com a incidência de doenças cardiovasculares (Matthews, 1982). Neste âmbito, os trabalhos realizados tendem a confirmar que a hiperactividade cardiovascular, causada por raiva e hostilidade, ocorrem em situações que envolvem desafios do meio, especialmente de carácter psicológico e em que o sentimento de controlo do meio é ameaçado. Neste seguimento Williams (1994), definiu o síndrome de hostilidade que pela sua caracterização - irritabilidade, raiva, aumento de reactividade simpática e adopção de comportamentos de risco (tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas) - constitui uma predisposição para a mortalidade, particularmente no caso de doenças cardíacas. No caso da depressão, característico do estado emocional do Bom Doente, importa não esquecer que exerce influência ao nível do sistema imunitário e na rapidez da recuperação. No plano das doenças cardíacas, e muito concretamente em situações de enfarte no miocárdio, a depressão não constitui apenas complicações a nível clínico

mas também exerce influência quanto à predisposição para a morbidade e mortalidade (Ohman e Sundin, 1995).

## 1.2. Prevalência e Características da Depressão em Indivíduos com Doença Física

Na abordagem da depressão em doentes com patologia física, a primeira conclusão consistente a referir é a de que muitos dos doentes nestas condições não são identificados pelos técnicos de saúde, podendo esta taxa situar-se entre os cinquenta e os setenta por cento (Coyne, Schwenk & Fechner-Bates, 1995). As elevadas taxas de não identificação destes casos foi uma vez mais confirmada por Coyne et al. (1995), através de um estudo realizado em cuidados de serviços primários, os técnicos identificaram um pouco mais do que um terço dos casos de perturbações depressivas entre os doentes, revelando também que os profissionais de saúde parecem ser mais sensíveis a perturbações depressivas nos casos de doentes que demonstrem menos energia e um maior número de sintomas. Na perspectiva de determinados autores, por a não identificação destes casos se configurar numa situação de extrema gravidade, este é um dos maiores problemas de saúde pública (Coyne, Klinkman, Gallo & Schwenk, 1997).

Ainda que se reconheça a influência negativa de quadros depressivos nos resultados e rapidez da recuperação médica do doente, assiste-se ainda a uma resistência nos cuidados

de saúde primários, onde os técnicos tendem a desdramatizar esta situação assim como as suas consequências (Ormel e Tiemens, 1995). Apesar de se desenvolverem esforços no sentido dos técnicos de saúde aumentarem a detecção de casos de depressão nos seus doentes, é importante destacar a existência de determinados factores que contribuem para esta situação. Ormel & Tiemns (1995), resumiram em três, uma série de factores que favorecem a não detecção destes casos:

1. características da situação clínica do doente;
2. características do técnico de saúde;
3. características do sistema e organização dos cuidados de saúde primários.

Interessa não esquecer que os indivíduos com doença física podem dificultar a tarefa de detecção de um eventual caso de depressão pela impossibilidade de diferenciação clara entre sinais e sintomas da patologia física, efeitos secundários da prescrição médica e de um caso de depressão. A esta situação acresce-lhe uma outra que se liga com o facto de, ao contrário do que ocorre nos serviços e hospitais psiquiátricos, a maioria dos doentes não apresentar como queixa principal depressão ou sintomatologia que a evidencie.

Inscrito nos factores inerentes aos técnicos de saúde, destacam-se deficiências ao nível da entrevista, e a inexperiência em lidar com problemas do foro psicossocial e psicológico. Porém, há técnicos que conseguem fazer a triagem dos seus doentes relativamente a este aspecto; um

estudo realizado neste âmbito (Robbins, Kinkmayer, Cathebras, Yaff & Dworking, 1994), permitiu identificar as atitudes e procedimentos do profissional de saúde que é sensível a estes casos. Os resultados demonstraram que estes técnicos mantêm com os seus doentes contactos oculares frequentes, interrompem menos, oferecem ao doente a possibilidade de questionar, estão atentos à linguagem verbal e não verbal e, sempre que julguem pertinente, colocam perguntas de cariz psicológico e psicossocial.

No que concerne às características do sistema de saúde, convém realçar que o enorme número de indivíduos que acede aos serviços médicos propicia uma gestão do tempo baseada em encontros e consultas extremamente breves, revelando-se insuficientes para diagnosticar depressão ou ansiedade.

A investigação na área dos doentes com patologia física tem vindo a revelar que estes são os indivíduos com maior probabilidade e risco de desenvolver sintomas depressivos relativamente à restante população (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994). Se existem certezas quanto ao facto de grande parte dos casos de depressão permanecerem desconhecidos, as certezas quanto às características da depressão nestes indivíduos tendem a ser mais tenues, existindo a real necessidade de desenvolver trabalhos que permitam analisar e definir as características e grau de gravidade destes casos (Coyne, Fechner-Bates & Schwenk, 1994).

Com o intuito de se conhecer a incidência da depressão major nesta população, foram desenvolvidos trabalhos tendo

revelado que a taxa se situa entre os quatro ponto oito e os oito ponto seis, havendo porém, outras formas de manifestação como por exemplo, estados moderados cujas características não preenchem os requisitos do diagnóstico da depressão major (Ormel, Brink & Koeter, 1990). Aliás, o facto das características da depressão nestes indivíduos não serem suficientes para se enquadrarem nos critérios da DMS-IV, tem contribuído para se admitirem outras formas de depressão (Crum, Cooper-Patrick & Ford, 1994).

O trabalho realizado por Coyne et al. (1994), evidenciou uma vez mais que as perturbações depressivas tinham uma prevalência elevada mas que se tratavam na sua maioria de estados depressivos moderados. Na mesma linha de investigação, também se verificou serem frequentes estados mistos depressão/ansiedade (Coyne et al. 1995), sendo sugerido por Ormel et al. (1995), que o stress dos doentes dos cuidados primários se caracteriza por estados mistos de depressão e ansiedade. Na tentativa de melhor se caracterizar a natureza destes estados, têm sido desenvolvidos estudos comparativos utilizando amostras de indivíduos com doença física e amostras de doentes deprimidos sem patologia física, resultando conclusões contraditórias. Para alguns, sintomas como a culpabilidade, auto-acusação, sentimento de fracasso, perda de esperança indecisão e ideação suicida são características de depressão em indivíduos com doença física, sendo os

sintomas físicos minimizados (Hawton, Mayou & Feldman, 1990), no entanto outros dão relevância a sintomas físicos. A exaustão vital, conceito formulado por Appels (1990), que se caracteriza por falta de energia, perturbações do sono, irritabilidade e desânimo, constitui segundo Ohman e Sundin (1995), uma possível manifestação de estados moderados de depressão. Aliás a depressão e somatização tem sido comprovada e defendida por uma série de trabalhos. Akiskal (1983) (cit. in Lipowski, 1990), refere que a perturbação depressiva com componente somática representa a forma mais comum de perturbação afectiva, no entanto, estes doentes tendem a negar o humor depressivo, a admitir que se encontram deprimidos e as suas queixas incidem em aspectos físicos. Inscrito nesta linha alguns autores promoveram o conceito de depressão mascarada (Fisch, 1987) (cit. in Lipowski, 1990), definida como uma perturbação depressiva na qual as características cognitivas e afectivas são encobertas por sintomas somáticos, tais como a dor. Apesar deste conceito poder ser criticado em virtude de ser pouco definido, tem o mérito de realçar que a perturbação depressiva pode manifestar-se de modo a induzir em erro (Lipowski, 1990).

Paykel e Priest (1992), defendem que sintomas como a perda de energia, desinteresse, isolamento social e insatisfação com os cuidados de saúde recebidos constituem indicadores fundamentais de depressão. A insatisfação com os cuidados de saúde e a depressão são considerados como estando relacionados, no entanto desconhece-se se é a

depressão que conduz à insatisfação ou se é a insatisfação que leva à depressão. Admite-se que as perturbações psicológicas se assumam como um importante determinante na satisfação com os cuidados de saúde (Wyshak & Barsky, 1995). Ainda no âmbito dos estudos comparativos entre a manifestação da depressão em indivíduos com e sem doença física, concluiu-se que existem diferenças ao nível das variáveis demográficas; os doentes deprimidos com patologia física tendem a ser do sexo feminino, mais velhos e menos diferenciados (Schwenk, Coyne & Fechner-Bates, 1996).

Em suma, a investigação desenvolvida neste âmbito, leva a concluir que as diferenças entre doentes deprimidos com doença física e indivíduos deprimidos sem patologia física, se manifestam mais ao nível do grau de gravidade da depressão do que no género, sendo frequentes sintomas não específicos, apatia e desmotivação (Clark, Cook, Snow, 1998).

## 2. Teoria da Falta de Esperança (*Hopelessness*) da Depressão

A Teoria da Falta de Esperança, frequentemente referida em termos da reformulação da teoria do Desânimo Aprendido (*Learned Helplessness*), enquadra-se na perspectiva cognitiva, preconizando a falta de esperança como um subtipo de depressão (Abramson, Alloy & Metalsky, 1998). Pode ainda ser conceptualizada como um modelo diathesis-stress no qual indivíduos com determinados estilos

cognitivos são mais vulneráveis à depressão sempre que são confrontados com acontecimentos de vida negativos (Alloy, Hartlage & Abramson, 1998).

Para a explicação da depressão, a teoria da falta de esperança pressupõe uma cadeia causal de factores que se inicia sempre com a ocorrência de um acontecimento de vida negativo ou com a não ocorrência de acontecimentos de vida positivos, terminando com a manifestação de sintomas depressivos, nomeadamente a falta de esperança. Nesta cadeia intervêm alguns factores sob os quais esta teoria se baseia, sendo um deles a existência de diferentes tipos de causas; causa necessária, causa suficiente e causa contributiva. Por causa necessária compreende-se um conjunto ou um factor etiológico que deve estar presente ou deve ocorrer para a manifestação dos sintomas depressivos; a causa suficiente diz respeito a um conjunto ou um factor etiológico cuja presença ou ocorrência garante a manifestação de sintomatologia depressiva e, por causa contributiva entende-se um conjunto de factores etiológicos que aumentam a ocorrência de sintomas, não sendo nem causa necessária nem suficiente. Para além de variarem quanto à sua relação formal na ocorrência dos sintomas, as causas variam ainda na sequência relacional dos sintomas, existindo causas proximais e causas distais. As primeiras caracterizam-se por exercerem influência no final da cadeia, muito próximo do momento da ocorrência dos sintomas. As causas distais, pelo contrário, caracterizam-se por exercer influência no início da cadeia, num período

ainda distante da manifestação dos sintomas depressivos (Abramson et. al., 1998).

Segundo esta teoria, uma causa suficiente proximal da depressão é a falta de esperança (*Hopelessness*), ou seja, a expectativa de que os resultados desejados são improváveis de acontecer e que o indivíduo nada poderá fazer para inverter a ocorrência desses resultados. A falta de esperança é referida pelos autores como uma causa suficiente mas não necessária, em virtude de considerarem a depressão uma perturbação heterogénea, permitindo a possibilidade de outros factores como a vulnerabilidade genética poder intervir (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978).

Como causa contributiva distal, os autores identificam as diferenças individuais no estilo de atribuição causal, propondo o estilo de atribuição depressogenético que se caracteriza pela atribuição de determinados acontecimentos como sendo internos, estáveis, globais e com elevado grau de importância. Os indivíduos que possuem este estilo de atribuição causal são mais propensos a sintomas depressivos do que indivíduos que não o possuem; no entanto, na presença de acontecimentos de vida positivos ou na ausência de acontecimentos de vida negativos, os indivíduos com o estilo de atribuição depressogenético não devem ser mais propensos do que indivíduos que não possuam este tipo de atribuição causal, ou seja, este tipo de atribuição é uma causa contributiva distal que opera na presença, mas não na

ausência de acontecimentos de vida negativos (Abramson et al., 1998).

O estilo de atribuição causal que o indivíduo realiza de determinado acontecimento negativo, e o grau de importância que lhe confere são factores que contribuem para o desenvolvimento da falta de esperança e sintomas depressivos, assumindo este aspecto o carácter de causa contributiva proximal. Sempre que acontecimentos de vida negativos são percebidos pelo indivíduo como estáveis (perduram ao longo do tempo), globais (afectam todos os resultados) e com um elevado grau de importância, há uma maior probabilidade de manifestação de sintomatologia depressiva (Abramson et al., 1978).

## Problema

A satisfação do doente, pelas implicações que pode exercer ao nível da adesão ao tratamento, tem-se vindo a revelar como um importante campo de investigação. Porém, o estudo da satisfação no domínio da Psicologia em geral e da Psicologia da Saúde em particular, tem sido bastante escasso. Se atendermos ao facto do ajustamento psicológico a um acontecimento de vida negativo e ansiogénico, como por exemplo a hospitalização, poder não ser o mais favorável do ponto de vista da qualidade da recuperação, e que o nível de satisfação com os cuidados de saúde recebidos podem contribuir para esse ajustamento, facilmente se compreende a relevância da Satisfação com os cuidados de saúde para a Psicologia. É amplamente conhecida a elevada possibilidade dos indivíduos com patologia física virem a manifestar sintomatologia depressiva, motivada não apenas pela doença mas também pelo facto de serem sujeitos a um internamento. A hospitalização implica um ajustamento psicológico do doente na medida em que significa ter que lidar com uma instituição com regras de funcionamento rígidas que favorecem a perda de autonomia e controlo da situação. O facto de ser cuidado por vários técnicos de saúde pode induzir no doente uma percepção mais fragmentada e descontínua do processo de cuidar médico, podendo acentuar e reforçar o eventual estado depressivo do indivíduo. É sobre este aspecto que reside a questão de investigação, isto é, pretendemos saber de que forma a satisfação do doente em situação de internamento está relacionada com a

depressão estado. Assim são quatro os objectivos deste estudo:

1. identificar as propriedades psicométricas da adaptação do Questionário de Auto-Avaliação Estado - Traço Depressivo, nomeadamente os valores dos Coeficientes de Consistência Interna e a sua estrutura;
2. determinar qual, ou quais as dimensões da satisfação com os cuidados de saúde que podem predizer a depressão estado;
3. determinar qual, ou quais os aspectos dos cuidados médicos que mais se relacionam com médicos e enfermeiros;
4. replicar os dados de que indivíduos mais velhos e do sexo masculino demonstram maiores níveis de satisfação com os cuidados de saúde recebidos.

## Método

### Participantes

A população do estudo é constituída por indivíduos internados no Hospital de São José em Lisboa. Os participantes constituem uma amostra de cento e quarenta e seis doentes internados, há pelo menos quarenta e oito horas, nos Serviços de Plástica, Cirurgia (Homens, Mulheres e Misto), Maxilo-Facial, Medicina (Homens, Mulheres e Misto), Unidade Vertebro - Medular, Otorrinolarinologia, Neurocirurgia (Homens e Mulheres), Ortopedia (Homens e Mulheres) e Ortopedia de S. Lázaro (Homens e Mulheres).

Dos 146 indivíduos que constituem a amostra, 68 são do sexo masculino e 78 do feminino e a idade está compreendida entre os 15 e os 91 anos (média de 53,07 anos com um desvio padrão de 18.15). Quanto ao estado civil, 54% é casada, 26% solteira, 15,8% é viúvo e 3,4% é divorciada e têm em média um filho.

Foram excluídos todos os doentes que se encontrassem internados há menos de quarenta e oito horas, em estados confusionais e situações de pré e/ou pós operatório imediatos. Foram também excluídos todos os doentes da Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Queimados e do Serviço de Oftalmologia.

## Material

A avaliação foi realizada através de dois questionários e um inventário, anónimos e confidenciais, que incluíam (em Anexo):

1. Questionário Demográfico, construído para este estudo, que inclui as variáveis idade, sexo, estado civil e número de filhos.

2. Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados (HPSI) construído por Hardy, West e Hill (1996), tendo sido neste estudo utilizada a versão portuguesa, traduzida e validada por Nunes (1997).

O motivo da utilização deste inventário deveu-se ao facto de ser um instrumento que contempla o carácter multidimensional da satisfação, ter sido construído especificamente para doentes hospitalizados, e pela instituição hospitalar ter demonstrado preferência por este instrumento.

A estrutura do inventário contempla duas grandes áreas: uma diz respeito a componentes proximais da satisfação do doente, que permite avaliar aspectos como o processo de cuidar médico, a saúde física e o bem estar psicológico. A segunda área diz respeito a componentes de satisfação relacionadas com aspectos organizacionais e onde se avaliam aspectos como a participação do doente na sua recuperação, os processos de socialização e as facilidades da instituição hospitalar.

Composto por cem itens, sendo vinte e nove deles itens de controlo e que são excluídos da cotação, este instrumento permite avaliar catorze dimensões da satisfação sendo estas as seguintes:

#### 1. Informação Médica

constituída por oito itens que se relacionam com a satisfação do doente relativamente à informação que lhe é fornecida pelos médicos, disponibilidade dos mesmos para o auxiliarem, bem como a informação prestada pelo hospital. Com um Alpha de Cronbach =0,90, são exemplos destes itens "A minha doença foi-me inteiramente explicada pelos médicos", sendo a resposta baseada numa escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Discordo Totalmente ao Concordo Totalmente), e "Em que medida é que a informação, sobre o seu tratamento foi clara para si" sendo a resposta baseada numa escala tipo Likert de quatro pontos (desde o Nunca ao Quase Sempre);

#### 2. Informação de Enfermagem

composta por seis itens que se relacionam com a satisfação do doente relativamente à informação dada pelos enfermeiros e a disponibilidade demonstrada por estes profissionais. "As enfermeiras ajudam-me a compreender a minha doença" é um destes itens aos quais o doente responde segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Discordo Totalmente ao Concordo Totalmente). Nesta subescala o Alpha de Cronbach é de 0,91;

### 3. Atitudes do Pessoal Técnico

inclui onze itens que avaliam atitudes positivas dos médicos e enfermeiros, tais como "prestável", "preocupado". A forma de resposta consiste em assinalar os itens que melhor define as atitudes destes profissionais. Apresenta um Alpha de Cronbach = 0,88;

### 4. Alimentação

esta subescala, composta por cinco itens, diz respeito à qualidade da alimentação, como por exemplo, "o sabor da comida" e a forma de como é servida. O doente responde segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Muito Mau ao Muito Bom) sendo o Alpha de Cronbach = 0,85;

### 5. Limpeza

constituída por cinco itens, avalia a satisfação do doente relativamente à limpeza da enfermaria e das casas de banho. É exemplo o item "limpeza dos duches" aos quais o doente responde segundo a mesma forma da escala anterior. Alpha de Cronbach = 0,85;

### 6. Instalações da Enfermaria

composta por seis itens que avaliam a satisfação do doente no que concerne às características da sua enfermaria e refeitório. Um dos seis itens é "mobiliário da enfermaria", aos quais o doente responde segundo a mesma forma da escala anterior. Alpha de Cronbach = 0,78;

### 7. Atitudes do Pessoal Auxiliar

inclui cinco itens que avaliam a percepção do doente relativamente a outros profissionais tais como porteiros, pessoal de raio X, fisioterapeutas e visitantes. A forma de resposta consiste numa escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Muito Insatisfeito ao Muito Satisfeito), sendo o Alpha de Cronbach = 0,89;

#### 8. Compreensão da Doença

composta por quatro itens que dizem respeito à compreensão da situação clínica do doente. São itens do tipo "compreendo melhor a minha doença", sendo a forma de resposta uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Discordo Totalmente ao Concordo Totalmente). O Alpha de Cronbach = 0,87;

#### 9. Processo de Cuidar

fazem parte desta subescala quatro itens que avaliam a satisfação geral do doente com os cuidados de saúde recebidos no hospital. O doente responde segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Muito Mau ao Muito Bom) a itens como por exemplo, "Eu estou satisfeito com o tratamento que me fizeram no Hospital". Apresenta um Alpha de Cronbach = 0,83;

#### 10. Bem Estar Psicológico

contempla três itens, sendo dois deles relacionados com o que os doentes sentem enquanto estão internados, "Eu sinto-me só no Hospital", e um item que se relaciona com a adaptação do doente às rotinas hospitalares. A resposta aos dois primeiros itens é fornecida segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o

Discordo Totalmente ao Concordo Totalmente) sendo a do terceiro item dicotômica. O Alpha de Cronbach = 0,71

#### 11. Ruídos

compõem esta subescala três itens que avaliam a percepção do ruído e luminosidade nas enfermarias. A resposta baseia-se numa escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Muito Mau ao Muito Bom), sendo exemplo destes itens "Quantidade de barulho à noite". Apresenta um Alpha de Cronbach = 0,85;

#### 12. Práticas de Socialização

através de quatro itens são avaliadas as experiências iniciais que o doente teve na sua chegada ao hospital e a forma de como foram explicadas e introduzidas as rotinas da enfermaria. Os itens, "O pessoal da enfermaria apresentou-se e cumprimentou-o" têm uma resposta dicotômica ou tipo Likert de quatro pontos. Apresenta um Alpha de Cronbach = 0,68;

#### 13. Participação dos Doentes

constituída por quatro itens, esta subescala permite avaliar o grau com que os médicos e restantes profissionais de saúde solicitam e estimulam a participação do doente nas tomadas de decisão. É exemplo destes itens "Com que frequência os médicos lhe perguntam a sua opinião sobre o seu tratamento", sendo a resposta baseada numa escala tipo Likert de quatro pontos (desde o Nunca ao Quase Sempre). O Alpha de Cronbach = 0,65 e,

#### 14. Comunicação com o Exterior

através de três itens como por exemplo, "Correios" e "Telefones", os doentes avaliam segundo uma escala tipo Likert de cinco pontos (desde o Muito Mau ao Muito Bom), os dispositivos que têm à disposição para comunicarem com o exterior. O Alpha de Cronbach = 0,87.

#### 3. Questionário de Auto-Avaliação de Estado-Traço Depressivo (ST-DEP) de Spilberger (in press).

Este questionário permite fazer a distinção entre indivíduos depressivos e indivíduos que, por qualquer motivo se encontram deprimidos, ou seja, permite avaliar e diferenciar a depressão traço da depressão estado. O motivo da utilização deste instrumento ligou-se com esta característica.

Composto por vinte itens, este questionário possui duas subescalas - Estado Depressivo e Traço Depressivo - sendo cada uma delas subdivididas em duas categorias - Eutimia e Distimia.

A subescala Estado Depressivo é constituída por dez itens, pertencendo cinco deles à categoria Eutimia, como por exemplo "Eu sinto-me forte", e os restantes à categoria Distimia, de que pode ser exemplo o item "Eu sinto-me triste". Nesta sub-escala a forma de resposta consiste numa escala Tipo Likert de quatro pontos (desde de Forma Nenhuma ao Muito Assim).

A subescala Traço-Depressivo é composta por dez itens, sendo que cinco deles fazem parte da categoria Eutimia,

como por exemplo "Eu sinto-me feliz", e os cinco restantes pertencentes à categoria Distímia, como por exemplo o item "Eu sinto-me sem esperança". A forma de resposta consiste numa escala Tipo Likert de quatro pontos (desde o Quase Nunca ao Quase Sempre).

Quanto à consistência interna do Questionário de Estado-Traço Depressivo, a Tabela 1 apresenta os valores do Alpha de Cronbach das dimensões deste instrumento neste estudo, e para ambos os sexos. Nesta Tabela são ainda apresentados os valores encontrados no trabalho original de Spielberger.

**Tabela 1.** Coeficientes de Consistência Interna (Alpha de Cronbach) do Questionário de Estado-Traço Depressivo nos Doentes Portugueses e no Estudo Original (EUA)

ST-DEP	Doentes Portugueses		Estudo Original	
	Masc	Fem	Masc	Fem
Traço Depressivo	0,81	0,80	0,93	0,91
Distímia Traço	0,80	0,83	0,94	0,85
Eutímia Traço	0,70	0,68	0,86	0,89
Estado Depressivo	0,82	0,83	0,93	0,87
Distímia Estado	0,72	0,75	0,92	0,81
Eutímia Estado	0,67	0,63	0,92	0,87

Com base na Tabela 1, observa-se que os valores do Alpha de Cronbach no presente trabalho variam entre 0,63 e 0,83 podendo ser tomados como valores aceitáveis apesar de

serem inferiores em todas as dimensões aos valores do trabalho original de Spielberger.

### Planificação

O desenho do estudo é analítico transversal e o método é o estudo de correlação.

### Procedimento

O processo de recolha de dados iniciou-se em meados de Janeiro de 1999, com o envio de uma carta dirigida aos Srs. Enfermeiros Chefes de cada um dos dezasseis Serviços onde se iria seleccionar os participantes, informando que a partir da semana seguinte se iniciaria este processo. Uma semana após o envio da carta, os aplicadores compareceram em todos os Serviços visando dois objectivos; o de procederem a uma apresentação pessoal aos Srs. Enfermeiros, esclarecendo dúvidas e clarificando melhor os objectivos da investigação caso fosse necessário, e o de com estes profissionais de saúde, determinar o horário mais adequado para o preenchimento dos instrumentos por forma a interferir o menos possível nas rotinas de cada serviço em particular. Este processo ocorreu duas vezes por semana (terças e quartas feiras preferencialmente), recaíndo em dois períodos diários: das onze às treze horas (depois da higiene e da visita médica e antes de ser servido o almoço)

e entre as dezasseis e as dezoito horas e trinta minutos (depois de terminada a hora de visita e antes de ser servido o jantar). Na maioria dos serviços (onze) a recolha de dados decorreu no período da manhã e em cinco serviços foi realizado no período da tarde.

A primeira sessão de aplicação dos instrumentos de avaliação ocorreu no dia 26 de Janeiro de 1999 e a última aconteceu a 16 de Abril de 1999, tendo sido este processo interrompido apenas durante a semana da Páscoa.

A abordagem do doente foi sempre precedida de uma breve reunião com o Enfermeiro Chefe de cada Serviço, que indicava os doentes que se encontravam em condições de serem seleccionados segundo os critérios estabelecidos. Após esta informação, os aplicadores dirigiam-se à enfermaria, particularmente aos doentes que haviam sido seleccionados; todos os 146 doentes foram abordados individualmente, iniciando-se a interacção aplicador/doente com a apresentação do aplicador e dos objectivos da própria investigação. A todos os doentes foi dito que o objectivo do estudo era o de perceber como percepcionava determinados aspectos relacionados com o Hospital, saber como se sentia psicologicamente, e que o anonimato e a confidencialidade das respostas eram assegurados. Apenas depois desta informação o doente era questionado quanto à sua participação. Nos casos de resposta afirmativa era entregue ao doente um exemplar e um envelope no qual, o próprio doente, introduzia os instrumentos depois de preenchidos, fechando-o.

Durante o preenchimento dos instrumentos, cujo tempo médio foi de vinte e cinco a trinta e cinco minutos, os aplicadores permaneceram sempre nas instalações da enfermaria, auxiliando e esclarecendo dúvidas e nunca, em circunstância alguma foram deixados instrumentos nas enfermarias sem a presença dos aplicadores.

## Resultados

O tratamento estatístico dos dados obtidos foi realizado através da utilização do SPSS (Statistic Package for Social Sciences), versão 9.0 para o *Windows*.

No sentido de se conseguir uma melhor leitura e compreensão dos resultados, procedeu-se à sua apresentação seguindo uma estrutura que se fundamenta nos objectivos do presente estudo. Num primeiro momento são apresentados os resultados da correlação entre as dimensões do Questionário Estado-Traço Depressivo; a seguir são apresentadas as correlações entre o Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados e o Questionário Estado-Traço Depressivo, os resultados da definição dos componentes da satisfação associados a Médicos e Enfermeiros, resultados da Análise de Regressão, resultados das diferenças entre sexos relativamente à satisfação e, finalmente, diferenças entre idades relativamente à satisfação. Neste trabalho consideram-se valores significativos sempre que  $p < 0,01$ .

### *Correlação entre as dimensões do Questionário Estado-Traço Depressivo*

Na primeira fase do tratamento estatístico procedeu-se ao cálculo do coeficiente de correlação de Pearson entre as subescalas do Questionário Estado-Traço Depressivo, com o objectivo de se confirmar a estrutura deste instrumento na amostra recolhida.

**Tabela 2.** Correlação entre as subescalas do Questionário Estado-Traço Depressivo

	TD	DT	ET	ED	DE	EE
TD						
DT	0,85**					
ET	0,78**	0,36**				
ED	0,56**	0,55**	0,36**			
DE	0,47**	0,55**	0,20**	0,91**		
EE	0,52**	0,41**	0,45**	0,85**	0,56**	

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

(TD-Traço Depressivo; DT-Distímia Traço; ET-Eutímia Traço; ED-Estado Depressivo; DE-Distímia Estado; EE-Eutímia Estado)

Na Tabela 2 podemos verificar que os valores de correlação mais fortes são encontrados entre as subescalas Traço Depressivo e Estado Depressivo e as respectivas dimensões, ou seja, a subescala Traço Depressivo apresenta os valores mais fortes com a Distímia Traço  $r(143)=0,85, p < 0,01$  e com a Eutímia Traço  $r(143)=0,78, p < 0,01$ . A subescala Estado Depressivo apresenta valores de correlação mais fortes com as suas dimensões, ou seja, com a Distímia Estado e Eutímia Estado  $r(141)=0,91, p < 0,01$  e  $r(141)=0,85, p < 0,01$  respectivamente.

A correlação entre as duas subescalas Traço Depressivo e Estado Depressivo é  $r(139)=0,56, p < 0,01$ .

### *Correlação entre o Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados e o Questionário Estado-Traço Depressivo*

Com o objectivo de se conhecer quais as dimensões da satisfação que mais se relacionam com a depressão,

nomeadamente com o estado depressivo, procedeu-se ao cálculo do valor da correlação entre os dois instrumentos. Por forma a se conseguir uma melhor leitura e compreensão dos resultados as subescalas do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados irão ser apresentadas por grupo. Assim, as Tabelas 3.1 e 3.2 dizem respeito às correlações entre as subescalas Informação Médica e Informação de Enfermagem do Inventário de Satisfação de Pacientes Hospitalizados e as subescalas Traço Depressivo e Estado Depressivo, respectivamente.

**Tabela 3.1.** Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem e a subescala Traço Depressivo

	Traço Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Informação Médica	-0,19*	-0,05	-0,15
Informação Enfermagem	-0,22**	-0,28**	-0,30**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 3.2.** Correlação entre Informação Médica e Informação de Enfermagem e a subescala Estado Depressivo

	Estado Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Informação Médica	-0,30**	-0,33**	-0,36**
Informação Enfermagem	-0,24**	-0,38**	-0,34**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

Os valores de coeficiente de Pearson encontrados revelam a existência de uma relação inversa entre a quantidade e qualidade de informação fornecida pelos técnicos de saúde e a situação depressiva dos doentes. Recorrendo à leitura da Tabela 3.1, verifica-se que a Informação Médica não apresenta valores significativos na subescala Traço Depressivo, no entanto e com base na Tabela 3.2 apresenta valores significativos na subescala Estado Depressivo  $r(127)=-0,36, p<0,01$ , assim como nas duas dimensões do Estado Depressivo; para a Distímia Estado e Eutímia Estado os valores são respectivamente de  $r(129)=-0,30, p<0,01$  e  $r(127)=-0,33, p<0,01$ .

Relativamente à Informação de Enfermagem verifica-se que se correlaciona significativamente com todas as dimensões do Questionário Estado-Traço Depressivo. No entanto, as correlações mais fortes ocorrem na subescala Estado Depressivo  $r(137)=-0,34, p<0,01$ ; para a Distímia Estado  $r(138)=-0,24, p<0,01$  e  $r(137)=-0,38, p<0,01$  na Eutímia Estado.

Nas Tabelas 4.1 e 4.2 são apresentadas as correlações entre os componentes proximais da satisfação definidos por Hardy et al. (1996) - Compreensão da Doença, Processo de Cuidar e Bem Estar Psicológico - e as subescalas Traço Depressivo e Estado Depressivo do Questionário Estado-Traço Depressivo.

**Tabela 4.1.** Correlação entre os componentes proximais da satisfação e a subescala Traço Depressivo

	Traço Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Compreensão Doença	-0,15	-0,23**	-0,23**
Processo Cuidar	-0,15	-0,22**	-0,23**
Bem Estar Psicológico	-0,26**	-0,19*	-0,28**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 4.2.** Correlação entre os componentes proximais da satisfação e a subescala Estado Depressivo

	Estado Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Compreensão Doença	-0,25**	-0,42**	-0,37**
Processo Cuidar	-0,33**	-0,38**	-0,39**
Bem Estar Psicológico	-0,41**	-0,21*	-0,36**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*correlação significativa para  $p < 0,05$

Da observação das Tabelas 4.1 e 4.2 constata-se que, no geral, existem correlações negativas entre os componentes proximais da satisfação e a depressão. A Compreensão da Doença apresenta valores significativos na subescala Estado Depressivo. Na subescala Traço Depressivo só não apresenta valor significativo com a Distímia Traço. No entanto, quando comparados os resultados nas duas escalas do Questionário Estado-Traço Depressivo, a Compreensão da Doença apresenta correlações mais fortes com o Estado

Depressivo assim como as duas dimensões: para a Distímia Estado  $r(137)=-0,25, p<0,01$  e para a Eutímia  $r(136)=-0,42, p<0,01$ , sendo esta a correlação mais forte.

O Processo de Cuidar apresenta valores semelhantes ao componente anterior; correlaciona-se com todas as dimensões do Questionário Estado-Traço Depressivo, excepto com o Traço Distímia, e as correlações mais fortes verificam-se com o Estado Depressivo  $r(140)=-0,39, p<0,01$ .

Relativamente ao Bem Estar Psicológico, não apresenta valores significativos para  $p<0,01$  com a dimensão Eutímia em ambas as subescalas, mas os valores mais fortes dizem respeito à Distímia Estado  $r(140)=-0,41, p<0,01$  e ao Estado Depressivo  $r(138)=-0,36, p<0,01$ .

O facto das correlações mais fortes destes componentes serem encontrados no Estado Depressivo leva a que se considerem mais influentes no Estado do que no Traço Depressivo.

As dimensões Práticas de Socialização, Participação do Doente e comunicação com o exterior, ou seja, os componentes organizacionais da satisfação segundo Hardy et al. (1996), e os valores da correlação com o Traço e Estado Depressivo, são apresentados nas Tabelas 5.1 e 5.2 respectivamente.

**Tabela 5.1.** Correlação entre os componentes organizacionais da satisfação e a subescala Traço Depressivo

	Traço Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Práticas Socialização	-0,18*	-0,14	-0,20*
Participação Doente	-0,14	-0,01	-0,10
Comunicação com Exterior	-0,19	-0,03	-0,15

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 5.2.** Correlação entre os componentes organizacionais da satisfação e a subescala Estado Depressivo

	Estado Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Práticas Socialização	-0,21*	-0,39**	-0,34**
Participação Doente	-0,15	-0,12	-0,16
Comunicação com Exterior	0,07	-0,19	-0,04

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

Nas Tabelas 5.1 e 5.2 observa-se que apenas as Práticas de Socialização apresentam correlações significativas e negativas com a Depressão. As correlações mais robustas verificam-se em relação ao Estado Depressivo  $r(130) = -0,34, p < 0,01$  e à Eutímia Estado  $r(131) = -0,39, p < 0,01$ . A Participação do Doente e a Comunicação com o Exterior não apresentam valores significativos com nenhuma das subescalas do Questionário Estado-Traço Depressivo.

**Tabela 6.1.** Correlação entre Alimentação, Limpeza, Instalações da Enfermaria e Ruídos com a subescala Traço Depressivo

	Traço Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Alimentação	-0,13	-0,15	-0,16
Limpeza	-0,05	-0,19*	-0,13
Instalações Enfermaria	0,09	-0,01	0,05
Ruídos	-0,12	-0,14	-0,16

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

**Tabela 6.2.** Correlação entre Alimentação, Limpeza, Instalações da Enfermaria e Ruídos com a subescala Estado Depressivo

	Estado Depressivo		
	Distímia	Eutímia	Total
Alimentação	-0,20*	-0,18*	-0,21*
Limpeza	-0,21*	-0,21*	-0,24**
Instalações Enfermaria	-0,04	-0,23*	-0,14
Ruídos	-0,21**	-0,28**	-0,27**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*Correlação significativa para  $p < 0,05$

Nas Tabelas 6.1 e 6.2 são apresentados os valores das dimensões da satisfação do doente que se ligam à organização e manutenção da enfermaria (alimentação, limpeza, instalações da enfermaria e ruídos). Da observação das referidas Tabelas verifica-se que a Limpeza e os Ruídos apresentam valores significativos e negativos com o Estado Depressivo. A limpeza apresenta  $r(115) = -0,24, p < 0,01$  com o Estado Depressivo e os Ruídos apresentam a correlação mais

forte com a Eutimia Estado  $r(140)=-0,28, p<0,01$  e a mais fraca com a Distimia Estado  $r(140)=-0,21, p<0,01$ .

Após a descrição dos resultados, ressalta o facto de apenas a Informação de Enfermagem apresentar valores significativos para todas as dimensões da subescala Traço Depressivo. A compreensão da Doença, Processo de Cuidar e Bem Estar Psicológico apresentam também valores significativos na subescala Traço Depressivo em determinadas dimensões. As restantes dimensões da satisfação apresentam valores significativos com a subescala Estado Depressivo à excepção de questões ligadas à alimentação e instalações da enfermaria.

#### *Definição dos componentes da satisfação associados a Médicos e Enfermeiros*

Um dos objectivos deste estudo é o de conhecer as dimensões da satisfação que mais se associam com o desempenho da actividade médica e de enfermagem. Desta forma e utilizando-se a Informação Médica e a Informação de Enfermagem, calculou-se o coeficiente de Pearson destes dois componentes com os restantes doze do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados (HPSI).

**Tabela 7.1.** Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem entre si e as Atitudes do Pessoal Técnico e Auxiliar

	Informação Médica	Informação Enfermagem	Atitudes Pessoal Técnico	Atitudes Pessoal Auxiliar
Informação Médica		0,30**	-0,25**	0,38
Informação Enfermagem	0,30**		-0,12	0,49**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

**Tabela 7.2.** Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem e a Compreensão da Doença, Processo de cuidar e Bem Estar Psicológico

	Compreensão Doença	Processo Cuidar	Bem Estar Psicológico
Informação Médica	0,44**	0,32**	0,32**
Informação Enfermagem	0,40**	0,59**	0,28**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

**Tabela 7.3.** Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem e as Práticas de Socialização e Participação do Doente

	Práticas Socialização	Participação Doente
Informação Médica	0,37**	0,47**
Informação Enfermagem	0,56**	0,24**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

**Tabela 7.4.** Correlação entre a Informação Médica e Informação de Enfermagem e Alimentação, Limpeza e Ruídos

	Alimentação	Limpeza	Ruídos
Informação Médica	0,12	0,08	0,20
Informação Enfermagem	0,40**	0,33**	0,36**

\*\*Correlação significativa para  $p < 0,01$

Com base nas Tabelas verifica-se que a Informação Médica está relacionada significativa e positivamente com a Informação de Enfermagem, Compreensão da Doença, Processo de Cuidar, Bem estar Psicológico, Práticas de Socialização e Participação do Doente. Correlaciona-se significativa e negativamente com as Atitudes do Pessoal Técnico, sendo com esta dimensão o valor mais fraco  $r(126) = -0,25, p < 0,01$  e a correlação mais forte com a Participação do Doente  $r(127) = 0,47, p < 0,01$ .

Verifica-se que a Informação de Enfermagem apresenta mais valores significativos do que a Informação Médica. Não se correlaciona com as Atitudes do Pessoal Técnico, mas sim com as Atitudes do Pessoal Auxiliar  $r(28) = 0,49, p < 0,01$ . Tal como a Informação Médica, a Informação de Enfermagem correlaciona-se positiva e significativamente com a Compreensão da Doença, Bem Estar Psicológico e Participação do Doente mas as correlações são mais baixas do que para a Informação Médica. No entanto apresenta valores superiores à Informação Médica no Processo de Cuidar  $r(140) = 0,59, p < 0,01$  e nas Práticas de Socialização  $r(129) =$

0,56,  $p < 0,01$ . Correlaciona-se ainda significativamente com a Alimentação  $r(127)=0,40, p < 0,01$ , Limpeza  $r(111)=0,33, p < 0,01$  e Ruídos  $r(138)=0,36, p < 0,01$ .

*Dimensões da Satisfação do doente que exercem influência na Depressão Estado*

Com o intuito de se conhecer as dimensões da satisfação do doente hospitalizado que podem explicar a Depressão Estado, procedeu-se ao cálculo de uma análise de regressão *stepwise*. Definiu-se como variáveis dependentes a Depressão Estado, Distímia Estado e Eutímia Estado e como variáveis independentes as catorze dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados (Informação Médica, Informação de Enfermagem, Atitudes do Pessoal Técnico, Alimentação, Limpeza, Instalações da Enfermaria, Atitudes do Pessoal Auxiliar, Compreensão da Doença, Processo de Cuidar, Bem Estar Psicológico, Ruídos, Práticas de Socialização, Participação dos Doentes, Comunicação com o Exterior).

Nas Tabelas 8.1, 8.2 e 8.3 são apresentados os resultados das análises de regressão efectuadas para cada uma das variáveis dependentes.

**Tabela 8.1. Análise de Regressão - Depressão Estado**

VD	Passo	VI	R2	Beta
Depressão Estado	1	IM	0,64	-0,71**
	2	BEP	0,15	-0,41**
Variância Explicada			79%	

\*\*p<0,01  
(IM Informação Médica; BEP Bem Estar Psicológico)

**Tabela 8.2. Análise de Regressão - Distímia Estado**

VD	Passo	VI	R2	Beta
Distímia Estado	1	IM	0,59	-0,79**
Variância Explicada			59%	

\*\*p<0,01  
(IM Informação Médica)

**Tabela 8.3. Análise de Regressão - Eutímia Estado**

VD	Passo	VI	R2	Beta
Eutímia Estado	1	IM	0,41	-0,67**
	2	IE	0,27	-0,53**
	3	PS	0,13	0,56**
Variância Explicada			81%	

\*\*p<0,01  
(IM Informação Médica; IE Informação Enfermagem; PS Práticas Socialização)

Da observação das Tabelas referentes à análise de regressão ressalta a presença, em primeiro lugar, da Informação Médica nas três situações, parecendo indicar que

trata de uma dimensão da satisfação com grande influência no estado depressivo do indivíduo, sendo ainda a única variável que explica a Distímia Estado (59%). Das três análises de regressão calculadas, a referente à Eutímia Estado é a que apresenta o maior número de dimensões da satisfação com papel preditor na depressão estado do doente.

#### *Diferenças no nível de satisfação entre Sexos e Idade*

No presente estudo definiu-se como um dos objectivos a replicação de resultados de estudos anteriores que demonstraram ser os homens os mais satisfeitos. A partir da variável sexo e das catorze dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados, procedeu-se ao cálculo do Teste *t-student* para amostras independentes, cujos resultados significativos são apresentados na Tabela 9.1.

**Tabela 9.1.** Diferenças na satisfação segundo o sexo

	Sexo		P
	Masculino	Feminino	
Compreensão Doença	3,93	3,59	<0,01
Informação Enfermagem	3,80	3,27	<0,001

Da leitura da Tabela 9.1 verifica-se que os elementos do sexo masculino apresentam valores mais elevados nas duas únicas dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes

Hospitalizados onde se registaram diferenças significativas entre sexos.

Relativamente à idade, os resultados de trabalhos anteriores realizados neste âmbito, revelaram ser os indivíduos mais velhos os mais satisfeitos. Assim, com o intuito de se verificar estes resultados na amostra do presente estudo calculou-se o valor da Mediana da idade (56,0 anos) com o propósito de se constituir o grupo dos mais novos (menos de 56 anos) e o grupo dos mais velhos (mais de 56 anos). A seguir procedeu-se ao cálculo do Teste *t-student* para amostras independentes, sendo os resultados apresentados na Tabela 9.2.

**Tabela 9.2.** Diferenças na satisfação segundo a Idade

	Idade		<i>p</i>
	Mais Novos	Mais Velhos	
Bem Estar Psicológico	2,80	2,83	<0,02
Comunicação Exterior	2,90	2,98	<0,01

Das catorze dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados, apenas foram encontradas duas diferenças significativas; através da leitura da tabela 9.2 essas diferenças registam-se na dimensão Bem Estar Psicológico e Comunicação com o Exterior sendo o grupo dos mais velhos a obter resultados mais elevados.

## Discussão

Com a realização desta investigação propusemo-nos estudar a relação entre a satisfação com os cuidados de saúde do indivíduo hospitalizado em virtude de uma doença física e a depressão. Para responder a esta questão, orientou-nos os seguintes objectivos: a) confirmar a estrutura do Questionário Estado - Traço Depressivo de Spielberger na amostra utilizada; b) determinar as dimensões da satisfação que mais se relacionam e que podem explicar a depressão; c) perceber quais as tarefas que nesta amostra são atribuídas aos técnicos de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros ; d) replicar os resultados de trabalhos anteriores que defendem que maiores níveis de satisfação são encontrados em indivíduos mais velhos e do sexo masculino.

Sumariamente, podemos afirmar que relativamente ao Questionário Estado - Traço Depressivo, os resultados confirmam a estrutura original do instrumento na amostra utilizada, definida pelo autor na população americana. Os resultados encontrados demonstram a existência de uma relação inversa entre a satisfação do doente e a depressão, nomeadamente a depressão estado. Os valores de correlação encontrados entre as catorze dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados, através do qual a variável satisfação foi operacionalizada, tendem no geral a ser mais robustas na subescala Estado Depressivo do que na subescala Traço Depressivo. A Informação de Enfermagem foi, da totalidade das catorze dimensões da satisfação, a

única a se correlacionar significativamente com todas as dimensões das subescalas Estado Depressivo e Traço Depressivo. Os valores encontrados nas análises de regressão calculadas para a subescala Estado Depressivo, evidenciaram que o nível de satisfação do doente pode ser um importante preditor da depressão em situação de hospitalização, nomeadamente na depressão estado, sendo a principal variável independente, a Informação Médica.

Na definição dos componentes da satisfação que mais se correlacionam com os técnicos de saúde, designadamente médicos e enfermeiros, registaram-se algumas diferenças; quando comparadas, verifica-se que a Informação de Enfermagem se relaciona com um maior número de dimensões do Inventário de Satisfação de Doentes Hospitalizados do que a Informação Médica. No entanto, em determinadas dimensões, como por exemplo, Compreensão da Doença, Bem Estar Psicológico e Participação do Doente, e apesar de se correlacionarem com ambas as dimensões - Informação Médica e Informação de Enfermagem - foram encontrados valores mais fortes entre estas dimensões e a Informação Médica. Destaca-se ainda o facto de determinadas dimensões, como por exemplo Limpeza, Alimentação e Ruído se correlacionarem exclusivamente com a Informação de Enfermagem. A única correlação negativa registada ocorreu entre a Informação Médica e as Atitudes do Pessoal Técnico.

Relativamente às diferenças no nível de satisfação entre sexos e em função da idade, não se revelaram

estatisticamente significativos para se assumirem como preditores da satisfação do doente.

A partir da revisão bibliográfica e do facto de se admitir que a satisfação do doente e a depressão se encontram relacionadas entre si (Wyshak & Barsky, 1995), a primeira conclusão a reter do presente estudo é a confirmação da relação entre as variáveis satisfação e depressão. Os resultados encontrados permitem concluir que esta relação se caracteriza por dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito ao sentido negativo desta relação, mostrando que maiores níveis de satisfação estão associados a menores níveis de depressão e vice-versa. O segundo aspecto prende-se com o facto da satisfação do doente hospitalizado estar mais relacionada com a depressão estado do que com a depressão traço. O facto das correlações mais fortes dos componentes da satisfação terem sido registadas na subescala Estado Depressivo leva-nos a pensar que são mais influentes no estado depressivo do que no traço depressivo. Este resultado permite-nos supor um sentido na correlação. Mais do que serem os doentes com tendência para a depressão (depressão - traço) que vão desencadear atitudes negativas em relação à forma como são cuidados, parece ser o tratamento (por exemplo, a falta de informação médica e informação de enfermagem sobre a doença) que leva à depressão, estando a análise de regressão de acordo com esta interpretação. Este é um resultado que está de acordo com alguns trabalhos realizados no âmbito do doente hospitalizado. O trabalho realizado por Coyne et al (1994),

evidenciou que as perturbações depressivas têm uma prevalência elevada em indivíduos com doença física mas que na maioria dos casos se caracteriza por estados depressivos. Também Ormel et al (1990), ao preconizar a existência de quadros depressivos cujas manifestações se caracterizam por estados moderados suportam os resultados deste trabalho. A Informação Médica, Informação de Enfermagem, Compreensão da Doença, Processo de Cuidar, Bem Estar Psicológico, Práticas de Socialização, Limpeza e Ruídos são as dimensões da satisfação que se relacionam de maneira mais consistente com a depressão estado. O facto de nem todas as dimensões da satisfação se encontrarem relacionadas com a depressão estado pode ser um indicador de que apesar da satisfação se tratar de um construto multidimensional, o doente é capaz de fazer uma avaliação de cada um deles (Kane et al., 1990), sendo possível identificar as que mais se relacionam com o estado depressivo.

Para além de nos confirmar a existência da relação entre a satisfação e a depressão, os resultados deste estudo permitem-nos concluir também que quando conceptualizada como variável independente, a satisfação (determinadas dimensões) pode ser um importante preditor da depressão estado do indivíduo hospitalizado. O resultado obtido na análise de regressão relativa à Eutima Estado parece-nos ser o mais relevante na medida em que é nesta dimensão da subescala Estado Depressivo que o valor da

variância explicada é mais expressivo (81%). Este valor pode ser explicado pelo facto de conter como duas das três variáveis independentes, a Informação Médica e a Informação de Enfermagem, ou seja, aspectos fundamentais para o nível de satisfação dos doentes (Inui e Carter, 1985). A posição de relevo das duas dimensões de informação no estado depressivo do doente pode ser explicado através das atribuições que o doente faz quanto às funções dos médicos e dos enfermeiros. Os valores de correlação encontrados permitem-nos concluir que existem diferenças entre os dois grupos de profissionais de saúde relativamente às tarefas que devem desempenhar.

Com os médicos, relacionam-se de maneira mais consistente (são valores mais fortes do que os registados nos enfermeiros) a Compreensão da Doença, Bem Estar Psicológico e a Participação do Doente. Estes dados parecem indicar que as questões ligadas à informação sobre a situação clínica tende a estar mais conotada e a assumir-se como sendo uma função principal do médico, contribuindo decisivamente para o bem estar psicológico do doente e ocupando um papel de relevo na satisfação. Parece-nos pertinente destacar o facto da Informação Médica se apresentar correlacionada negativa e significativamente com as Atitudes do Pessoal Técnico. Sendo esta a dimensão da satisfação que avalia as atitudes positivas destes profissionais, será que a cordialidade e a simpatia do Pessoal Técnico uma forma de compensar a informação? Neste caso parece mais importante a informação adequada do que

aspectos ligados à cordialidade e simpatia (segundo a análise de regressão). Se nos reportarmos ao modelo da Discrepância (Fox e Storms, 1981), podemos compreender este facto uma vez que as condições da prestação dos cuidados de saúde parecem não corresponder às orientações do doente.

Relativamente aos enfermeiros, os resultados apontam para que estes técnicos de saúde sejam os responsáveis pelos cuidados de saúde prestados enquanto o indivíduo permanecer numa situação em hospitalização. Por terem sido encontrados valores significativos entre a Informação de Enfermagem e as dimensões Limpeza, Alimentação, Ruídos e Atitudes do Pessoal Auxiliar (profissionais cujas actividades contribuem para a recuperação do doente como por exemplo, Fisioterapeutas e Técnicos de Raio X) leva-nos a concluir que o enfermeiro é conotado com a manutenção e gestão da enfermaria, cuidados diários do doente e ainda um coordenador dos restantes profissionais do hospital. Para além destas importantes tarefas, a Informação de Enfermagem apresenta-se ainda relacionada (apresentando valores mais fortes do que a Informação Médica) com o Processo de cuidar, isto é, a forma de como o tratamento está a ser realizado e as Práticas de Socialização. Os resultados do presente estudo parecem indicar que os doentes que constituem a amostra, atribuem às competências do médico, as questões mais globais do cuidado médico, como a explicação da doença e tratamento, e ao enfermeiro os aspectos mais relacionados com o processo dos cuidados diários, manutenção do bom funcionamento da enfermaria, não

descurando porém o facto destes técnicos de saúde assumirem também um papel, embora menos relevante, na Compreensão da Doença, Bem estar Psicológico e Participação do Doente.

Julgamos ser a partir do que foi exposto que reside a explicação para as dimensões Informação Médica e Informação de Enfermagem assumirem o papel de variáveis independentes com maior relevo em termos de predição do estado depressivo do doente. Perante a situação de doença física e internamento, ou seja, um acontecimento de vida stressante e negativo (Paykel, 1994), o doente transporta consigo uma série de características que dizem respeito não apenas a variáveis demográficas, mas também a expectativas que foi formando e desenvolvendo ainda antes da hospitalização a partir de anteriores encontros médicos ou a partir de experiências de conhecidos. De acordo com Kravitz (1996), o doente tem expectativas que dizem respeito a crenças sobre futuros acontecimentos médicos relativas ao processo de cuidar muito concretamente à troca de informação e procedimentos terapêuticos. Todas as expectativas do doente parecem ter como alicerce a comunicação entre o técnico e o doente e a informação fornecida pelo profissional de saúde. Quando, quer por motivos inerentes às características do técnico de saúde, quer por motivos inerentes à própria organização dos cuidados de saúde, o nível de informação não corresponde às expectativas do doente, deixam de existir as condições adequadas para que o doente compreenda a sua situação clínica, se sinta bem do ponto de vista psicológico, ou activo relativamente à participação que

possa ter na sua recuperação física. O indivíduo doente, com a pouca informação de que dispõe fica numa posição de fragilidade e de total perda de controlo face a acontecimentos futuros. A falta de informação, leva-o a desconhecer o tempo que irá permanecer numa situação na qual, por motivos de saúde, fica limitado no desenrolar da sua vida normal. Nestas condições, a avaliação que doente faz da sua situação e muito concretamente dos cuidados de saúde que recebe, tende a não ser a mais favorável, na medida em que os resultados que perspectivou relativamente à sua recuperação são pouco prováveis de acontecer. Se a este facto acrescentarmos ainda a impotência do doente ao sentir que nada poderá fazer para reverter a situação, facilmente se compreende que o indivíduo se encontra numa situação de grande vulnerabilidade para desencadear sintomas depressivos enquanto permanecer naquela situação (Abramson et al., 1998).

Parece-nos ser pouco credível afirmar que a satisfação do doente se deve às características demográficas da amostra. As investigações anteriores (Hall & Dornan, 1990; Williams e Calnan, 1991), têm evidenciado que a satisfação pode ser influenciada pela idade, nomeadamente, serem os indivíduos mais velhos a sentirem-se mais satisfeitos. As diferenças encontradas no presente estudo parecem-nos ser pouco expressivas uma vez que em catorze dimensões da satisfação só se registam diferenças significativas em duas delas. Relativamente aos sexos, os resultados encontrados

contradizem a posição de Khayat e Salter (1994), ao afirmarem que os indivíduos do sexo masculino evidenciam maiores níveis de satisfação do que os do sexo feminino. Os resultados neste âmbito, parecem-nos, tal como para a variável idade pouco robustos. Também nesta variável se registam diferenças apenas para duas das catorze dimensões do Inventário de Satisfação de doentes Hospitalizados. A não replicação dos resultados de estudos anteriores pode encontrar explicação na possibilidade das características da amostra e da instituição deste estudo diferirem das mostras e instituições utilizadas (Like e Zyzanski, 1987).

Interessa considerar ainda dois aspectos que nos parecem interessantes. O primeiro relaciona-se com o instrumento utilizado para avaliar a depressão - Questionário Estado - Traço Depressivo. Na medida em que se trata de um instrumento não validado para a população portuguesa, procedemos ao cálculo dos coeficientes de Consistência Interna e aos valores de correlação entre as diferentes dimensões. No geral, e embora tenham sido encontrados valores de Consistência Interna inferiores aos registados pelo autor no estudo original, os resultados deste estudo, parecem indicar tratar-se de um instrumento com aplicabilidade na população portuguesa. Os valores de correlação entre as diferentes dimensões, confirmaram a estrutura original do instrumento proposta pelo autor; as correlações mais elevadas foram obtidas entre as dimensões (Distímia e Eutímia) de cada subescala (Estado Depressivo e Traço Depressivo). O segundo aspecto prende-se com o facto

da dimensão Informação de Enfermagem exercer influência na depressão estado e traço. Esta dupla influencia pode decorrer do facto de serem estes profissionais de saúde os que dedicam mais tempo ao doente em virtude de serem responsáveis por um leque mais vasto de prestação de cuidados médicos. Provavelmente, o facto de passarem mais tempo nas instalações da enfermaria proporciona no doente a formação de expectativas relativamente à comunicação e informação da sua situação clínica na medida em que aparentam uma maior disponibilidade de tempo para exercer essa função.

Importa referir que o presente estudo apresenta algumas limitações e que, por esse motivo, as conclusões devem ser interpretadas levando em consideração as mesmas. As características do hospital onde foi recolhida a amostra podem contribuir para a dificuldade de generalização dos resultados. Os dezasseis serviços a partir dos quais a amostra foi recolhida, apresentam diferenças em termos de espaço físico (dimensão e condições da enfermaria), pessoal técnico e gravidade da situação clínica dos doentes. São variáveis que não foram controladas e que podem ter influenciado os resultados. A esta limitação acresce-se-lhe ainda a dificuldade inerente a toda a investigação neste âmbito e que diz respeito à desejabilidade social e à questão do reconhecimento e agradecimento sentido pelos doentes face aos técnicos de saúde. Se retomarmos o facto de que na instituição hospitalar existem doentes em situações clínicas que diferem em termos de gravidade, a

questão do reconhecimento e agradecimento pode colocar-se mais acentuadamente, podendo alterar os níveis de satisfação do doente.

Apesar das limitações pensamos que o presente trabalho vem fornecer um importante contributo para a Psicologia da Saúde em Portugal. Ao remetermos a questão principal para a relação entre a satisfação do doente hospitalizado e a depressão, orientámos o estudo para o âmbito da Psicologia afastando-nos, sem no entanto nos dissociarmos, do estudo e compreensão da satisfação segundo uma perspectiva de gestão e qualidade hospitalar. A partir dos resultados encontrados, para além de ficar explícita o sentido da relação entre a satisfação e depressão, acresce ainda o facto do estado depressivo do indivíduo com doença física não encontrar como única explicação o estado de doença. Embora a origem do seu estado depressivo possa estar no facto real de ter uma doença, para a situação de depressão concorrem outros aspectos como o nível de satisfação com os cuidados de saúde que recebe no hospital. Do presente estudo, resulta reforçado o papel e a intervenção do Psicólogo da Saúde nestes contextos, nomeadamente, na instituição hospitalar. Ao ficar definido que a depressão do indivíduo pode encontrar a explicação no nível de satisfação e que esta, por sua vez pode ser explicada em larga escala a partir da informação relativa à situação clínica do doente, compreende-se facilmente que o Psicólogo, como técnico da comunicação, tem um papel activo

neste domínio, devendo por isso ocupar um lugar nas equipas de profissionais da saúde.

Tendo este estudo contribuído para o preenchimento de uma lacuna - estudo da satisfação no domínio da Psicologia - deve ser percebido como um ponto de partida para futuras investigações nesta área tendo especial interesse a influência que a percepção de doença e o reconhecimento do doente face aos técnicos de saúde pode desempenhar na satisfação do doente hospitalizado.

## Referências Bibliográficas

Abramowitz, S.; Cote, A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach, Quality Review Bulletin, 13, 122-130

Abramson, L., Alloy, L., & Metalsky, G. (1998). The cognitive diathesis-stress theories of depression: toward an adequate evaluation of the theories' valities. In L. Alloy (Ed.), Cognitive Processes in Depression, Guilford Press, New York

Abramson, L., Seligman M., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation, Journal of Abnormal Psychology, 87, 49-74

Alloy, L., Hartlage, S., & Abramson, L. (1998). Testing the cognitive diathesis-stress theories of depression: issues of research design, conceptualization, and assessment. In L. Alloy (Ed.), Cognitive Processes in Depression, Guilford Press, New York

Amstrong, D. (1991). What do patients want?, British Medical Journal, 303, 261-266

Anderson, L., & Zimmerman, M. (1993). Patient and Phisician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management, Patient Education and Counseling, 20, 27-36

Appels, A. (1990). Mental precursors of myocardial infaction, British Journal Psychiatry, 156, 465-471

Blazer, D., Kessler, R., McGongle, K, & Swartz, M. (1994). The prevalence and distribution of depression in a

national community sample, American Journal of Psychiatry,  
151, 979-986

Brannon, L. (1992). Receiving health care. In L. Brannon, (Ed.), Health Psychology, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California

Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care, Social Science and Medicine, 27, 927-933

Clark, D., Cook, A., & Snow, D. (1998). Depressive symptom differences in hospitalized, medically ill, depressed psychiatric inpatients and nonmedical controls, Journal of Abnormal Psychology, 107, 38-48

Cleary, P., & McNeil, B. (1988). Patient Satisfaction as an Indicator of Quality of Care, Inquiry, 25, 25-36

Coyne, J., Klinkman, M., Gallo, S., & Schwenk, T. (1997). Short-term outcomes of detected and undetected depressed primary care patients, and depressed psychiatric patients, General Hospital Psychiatry, 19, 333-343

Coyne, J., Schwenk, M., & Fechner-Bates, S. (1995). Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered, General Hospital Psychiatry, 17, 3-12

Coyne, J., Fechner-Bates, S., & Schwenk, M. (1994). Prevalence, Nature and comorbidity of depressive disorders in primary care, General Hospital Psychiatry, 16, 267-276

Crum, R., Cooper-Patrick, L., & Fond, D. (1994). Depressive symptoms among general medical patients: prevalence and one-year outcome, Psychosomatic Medicine, 56, 109-117

Donabedian, A. (1984). Volume, Quality and the regionalization of Health Care Services, Medical Care, 22, 95-97

Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessments, Health Administration Press, Ann Arbor, M.I.

Eisenberg, J., & Kabacoff, A. (1988). Organized Practice and the Quality of Medical Care, Inquiry, 25, 25-36

Fernsler, J.I., & Cannon, C.A. (1991). The Whys of Patient Education, Seminars in Oncology Nursing, 7, 79-86

Fitzpatrick, R. (1984). The Experience of Illness, Tavistock, London

Fox, J., & Storms, D. (1981). A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, Social Science and Medicine, 15, 557-564

Hall, J., Milburn, M., Roter, D., & Daltroy, L. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Test of two explanatory models, Health Psychology, 17, 70-75

Hall, J., Milburn, M., & Epstein, A. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care, Medical Care, 31, 84-94

Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1990). Patient Sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis, Social Science and Medicine, 30, 811-818

Hall, J.; Roter, D., & Katz, N. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters, Medical Care, 26, 657-675

Hardy, G., West, M., & Hill, F. (1996). Components and predictors of patient satisfaction, British Journal of Health Psychology, 1, 65-85

Hawton, K., Mayou, R., & Feldman, E. (1990). Significance of psychiatric symptoms in general medical patients with mood disorders, General Hospital Psychiatry, 12, 296-302

Inui, T., & Carter, W. (1985). Problems and prospects for health services research on provider patient communication, Medical Care, 23, 521-538

Kane, R., Maciejewski, M., & Finch, M. (1997). The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes, Medical Care, 35, 714-730

Kaplan, S., Ware, J., & Greenfield, S. (1989). Assessing the Effects of Physician-Patient Interactions on the outcomes of Chronic Disease, Medical Care, 27, Supplement, 110-127

Khayat, K., & Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for a general practices, British Journal of General Practice, 44, 215-219

Kravitz, R. (1996). Patients Expectations for Medical Care: An Expanded formulation based on Review of the Literature, Medical Care Research and Review, 53, 3-27

Lewis, J. (1994). Patient views on quality in general practice: Literature review, Social Science and Medicine, 39, 655-670

Like, R., & Zyzanski, S. (1987). Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants, Social Science and Medicine, 24, 351-357

Lipowski, Z. (1990). Somatization and Depression, Psychosomatics, 31, 13-21

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction, Social Science and Medicine, 16, 577-582

Matthews, K. (1982). Psychological perspectives on the type A behavior pattern, Psychological Bulletin, 91, 293-323

McIver, S. (1991). Obtaining the Views of Outpatients, King's Fund., London

Nunes, R. (1997). Componentes e Preditores da Satisfação dos Doentes Internados, Gabinete do Coordenador dos Hospitais Cíveis de Lisboa, Lisboa

Ohman, A.; Sundin, O. (1995). Emotional Factors in cardiovascular disorder, Current Opinion in Psychiatry, 8, 110-113

Ormel, J., & Tiemens, B. (1995). Recognition and treatment on mental illness in primary care, General Hospital Psychiatry, 17, 160-164

Ormel, J., Brink, W., & Koeter, M. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow-up study, Psychological Medicine, 20, 909-923

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care, Evaluation and Program Planning, 6, 185-210

Paykel, E. (1994). Life events, social support and depression, Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl., 377, 50-58

Paykel, S., & Priest, R. (1992). Recognition and management of depression in general practice: consensus statement, British Medical Journal, 305, 1198-1202

Redfern, S.J., & Norman I.J. (1990). Measuring the Quality of Nursing Care: a consideration of different approaches, Journal of Advanced Nursing, 15, 1260-1271

Robbins, J., Kirkmayer, L., Cathebras, P., Yaff, M., & Dworkind, M. (1994). Physician characteristics and the recognition of depression and anxiety in primary care, Medical Care, 32, 795-812

Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, Nursing Research, 24, 45-52

Rubin, H. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? Medical Care Review, 47, 267-326

Santos, M. (1993). Avaliação da qualidade na perspectiva do utente - importância dos aspectos não técnicos da prestação, Revista Portuguesa de Saúde Pública, 11, 29-45

Schwenk, T., Coyne, J., & Fechner-Bates, S. (1996). Differences between detected and undetected depressed patients in primary care and depressed psychiatric patients, General Hospital Psychiatry, 18, 407-415

Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: a review of issues and concepts, Social Science and Medicine, 45, 1829-1843

Strasser, S., Aharomy, L., & Greenberger, D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model, Medical Care Review, 50, 219-248

Taylor, S. (1979). Hospital patient behavior: reactance, helplessness or control?, Journal of Social Issues, 35, 156-184

Trindade, I. (1996). O psicólogo como facilitador da comunicação nos serviços de saúde, Análise Psicológica, 2/3, série XIV, 363-366

Ware, J., & Hays, R.D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters, Medical Care, 26, 393-402

Ware, J., Snyder, M.K., Wright, R., & Davis, A. (1983). Defining and Measuring patient satisfaction with medical care, Evaluation and Program Planning, 6, 247-267

Wensing, M., Grol, R., & Smits, A. (1994). Quality Judgements by Patients on General Practice Care: a literature analysis, Social Science and Medicine, 38, 45-53

Williams, B. (1994). Patient Satisfaction: a valid concept?, Social Science and Medicine, 38, 509-516

Williams, S., & Calnan, M. (1991). Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings, Social Science and Medicine, 33, 707-716

Williams, J. (1994). Neurobiology, cellular and molecular biology and psychosomatic medicine, Psychosomatic Medicine, 56, 308-315

Wyshak, G, & Barsky, A. (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression, General Hospital Psychiatry, 17, 108-114

Wyszewianski, L. (1988). Quality of Care: past achievements and future challenges, Inquiry, 25,13-22

# ANEXO

"O objectivo deste inquérito é de descobrir como os doentes vêm os hospitais. Quando responder tenha em atenção a sua experiência e exprima o que pensa.

Não se esqueça de responder a todas as questões que são colocadas. Lembre-se que não existem boas ou más respostas; é somente a sua opinião que nos interessa conhecer.

Os dados deste inquérito são anónimos e confidenciais. Siga as instruções que são fornecidas em cada folha cuidadosamente."

IDADE \_\_\_\_\_

SEXO  masculino

feminino

ESTADO CIVIL  solteiro(a)

casado(a)

divorciado(a)

viuvo(a)

TEM FILHOS  não

sim quantos? \_\_\_\_\_

## INSTRUÇÕES

Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever o que as pessoas sentem e pensam sobre os hospitais. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo que melhor indica o que pensa e sente neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase; responda de modo a descrever o melhor possível o que pensa.

MUITO MAU	MAU	NEM BOM NEM MAU	BOM	MUITO BOM
-----------	-----	-----------------	-----	-----------

### *No global, o que pensa do hospital?*

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Eu estou satisfeito com o tratamento que me fizeram no hospital ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Eu estou satisfeito com a qualidade dos cuidados médicos .....        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Eu estou satisfeito com a qualidade dos cuidados de enfermagem .....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Eu estou satisfeito com a forma como o hospital está organizado ..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

### *Quando chegou ao hospital... (coloque a cruz, apenas num dos quadrados)*

5. A sua admissão foi pela
- urgência
  - consulta
6. Como é que classifica a informação dada, pelo hospital, antes de ser internado
- inexistente
  - pouca
  - suficiente
7. Foi fácil encontrar o caminho para a enfermaria?
- muito difícil
  - difícil
  - fácil
  - muito fácil
8. Aquando da recepção, foram rápidos e ajudaram-no?
- sim
  - não
9. O que é que pensa da decoração
- monótona
  - agradável e atractiva
10. O pessoal da enfermaria, apresentou-se e cumprimentou-o
- ninguém fez isso
  - poucos fizeram isso
  - a maioria fez isso
  - todos fizeram isso

1. Em que medida é que as rotinas e os procedimentos da enfermaria foram-lhe explicados

- não foram explicadas
- explicaram muito pouca coisa
- explicaram a maioria das coisas
- foram todas explicadas

2. Mostraram-lhe a enfermaria, nomeadamente as casas de banho e o refeitório

- sim
- não

3. Quando é que teve ocasião de falar com o seu médico sobre a sua doença

- passaram mais de 2 dias depois de estar internado
- entre 1 a 2 dias depois de estar internado
- no próprio dia
- imediatamente

4. O pessoal apresentou-lhe os doentes do seu quarto

- sim
- não

5. Encontrou dificuldades em se adaptar à rotina da enfermaria

- sim
- não

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

6. As enfermeiras ajudaram-me a

compreender a minha doença ..... 1            2            3            4            5

7. As enfermeiras deram-me informações

sobre os tratamentos que faziam e porquê ..... 1            2            3            4            5

8. As enfermeiras mantêm-me informado sobre

os meus progressos ..... 1            2            3            4            5

9. As enfermeiras dão-me muita atenção para

falarem comigo do meu tratamento ..... 1            2            3            4            5

10. As enfermeiras explicam-me os medicamentos

que tomo e porquê ..... 1            2            3            4            5

11. As enfermeiras estão disponíveis para me

ajudarem quando é preciso ..... 1            2            3            4            5

a atitude da enfermeira é... (coloque a cruz nas afirmações que melhor descrevem a enfermeira, pode seleccionar mais do que

uma opção)

- 2.  Amigável
- 3.  Prestável
- 4.  Calorosa
- 5.  Fria
- 6.  Educada
- 7.  Preocupada
- 8.  Rude
- 9.  Profissional
- 10.  Apressada
- 1.  Carinhosa

Assinale só uma opção)

2. Com que frequência fala com as enfermeiras

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

3. Com que frequência, as enfermeiras lhe perguntam a sua opinião sobre o seu tratamento

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NÃO CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

4. A minha doença foi-me explicada

inteiramente pelos médicos ..... 1                      2                      3                      4                      5

5. Os médicos explicaram-me, totalmente,

o tratamento que me estavam a fazer

e porquê ..... 1                      2                      3                      4                      5

6. Os médicos mantêm-me actualizado sobre

a evolução do meu tratamento ..... 1                      2                      3                      4                      5

7. Os médicos dão-me muita atenção para

falarem comigo do meu tratamento ..... 1                      2                      3                      4                      5

8. Os médicos explicam-me os medicamentos

que tomo e porquê ..... 1                      2                      3                      4                      5

9. Os médicos estão disponíveis para me

ajudarem quando é preciso ..... 1                      2                      3                      4                      5

A atitude do médico é...(coloque a cruz nas afirmações que melhor descrevem o médico, pode seleccionar mais do que uma opção)

- 0.  Amigável
- 1.  Prestável
- 2.  Calorosa
- 3.  Fria
- 4.  Educada
- 5.  Preocupada
- 6.  Rude
- 7.  Profissional
- 8.  Apressado
- 9.  Carinhosa

Assinale só uma opção)

10. Com que frequência fala com os médicos

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

11. Com que frequência, os médicos lhe perguntam a sua opinião sobre o seu tratamento

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

12. Sentiu muitas dores, enquanto esteve no hospital

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

13. Ajudaram-no a tratar a dor

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

14. Teve alguma coisa a dizer na forma como foi tratado no hospital

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

15. Em que medida é que as enfermeiras e os médicos lhe disseram as mesmas coisas sobre o seu tratamento

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

56. Que quantidade de informação é que recebeu sobre a sua doença e o tratamento

- nenhuma
- pouca
- bastante
- muita

57. Em que medida é que a informação, sobre o seu tratamento, foi clara para si

- nunca
- raramente
- frequentemente
- quase sempre

*Durante a sua estadia no hospital, entrou em contacto com vários profissionais. No geral, em que medida está satisfeito com a atitude dos...*

MUITO INSATISFEITO	1	2	3	4	MUITO SATISFEITO
-----------------------	---	---	---	---	---------------------

58. Porteiros .....	1	2	3	4	5
59. O pessoal que limpa as enfermarias .....	1	2	3	4	5
60. Fisioterapeutas .....	1	2	3	4	5
61. Departamento do raio-X .....	1	2	3	4	5
62. Auxiliares de acção médica .....	1	2	3	4	5
63. Assistentes sociais .....	1	2	3	4	5
64. O pessoal que retira sangue para análises .....	1	2	3	4	5
65. Visitadores, padre .....	1	2	3	4	5

Nós estamos interessados em saber se está confortável na sua enfermaria. Em baixo tem uma série de itens que podem tornar um hospital mais confortável. Como é que os classifica durante a sua estadia no hospital?

MUITO MAU	MAU	NEM BOM NEM MAU	BOM	MUITO BOM
-----------	-----	--------------------	-----	-----------

6. Temperatura da enfermaria .....	1	2	3	4	5
7. Mobiliário da enfermaria .....	1	2	3	4	5
8. Refeitório .....	1	2	3	4	5
9. Cama confortável .....	1	2	3	4	5
10. Rádio .....	1	2	3	4	5
11. TV .....	1	2	3	4	5
12. Acesso aos telefones .....	1	2	3	4	5
13. Correios .....	1	2	3	4	5
14. Jornais .....	1	2	3	4	5
15. Quantidade de barulho à noite .....	1	2	3	4	5
16. Quantidade de barulho durante o dia .....	1	2	3	4	5
17. Iluminação da enfermaria à noite .....	1	2	3	4	5
18. Limpeza da enfermaria .....	1	2	3	4	5
19. Limpeza dos duches .....	1	2	3	4	5
20. Limpeza dos sanitários .....	1	2	3	4	5
21. Proximidade das casas de banho da sua cama .....	1	2	3	4	5
22. Privacidade das casas de banho .....	1	2	3	4	5
23. Ter coisas para fazer .....	1	2	3	4	5
24. Privacidade na enfermaria .....	1	2	3	4	5
25. Escolha da alimentação .....	1	2	3	4	5
26. A forma como a alimentação é servida .....	1	2	3	4	5
27. O sabor da comida .....	1	2	3	4	5
28. O aquecimento da comida .....	1	2	3	4	5
29. A quantidade da comida .....	1	2	3	4	5
30. O actual sistema de visitas .....	1	2	3	4	5

31. Se existissem quartos privados, teria preferido?

sim

não

MUITO PIOR	PIOR	NEM PIOR NEM MELHOR	MELHOR	MUITO MELHOR
------------	------	------------------------	--------	-----------------

Desde que vim para o hospital

2. A minha saúde está .....	1	2	3	4	5
-----------------------------	---	---	---	---	---

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

93. Eu compreendo melhor a minha doença .....	1	2	3	4	5
94. Eu compreendo melhor como é que hei-de prevenir a minha doença .....	1	2	3	4	5
95. Eu compreendo melhor como é que hei-de manter a minha saúde .....	1	2	3	4	5

DISCORDO TOTALMENTE	DISCORDO	NEM CONCORDO NEM DISCORDO	CONCORDO	CONCORDO TOTALMENTE
------------------------	----------	------------------------------	----------	------------------------

96. Eu sinto-me ansioso e com medo, aqui no hospital .....	1	2	3	4	5
97. Eu sinto-me rodeado de pessoas carinhosas e amigas .....	1	2	3	4	5
98. Eu sinto-me só, no hospital .....	1	2	3	4	5
99. Eu sinto que não tenho controle do que me acontece .....	1	2	3	4	5
100. O pessoal ouve, atentamente, aquilo que digo .....	1	2	3	4	5

Em baixo tem uma série de afirmações que são utilizadas para descrever as pessoas. Leia cada indicação e coloque uma cruz sobre o algarismo apropriado, para indicar como você sente agora, neste momento. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada indicação mas dê a resposta que parece descrever melhor seus actuais sentimentos.

DE FORMA NENHUMA	UM POUCO	MODERAMENTE ASSIM	MUITO ASSIM
①	②	③	④

101. Eu sinto-me forte	①	②	③	④
102. Eu sinto-me neurasténico	①	②	③	④
103. Eu sinto-me saudável	①	②	③	④
104. Eu sinto-me desanimado	①	②	③	④
105. Eu sinto-me vivo	①	②	③	④
106. Eu sinto-me triste	①	②	③	④
107. Eu sinto-me seguro	①	②	③	④
108. Eu sinto-me melancólico	①	②	③	④
109. Eu sinto-me miserável	①	②	③	④
110. Eu sinto-me esperançado sobre o futuro	①	②	③	④

Em baixo tem uma série de afirmações que são utilizadas para descrever as pessoas. Leia cada indicação e coloque uma cruz sobre o algarismo apropriado, para indicar como você geralmente se sente. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste demasiado tempo em cada indicação mas dê a resposta que parece descrever melhor como geralmente se sente.

QUASE NUNCA	POR VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
①	②	③	④

- |                                |   |   |   |   |
|--------------------------------|---|---|---|---|
| 111. Eu sinto-me feliz         | ① | ② | ③ | ④ |
| 112. Eu sinto-me melancólico   | ① | ② | ③ | ④ |
| 113. Eu sinto-me incólume      | ① | ② | ③ | ④ |
| 114. Eu sinto-me triste        | ① | ② | ③ | ④ |
| 115. Eu sinto-me tranquilo     | ① | ② | ③ | ④ |
| 116. Eu sinto-me “em baixo”    | ① | ② | ③ | ④ |
| 117. Eu sinto-me deprimido     | ① | ② | ③ | ④ |
| 118. Eu sinto-me seguro        | ① | ② | ③ | ④ |
| 119. Eu sinto-me sem esperança | ① | ② | ③ | ④ |
| 120. Eu gosto da vida          | ① | ② | ③ | ④ |