

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

 **Atena**
Editora

Ano 2019

Inea Giovana Silva Arioli
(Organizadora)

Psicologia da Saúde: Teoria e Intervenção

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

P974 Psicologia da saúde: teoria e intervenção [recurso eletrônico] /
Organizadora Inea Giovana Silva Arioli. – Ponta Grossa (PR):
Atena Editora, 2019.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-7247-170-1

DOI 10.22533/at.ed.701191203

1. Psicologia clínica da saúde. I. Arioli, Inea Giovana Silva.

CDD 616.89

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

O presente livro se propõe a debater temas instigantes no campo da Psicologia da Saúde, uma área relativamente recente, desenvolvida principalmente a partir da década de 1970. Segundo Almeida e Malagris (2011¹) a Psicologia da Saúde configura-se na aplicação dos conhecimentos e das técnicas da Psicologia ao campo da saúde, com vistas a promoção e manutenção da saúde e a prevenção de doenças. No Brasil, com a ampliação do campo a partir das políticas públicas de saúde, aumentou o interesse dos profissionais e teóricos sobre essa área específica, trazendo consigo a necessidade de compreender o processo saúde/doença em uma dimensão psicossocial.

Existem divergências quanto à compreensão e conceituação da Psicologia da Saúde, que por sua vez traz consequências também para suas práticas, mas a importância de sua contribuição para o campo da Saúde é indubitável. Alves et al (2017²), afirmam que a compreensão dessa área deve ser de uma disciplina autônoma, mas essencialmente interdisciplinar, visto que se desenvolve sobre uma base multi e interdisciplinar, pois envolve saberes e práticas oriundas de outras disciplinas, como: a psicologia social e comunitária, a psicologia clínica, a saúde pública, a epidemiologia, a antropologia, a sociologia, a medicina, entre outras.

Várias temáticas importantes para o panorama atual no contexto da Psicologia da Saúde, tanto no Brasil como em Portugal, são abordadas neste livro, como: a dependência de álcool e outras drogas, a humanização da saúde, o autocuidado dos profissionais, o cuidado com o cuidador, estresse, qualidade de vida, saúde do idoso, saúde e gênero, entre outros. Os aspectos emocionais da Esclerose Múltipla, a Síndrome de Burnout e o Transtorno do Espectro Autista também são alvo de debate nessa obra, juntamente com temas importantes da Psicologia Clínica. Enfim, as próximas páginas propiciam a aproximação de vários debates atuais, que a seguir são apresentados em um pequeno guia para leitura.

O capítulo 01 debate um “Grupo de Acolhimento de Familiares em um Ambulatório de Dependência de Álcool e Outras Drogas: relato de experiência”. Destaca a contribuição da prática grupal na desconstrução das expectativas de “cura” dos familiares em relação à tarefa do Ambulatório e o deslocamento frequente da queixa sobre o outro (paciente) para reflexões sobre o próprio familiar no cotidiano do grupo.

“O estigma associado ao uso de drogas: etnografia a partir do trabalho de proximidade” (capítulo 02) relata uma experiência portuguesa de redução de danos, cujos resultados indicam transformações substanciais no que tange a adoção de práticas orientadas para a saúde. O estudo também explicita que as pessoas que usam drogas tendem a viver experiências de estigma em múltiplas esferas da sua existência e que a relação com as principais figuras de vinculação é marcada pelo

1 ALMEIDA, R.A.; MALAGRIS, L.E.N. A prática da Psicologia da Saúde. *Rev. SBPH* vol.14 n.2, Rio de Janeiro - Jul/Dez. 2011.

2 ALVES, R.; SANTOS, G.; FERREIRA, P.; COSTA, A.; COSTA, E. Atualidades sobre a Psicologia da Saúde e a Realidade Brasileira. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 18(2), 545-555. 2017.

sentimento de culpa.

Já o foco do capítulo 03 recai sobre “A humanização como fator de qualidade no internamento hospitalar”, na construção e validação do Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS), implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português. Os resultados obtidos nesse estudo indicam uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares e a qualidade dos internamentos e atesta que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

A saúde dos idosos é foco do debate no capítulo 04, que discute a “Dor crónica, ansiedade e depressão em doentes idosos”. O estudo, realizado na Unidade Multidisciplinar da Dor do Hospital Divino Espírito Santo (Açores, Portugal) teve como um dos objetivos analisar a relação entre dor, depressão e ansiedade e concluiu a existência de associação tanto entre dor e ansiedade como entre dor e depressão, explicitando que, tanto a ansiedade como a depressão interferem na disposição, relação com os outros e prazer de viver.

No capítulo 05, “A triagem psicológica: a qualidade da escuta e adesão ao tratamento”, o objetivo é discutir as expectativas relativas ao atendimento psicológico de inscitos em um serviço-escola de uma universidade, e de que maneira a compreensão dessas expectativas podem favorecer a adesão ao tratamento. A análise dos desdobramentos do processo de escuta e compreensão das expectativas dos sujeitos buscam revelar uma aproximação entre o que pode ser feito em psicoterapia e o que espera legitimamente o paciente em relação ao seu atendimento.

Em “Adaptação e validação da escala para avaliar as capacidades de autocuidado, para profissionais portugueses do contexto social” (capítulo 06) as autoras colocam em tela um tema de crescente importância: o estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout. Teóricos argumentam que os recursos psicológicos e sociais, incluindo o autocuidado, podem proteger os indivíduos das consequências negativas do estresse, indicando que a prática do autocuidado também configura-se em fator de proteção relacionado com Burnout.

“Imagem corporal positiva em estudantes do Ensino Superior”, capítulo 07 deste livro, configura-se em um estudo quantitativo de caráter exploratório que tem como objetivo analisar possíveis relações, diferenças e preditores entre as preocupações com a forma corporal, a imagem corporal positiva e as características sociodemográficas de estudantes universitários de várias instituições do Ensino Superior em Portugal.

Já o capítulo 08: “Aproximações entre Psicologia da Saúde e homossexualidade” se propõe discutir contribuições para a Psicologia da Saúde a partir da aproximação com a diversidade sexual, com foco na homossexualidade. A pesquisa debate quatro eixos temáticos que explicitam a maneira pela qual a Psicologia da Saúde pode apropriar-se de categorias como gênero, orientação sexual, diversidade sexual, para gerar aquilo que se propõe: saúde.

No capítulo 09 realiza-se uma revisão de literatura (2003 a 2017), com vistas

a compreender as “Alterações emocionais do cuidador frente ao câncer infantil”. O texto evidencia o sofrimento do cuidador, no que tange as incertezas, experiências dolorosas, alterações na dinâmica familiar e social e medo da perda. Aponta para a importância dos profissionais de saúde neste contexto e para a necessidade de assistência psicológica e interdisciplinar com vistas a integralidade da atenção à saúde.

“Síndrome de Burnout em estudantes da faculdade de medicina da Universidade Internacional Três Fronteiras” é o capítulo 10 deste livro, que debate um problema de grande repercussão social em nossos dias e que afeta a população acadêmica. O referido estudo conclui que a maioria dos entrevistados apresentou esgotamento físico e mental.

O capítulo 11 versa sobre “Estresse ocupacional e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior de Goiânia” e relata um estudo que teve como objetivo identificar o nível de estresse ocupacional, os estressores e as estratégias de enfrentamento psicológico e correlacionar estresse e estratégias de enfrentamento psicológico de docentes do ensino superior. O estresse também é foco no capítulo 12, que segue “Explorando o impacto do estresse no consumo de álcool: uma revisão de literatura”. O estudo aponta que, a permissividade e incentivo de consumo de álcool na sociedade contemporânea, aliado ao aumento significativo do nível de estresse no cotidiano das pessoas podem configurar os contornos em um importante problema de saúde mental.

O capítulo 13 traz o relato de um delineamento experimental sobre o “Ensino com feedback instrucional em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA): efeitos sobre categorizar” e demonstra que, no ensino de repertórios de tatos e respostas de ouvinte simples, o feedback instrucional parece ter influência sobre o desenvolvimento de alguns repertórios de categorizar que não foram diretamente ensinados.

O tema do capítulo 14 é recorrente neste livro: “Síndrome de Burnout: doença ocupacional presente desde a formação até a atuação do médico especialista” pela atualidade e importância da discussão. O texto aponta para a vulnerabilidade do profissional médico no desenvolvimento desta síndrome, uma vez está submetido ao estresse emocional contínuo na atenção à saúde das pessoas.

O capítulo 15: “Qualidade de vida em doentes renais crônicos em hemodiálise: uma revisão da literatura” aponta para a necessidade de uma avaliação de qualidade de vida ampliada, de modo que haja uma interlocução das pesquisas quantitativas com qualitativas, na medida em que a avaliação da qualidade de vida tem sido um importante fator de medida na análise da efetividade das intervenções terapêuticas. A qualidade de vida é foco também do capítulo 16, que propõe a “Avaliação da qualidade de vida de pessoas com esclerose múltipla” e evidencia que as pessoas com maior tempo de diagnóstico tem uma percepção melhor da realidade da doença e adquirem maior manejo frente às diversas situações que envolvem a questão qualidade de vida.

Em “Envelhecimento positivo e longevidade avançada: contributos para a intervenção” (capítulo 17) são explicitadas as diretrizes gerais de um estudo de

centenários realizado na região metropolitana do Porto (Portugal), que destaca a importância de conhecer as percepções individuais dos centenários e a compreensão e mobilização de recursos psicológicos associados à adaptação para a saúde e bem-estar.

O capítulo 18, que encerra as discussões deste livro, busca fazer uma “Avaliação da espiritualidade em pessoas com esclerose múltipla” e validar uma escala de espiritualidade. Evidencia que as incertezas em relação ao prognóstico da doença levam a pessoa a desenvolver uma preocupação com o futuro, visto que muitos planos deverão ser modificados, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o enfrentamento da doença.

Boa leitura!

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPO DE ACOLHIMENTO DE FAMILIARES EM UM AMBULATÓRIO DE DEPENDÊNCIA DE	
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.	
Isabel Bernardes Ferreira	
Helton Alves de Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912031	
CAPÍTULO 2	15
O ESTIGMA ASSOCIADO AO USO DE DROGAS ETNOGRAFIA A PARTIR DO TRABALHO DE	
PROXIMIDADE	
Ximene Rego	
Catarina Lameira	
DOI 10.22533/at.ed.7011912032	
CAPÍTULO 3	27
A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO	
DE CASO	
Helena Morgado Ribeiro	
Mariana Teixeira Baptista de Carvalho	
Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena	
DOI 10.22533/at.ed.7011912033	
CAPÍTULO 4	44
DOR CRÓNICA, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM DOENTES IDOSOS	
Teresa Medeiros	
Osvaldo Silva	
Maria Teresa Flor-de-Lima	
DOI 10.22533/at.ed.7011912034	
CAPÍTULO 5	62
A TRIAGEM PSICOLÓGICA: A QUALIDADE DA ESCUTA E ADESÃO AO TRATAMENTO	
Rita Cerioni	
Eliana Herzberg	
DOI 10.22533/at.ed.7011912035	
CAPÍTULO 6	79
ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA ESCALA PARA AVALIAR AS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO,	
PARA PROFISSIONAIS PORTUGUESES DO CONTEXTO SOCIAL	
Ana Berta Correia dos Santos Alves	
Susana Barros da Fonseca	
Lia João Pinho Araújo	
DOI 10.22533/at.ed.7011912036	
CAPÍTULO 7	94
IMAGEM CORPORAL POSITIVA EM ESTUDANTES DO ENSINO SUPERIOR	
José Carlos da Silva Mendes	
Maria Teresa Pires de Medeiros	
DOI 10.22533/at.ed.7011912037	

CAPÍTULO 8	108
APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA DA SAÚDE E HOMOSSEXUALIDADE	
Adan Renê Pereira da Silva	
Iolete Ribeiro da Silva	
Suely Aparecida do Nascimento Mascarenhas	
DOI 10.22533/at.ed.7011912038	
CAPÍTULO 9	120
ALTERAÇÕES EMOCIONAIS DO CUIDADOR FRENTE AO CÂNCER INFANTIL	
Liliane Maria da Silva Saraiva	
DOI 10.22533/at.ed.7011912039	
CAPÍTULO 10	133
SÍNDROME DE BURNOUT EM ESTUDANTES DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE INTERNACIONAL TRES FRONTERAS (UNINTER) CIUDAD DEL ESTE, PARAGUAI (2016)	
Deisy Yegros	
Pablo Casagrande	
Didier Mongelos	
Montserrat Giménez	
Amilcar Miño	
Ana Arevalos	
Elder Oliveira da Silva	
Suelen dos Santos Ferreira	
Pasionaria Rosa Ramos Ruiz Diaz	
DOI 10.22533/at.ed.70119120310	
CAPÍTULO 11	141
ESTRESSE OCUPACIONAL E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PSICOLÓGICO DE DOCENTES DO ENSINO SUPERIOR DE GOIÂNIA	
Maurício Benício Valadão	
Sebastião Benício da Costa Neto	
DOI 10.22533/at.ed.70119120311	
CAPÍTULO 12	156
EXPLORANDO O IMPACTO DO ESTRESSE NO CONSUMO DE ÁLCOOL: UMA REVISÃO DE LITERATURA.	
Isabel Bernardes	
DOI 10.22533/at.ed.70119120312	
CAPÍTULO 13	169
ENSINO COM FEEDBACK INSTRUCIONAL EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA): EFEITOS SOBRE CATEGORIZAR	
Daniel Carvalho de Matos	
Mônica Cristina Marques de Aragão	
Pollianna Galvão Soares de Matos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120313	
CAPÍTULO 14	183
SÍNDROME DE BURNOUT: DOENÇA OCUPACIONAL PRESENTE DESDE A FORMAÇÃO ATÉ A ATUAÇÃO DO MÉDICO ESPECIALISTA	
William Volino	
DOI 10.22533/at.ed.70119120314	

CAPÍTULO 15	192
QUALIDADE DE VIDA EM DOENTES RENAIIS CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE: UMA REVISÃO DA LITERATURA	
Fernanda Elisa Aymoré Ladaga	
Murilo dos Santos Moscheta	
DOI 10.22533/at.ed.70119120315	
CAPÍTULO 16	207
AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120316	
CAPÍTULO 17	213
ENVELHECIMENTO POSITIVO E LONGEVIDADE AVANÇADA: CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO	
Lia Araújo	
Oscar Ribeiro	
DOI 10.22533/at.ed.70119120317	
CAPÍTULO 18	221
AVALIAÇÃO DA ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS COM ESCLEROSE MÚLTIPLA	
Ana Maria Canzonieri	
Daniele Batista de Sousa	
Thais Mira Simandi	
Beatriz Maciel Sodre	
Lucas Felipe Ribeiro dos Santos	
Priscila da Silva Santos	
DOI 10.22533/at.ed.70119120318	
SOBRE A ORGANIZADORA	227

A HUMANIZAÇÃO COMO FATOR DE QUALIDADE NO INTERNAMENTO HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO

Helena Morgado Ribeiro

Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

Mariana Teixeira Baptista de Carvalho

2Ai, Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

Estela Maria dos Santos Ramos Vilhena

2Ai, Instituto Politécnico do Cávado e do Ave
Barcelos, Portugal

RESUMO: De forma a verificar se a humanização é um fator de qualidade nos serviços de saúde, construiu-se e validou-se o *Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS)*, tendo-se implementado, nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português acreditado, juntamente com o *Inquérito de Satisfação do Utente do Internamento (ISUI)*, em uso no Hospital. O QAHCS foi construído com base na literatura e na “Carta dos Direitos do Doente Internado” e devidamente validado, tendo apresentado altos níveis de fiabilidade interna, bem como boa validade de constructo. Os resultados da implementação de ambos os questionários demonstraram que há uma associação positiva entre a humanização dos cuidados hospitalares (nomeadamente no que diz respeito ao aspetos relacionais, à autonomia, à confidencialidade

e à limpeza) e a qualidade dos internamentos (nomeadamente no que concerne à satisfação global dos doentes internados relativamente aos profissionais de saúde), o que permite concluir que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização. Qualidade. Acreditação. Hospitais.

ABSTRACT: In order to verify if humanization is a factor in the quality of health services, the *Questionnaire for the Evaluation of Humanization in Health Care (QAHCS)* was constructed and validated and it was implemented in the Surgery and Orthopedics services of an accredited Portuguese Hospital, together with the *Inpatient Satisfaction Survey (ISUI)*, in use at the Hospital. The QAHCS was built based of the literature and on the “Charter of the Inpatient’s Rights” and it was validated, presenting high levels of internal reliability as well as good construct validity. The results of the implementation of both questionnaires have shown that there is a positive association between the humanization of hospital care (in particular regarding to relational aspects, autonomy, confidentiality and cleanliness) and the quality of hospitalizations (especially concerning with the overall satisfaction of inpatients with regard to health professionals), which leads to the conclusion that humanization is a quality factor in hospitals.

KEYWORDS: Humanization. Quality. Accreditation. Hospitals.

1 | INTRODUÇÃO

Se, por um lado, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que o sistema de saúde português está fortemente dependente do sector hospitalar e que o número médio de dias de internamento em Portugal é mais elevado comparativamente aos países da União Europeia (OMS, 2016), por outro, é nos hospitais que a desumanização nos cuidados prestados se torna mais evidente (OLIVEIRA; COLLET; VIERA, 2006), razão pela qual no âmbito do presente estudo, a prestação dos cuidados de saúde restringe-se aos serviços prestados em contexto de internamento hospitalar.

De acordo com o Instituto Picker (2003), o **internamento hospitalar** revela-se, muitas vezes, uma experiência assustadora para os doentes, não só pela preocupação com o prognóstico, mas também pela ansiedade por estarem num ambiente desconhecido, em contraste com o comportamento dos profissionais de saúde, que, de tão familiarizados que estão com o ambiente e as rotinas, acabam por esquecer a pessoa que está por trás do doente.

Segundo a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), a prestação de cuidados de saúde responsável e centrada no doente desempenha um papel, cada vez mais, importante na política dos cuidados de saúde dos países que a integram, levando à implementação de melhorias ao nível da qualidade em saúde (OCDE, 2015a).

1.1 Cuidados de saúde centrados no doente

Os cuidados centrados no doente implicam, por um lado, que os doentes (ou os seus representantes) se envolvam em atividades relacionadas com o planeamento, a conceção e a avaliação da gestão da qualidade nos hospitais (GROENE; SUNOL; KLAZINGA; AOLINWANG; DERSARKISSIAN; THOMPSON; THOMPSON; ARAH, 2014) e, por outro lado, que os profissionais de saúde deem o máximo de si, quer física quer emocionalmente (FRAMPTON; GUASTELLO; BRADY; HALE; HOROWITZ; SMITH; STONE, 2008).

De acordo com Oliveira, Collet e Viera (2006), **os profissionais de saúde** estão sujeitos a várias tensões, nomeadamente ao receio de cometerem erros e ao contacto frequente com a dor e o sofrimento, pelo que cuidar de quem cuida é uma condição *sine qua non* para a humanização dos cuidados de saúde.

Neste sentido, tal como preconizado pela OMS, os sistemas de saúde necessitam de um número suficiente de pessoas e bem treinadas para prestar serviços de alta qualidade (RECHEL; MCKEE, 2014). No entanto, a escassez de profissionais hospitalares tem sido um motivo de preocupação há décadas, prevendo-se um aumento dramático da dimensão deste problema, que está relacionado com três tendências: o

envelhecimento da população, o envelhecimento dos profissionais de saúde e as duras condições de trabalho (GILLES; BURNAND; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, 2014).

Na verdade, a diminuição da força de trabalho combinada com o aumento da procura dos cuidados de saúde pode enfraquecer a sua qualidade, bem como a segurança dos doentes (GILLES; BURNAND; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, 2014), uma vez que os profissionais de saúde têm que prestar mais e melhores serviços com menos recursos (WOODWARD, 2000). A este respeito, Greenfield, Kellner, Townsend, Wilkinson e Lawrence (2014) esclarecem que uma boa gestão de recursos humanos tem implicações nos resultados clínicos, nomeadamente ao nível da redução das taxas de infeção hospitalar e da redução dos erros decorrentes da prestação de cuidados de saúde, mas também tem implicações diretas nos cuidados prestados ao doente, nomeadamente através da aplicação de conhecimentos e capacidades técnicas e relacionais. Daí que se afirme que os cuidados centrados no doente permitem alcançar os resultados desejáveis ao nível da eficiência clínica e da segurança do doente (GROENE; ARAH; KLAZINGA; WAGNER; BARTELS; KRISTENSEN; SAILLOUR; THOMPSON; THOMPSON; PFAFF; DERSARKISSIAN; SUÑOL, 2015), sendo indispensáveis em qualquer processo de acreditação hospitalar (GREENFIELD; KELLNER; TOWNSEND; WILKINSON; LAWRENCE, 2014).

1.2 Acreditação Hospitalar

A **acreditação** tornou-se uma marca registada para a qualidade dos sistemas de saúde em todo o mundo (SALEH; SLEIMAN; DAGHER; SBEIT; NATAFGI, 2013).

De acordo com Christo (2014), a Direcção-Geral da Saúde (DGS), adotando a definição da ISQUA (*International Society for Quality Assurance*), define a acreditação como um processo que permite avaliar com rigor o nível de desempenho das organizações e implementar meios para a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ).

Conforme referem Silva, Varanda e Dória-Nóbrega (2003), a MCQ implica que as instituições identifiquem e satisfaçam as necessidades e expectativas dos doentes. Daí que, a **satisfação do utente** seja expressa pela comparação da perceção do serviço prestado com o serviço desejado ou esperado (STEFANO; CASAROTTO FILHO, 2013), sendo considerada um indicador e/ou resultado relativo à qualidade dos serviços (AGHEORGHIESEI; COPOERU, 2013) e importante para a implementação de estratégias de MCQ nos cuidados de saúde (PEDRO, FERREIRA e MENDES, 2010). A este respeito, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) esclarece que a avaliação da satisfação dos utentes é um indicador de qualidade que visa medir diretamente a qualidade percebida pelos doentes e indiretamente a adequação da oferta de serviços perante as necessidades sentidas por esses doentes, pelo que a medição da satisfação torna-se, assim, numa ferramenta importante para uma adequada política de MCQ (ACSS, 2017).

É, por isso, que, segundo a OCDE (2015a), há um número crescente de países que avalia a Experiência Relatada pelos Doentes (abreviada por PREMs, do inglês *Patient-Reported Experience Measures*). A avaliação da PREMs permite, assim, monitorizar o *feedback* dos doentes através do uso de ferramentas e instrumentos (WELDRING; SMITH, 2013).

A “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015” refere que, apesar de Portugal possuir uma impressionante gama de iniciativas de monitorização e MCQ, deve fortalecer o papel do doente, nomeadamente através da recolha e divulgação do seu *feedback* (OCDE, 2015b). A mesma fonte acrescenta que Portugal possui uma arquitectura de qualidade robusta, fruto da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) em hospitais, nomeadamente a acreditação pela metodologia *King's Fund (KF)*, pela *Joint Commission International (JCI)* e pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)*, bem como a certificação pela *International Organization for Standardization (ISO) 9001:2015*. Para poderem implementar estes SGQ, os hospitais públicos tiveram de passar a adotar um modelo de gestão empresarial, sendo a oferta hospitalar do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constituída por hospitais que podem ser: unidade do Sector Público Administrativo (SPA); Entidade Pública Empresarial (EPE); ou instituição em regime de Parceria Público-Privada (PPP). No entanto, estes novos modelos de gestão fizeram-se acompanhar por restrições de acesso, racionamento de cuidados e mais burocracia (VAZ CARNEIRO, 2007), pelo que, mais do que nunca, torna-se necessário que os interesses dos doentes prevaleçam sobre os interesses institucionais (NUNES, 2014).

1.3 Humanização na Prestação de Cuidados de Saúde

A implementação de SGQ nos hospitais implica o cumprimento de metas e indicadores e, por conseguinte, a padronização de atos e procedimentos, o que, indiscutivelmente, pode tornar os cuidados de saúde mais impessoais, colocando em causa os mais elementares princípios da Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto), nomeadamente no que concerne à humanização dos cuidados. Deste modo, ainda que a acreditação se fundamente em normas, procedimentos e linhas diretrizes de atuação, estas orientações, conforme afirma Nunes (2014), devem servir de mero auxílio na prestação dos cuidados, sendo a pessoa o maior referencial de funcionamento dos serviços e a **humanização** o paradigma da reforma da saúde.

Neste contexto, a humanização pressupõe a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: doentes, profissionais e gestores hospitalares (COTTA; REIS; CAMPOS; GOMES; ANTONIO; SIQUEIRA-BATISTA, 2013). Para além disso, a humanização significa que os cuidados de saúde devem estar, principalmente, relacionados com o ser humano na sua totalidade e não apenas com uma série de sintomas, doenças ou deficiências (MOORE, 1999).

Pelo exposto, a humanização deverá ser entendida como um vínculo, entre os

profissionais de saúde e os doentes, baseado em ações orientadas pela compreensão e apreciação dos sujeitos, refletindo-se num comportamento ético e humano, o que implica o aperfeiçoamento dos profissionais e o reconhecimento dos **direitos dos doentes** (MOREIRA; LUSTOSA; DUTRA; BARROS; BATISTA; DUARTE, 2015).

1.4 Contexto Português

No contexto português, a humanização representou o ponto de partida para a elaboração da “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, publicada pelo Ministério da Saúde, e que veio dar origem à “Carta dos Direitos do Doente Internado” apresentada, em 2005, pela DGS.

Segundo a “Revisão Sobre a Qualidade dos Cuidados de Saúde em Portugal de 2015”, apesar de Portugal ter uma “Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes”, deste 1997, torna-se prioritário fortalecer o papel do doente, na garantia e melhoria da qualidade dos cuidados, porque os doentes têm de estar mais envolvidos com o seu estado de saúde e, particularmente, porque a satisfação com o sistema de saúde português tem sido historicamente baixa (OCDE, 2015b), facto que vem reforçar a necessidade do presente estudo.

Acresce que, conforme divulgado no Portal da Entidade Reguladora da Saúde (ERS), o Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) ainda não consegue aferir a perceção dos doentes relativamente às boas práticas por parte dos hospitais, uma vez que a dimensão “Satisfação do Utente” ainda está em fase de desenvolvimento. Portanto, embora a revisão bibliográfica tenha revelado que há uma infinidade de instrumentos para avaliar a satisfação do utente (nomeadamente através das PREM’s), esta avaliação ainda não está a ser feita a nível nacional.

Para além disso, só 22% dos hospitais portugueses estão envolvidos no Programa de Acreditação Hospitalar pelo Modelo de Acreditação ACSA (OCDE, 2015b), modelo que está oficialmente instituído, a nível nacional, para a qualidade em saúde.

Neste sentido, o maior nível de exigência e de expectativas dos doentes, aliado ao escasso número de hospitais acreditados, pode, eventualmente, constituir uma das razões para o crescente número de reclamações submetidas à ERS, sendo o tema de reclamação mais mencionado o dos “tempos de espera”, seguindo-se a “focalização no utente” (ERS, 2018). Para dar resposta aos “tempos de espera” foi publicada nova legislação (nomeadamente o Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, e a Portaria 153/2017, de 4 de Maio) e para dar resposta à “**focalização no utente**”, urge, por um lado, orientar os serviços de saúde para as necessidades e expectativas dos doentes e seus acompanhantes (presume-se que seja através da avaliação do grau de satisfação dos utentes) e, por outro, avaliar a comunicação e a interação com os doentes num ambiente humanizado, o que, à partida, pressupõe a avaliação da humanização nos cuidados de saúde. No entanto, uma exaustiva revisão bibliográfica permitiu constatar

que não há indicadores nem instrumentos que permitam avaliar, especificamente, a humanização nos cuidados de saúde.

1.5 Objetivos

Pretende-se, com este trabalho, verificar se a humanização é um fator de qualidade em contexto de internamento hospitalar, através da avaliação da humanização nos cuidados de saúde e do grau de satisfação dos seus utentes. Nesse sentido, o presente trabalho visa, numa primeira etapa, construir e validar um instrumento de avaliação, ainda inexistente, que será um inquérito por questionário, designado por **Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde (QAHCS)**, que permita fornecer uma medida quantitativa, que possa ser usada para monitorizar e avaliar a humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados.

2 | METODOLOGIA

2.1 Recolha de Dados

A recolha de dados é feita através de dois questionários de avaliação:

- o QAHCS, construído e validado, no âmbito desta investigação;
- o **Inquérito de Satisfação dos Utentes do Internamento (ISUI)**, que permite avaliar o grau de satisfação, o nível de qualidade apercebida e a excelência dos serviços prestados nas áreas de Internamento do Hospital em estudo.

2.1.1 Instrumentos

O processo de construção do QAHCS foi conduzido de forma dedutiva, de forma a dar resposta à pergunta de partida: ‘Será a humanização um fator de qualidade nos serviços de saúde?’

Todo o processo de recolha de dados, nomeadamente na revisão bibliográfica, é crivado por um ‘filtro epistémico’ (KETELE; ROEGIERS, 1999). De forma a minimizar esse ‘poder’, próprio de quem colige a informação, foi necessário proceder à **análise documental** dos seguintes documentos, inerentes aos direitos dos doentes:

- **‘Manual de Standards – Hospitais’** (manual da acreditação ACSA dirigido a hospitais), sendo constituído por 144 *standards* (requisitos). O Manual do Modelo ACSA divide-se em 3 grupos, sendo no Grupo I que se encontram, entre outros, **os direitos dos doentes**. Para um Hospital obter o Nível Bom (certificação mínima) necessita de cumprir, pelo menos, 69 de um total de 98 requisitos do Grupo I (dos quais 65 são obrigatórios, onde se encontram os direitos dos doentes). Daí que a

análise documental se tenha restringido a esses 65 requisitos, dos quais 19 foram contemplados no QAHCS;

- a Lei n.º 15/2014, de 21 de Março, que consolida os ‘**Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde**’ (alterada pelo Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de Abril, e pela Portaria 153/2017, de 4 de Maio), contemplando um total de 11 direitos, que foram divididos em 25 itens, dos quais 9 foram contemplados no QAHCS;

- a ‘**Carta dos Direitos do Doente Internado**’, que reúne um total de 14 direitos, que foram divididos em 66 itens, dos quais 28 foram contemplados no QAHCS.

De acordo com Bardin (1995), a análise documental é uma operação que visa obter o máximo de informação (aspeto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspeto qualitativo), respeitando as regras de: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

Pelos exposto, pode afirmar-se que o modelo de humanização encontrado inclui dimensões relativas à:

- **dignidade**, que implica que o doente seja respeitado e valorizado como uma pessoa e como um ser social;

- **singularidade**, que resulta da história e das condições sociais e materiais do doente, bem como da forma como se relaciona com os outros;

- **autonomia**, que está relacionada com a capacidade do doente decidir livremente, o que pressupõe que seja devidamente informado;

- **confidencialidade**, que diz respeito à propriedade da informação, garantindo-se o acesso unicamente às pessoas autorizadas;

- **privacidade**, que diz respeito ao direito à reserva de informações pessoais e da vida privada, bem como à reserva da exposição corpórea do doente.

Assim, o QAHCS organiza-se em 5 focos de avaliação, distribuídos por um total de 13 itens, conforme se pode verificar no Quadro 1.

DIMENSÕES	ITENS
1. DIGNIDADE	1. As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm as condições adequadas?
	2. Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, são adequados?
	3. Os profissionais de saúde tratam-no(a) com tolerância e cordialidade?
	4. Os profissionais de saúde garantem a sua tranquilidade durante o internamento?
	5. As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm sido bem limpas?
	6. Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, têm sido bem limpos?
2. SINGULARIDADE	7. Os cuidados, prestados pelos profissionais de saúde, respondem às suas necessidades?
	8. Os profissionais de saúde prestam-lhe os cuidados em tempo útil?
3. AUTONOMIA	9. Os profissionais de saúde dão-lhe as informações de forma adequada?
	10. Os profissionais de saúde informam-no(a) sobre o diagnóstico, tratamentos e prognóstico?
4. CONFIDENCIALIDADE	11. Os profissionais de saúde respeitam o dever de sigilo profissional?
	12. Os profissionais de saúde asseguram a confidencialidade dos registos hospitalares?
5. PRIVACIDADE	13. Os profissionais de saúde respeitam a sua intimidade e pudor em todas as situações?

Quadro 1: Dimensões e itens do QAHCS

De acordo com Agheorghiesei e Copoeru (2013), há duas dimensões da qualidade que devem ser abordadas cuidadosamente e que o ISUI respeita na íntegra, que são:

- a dimensão pessoal da qualidade do serviço, que avalia os profissionais de saúde relativamente a: 'rapidez do atendimento', 'simpatia e disponibilidade', 'informação sobre tratamento', 'informação sobre medicação' e 'satisfação global';

- a dimensão processual da qualidade do serviço, que avalia a alimentação (qualidade, apresentação/temperatura e pontualidade das refeições) e as instalações (conforto, higiene e limpeza, silêncio e privacidade).

2.1.2 Procedimento

De forma a ser validada a clareza e compreensão das afirmações utilizadas, o QAHCS foi submetido a um pré-teste numa amostra de 38 indivíduos, tendo sofrido alguns ajustes nos termos, de forma a clarificar o seu entendimento. O pré-teste permitiu, assim, verificar se cada item estava associado a um único comportamento e a uma ação clara e precisa, possibilitando reajustes antes de ser submetido à respetiva validação.

Ambos os questionários (QAHCS e ISUI) **foram aplicados presencialmente** aos doentes internados nos serviços de Cirurgia e Ortopedia, de um **hospital português**.

Este estudo decorreu num hospital público, de acesso universal, que presta cuidados de saúde diferenciados e que está acreditado pelo SGQ da *Joint Commission International*. Em termos jurídicos reveste a forma de EPE e está integrado no SNS.

Conforme divulgado no seu Portal Corporativo, o Hospital em estudo tem como valores: a competência, a paixão e a **compaixão**. Tem, também, como missão: cuidar dos doentes com competência, excelência e rigor, respeitando sempre o **princípio da humanização**.

O Hospital possui uma área de influência direta que corresponde a 5 concelhos, perfazendo um total de cerca de 350 mil pessoas, e conta com uma equipa de cerca de 1500 profissionais, estando dotado com cerca de 500 camas para internamento.

2.2 Amostra

Participaram no estudo um total de 76 indivíduos, correspondentes à média semanal dos doentes internados, que abrange 42 indivíduos (n=42) internados no Serviço de Cirurgia e 34 indivíduos (n=34) internados no Serviço de Ortopedia.

O QAHCS e o ISUI foram aplicados aos doentes internados, no mês de junho de 2018, segundo os seguintes critérios de inclusão:

- estar sob a responsabilidade do próprio serviço físico de internamento;
- ter idade igual ou superior a 18 anos;
- estar internados há pelo menos 48 horas;
- estar no exercício pleno das suas funções cognitivas e sem qualquer tipo de

restrição;

- estar disponíveis, isto é, devidamente motivados para responder aos questionários e sem acompanhamento de terceiros, por forma a não influenciar a resposta;

- aceitar, depois de devidamente informados, participar, livremente, no estudo, assinando, para o efeito, o **Termo de Consentimento Informado para Estudo de Investigação** em uso no hospital.

De forma a dar cumprimento aos princípios éticos e às normas regulamentares vigentes, o presente estudo iniciou-se após a aprovação expressa pelo Conselho de Administração do Hospital e respeitou o direito à privacidade e à não participação e o direito ao anonimato e à confidencialidade.

2.3 Análise Estatística

Foram usadas estatísticas descritivas de forma a caracterizar a amostra. Após a análise dos pressupostos de aplicabilidade foram usados o Teste U de Mann-Whitney e o Teste de Qui-Quadrado, com o objetivo de verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas em função das características sociodemográficas dos indivíduos.

A Análise Fatorial Exploratória (AFE) foi usada para identificar a estrutura fatorial inerente aos itens relacionados com a humanização, utilizando o método das componentes principais com rotação Varimax. A verificação da consistência interna dos dados foi feita com recurso ao teste de confiabilidade *Alfa de Cronbach*.

O Modelo de Regressão Linear Múltiplo (MRLM) foi aplicado com o intuito de identificar fatores preditivos da perceção geral da humanização.

Foi, ainda, usado o coeficiente de correlação de Spearman com o objetivo de avaliar a associação entre a humanização e a satisfação dos utentes internados.

A análise dos dados foi feita com recurso ao SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão IBM SPSS Statistics 24.0. Foi usado um nível de significância de 0,05.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Caracterização da Amostra

Verificou-se que a amostra de 76 indivíduos apresenta maior frequência de doentes internados no Serviço de Cirurgia (55,3%), do sexo feminino (53,1%), com uma média de idades de 63 anos (DP=17), casados ou em união de facto (53,9%), não-ativos (67,1% de pensionistas ou desempregados) e com um grau de ensino igual

ou inferior ao 1.º ciclo do ensino básico (63,2%), conforme se pode constatar na Tabela 1.

	n (%)	Serviço de Internamento		p
		ORTOPEDIA	CIRURGIA	
Doentes internados	76 (100%)	34 (44,17%)	42 (55,3%)	
Género				0,761*
Feminino	41 (53,1%)	19 (55,9%)	22 (52,4%)	
Masculino	35 (46,1%)	15 (44,1%)	20 (47,6%)	
Idade				0,439**
Média (DP)	62,95 (17,0)	60,74 (18,7)	64,74 (15,49)	
Estado Civil				0,199**
Casado	41 (53,9%)	16 (47,1%)	25 (59,5%)	
Solteiro	11 (14,5%)	8 (23,5%)	3 (7,1%)	
Viúvo	20 (26,3%)	9 (26,5%)	11 (26,2%)	
Divorciado	4 (5,3%)	1 (2,9%)	3 (7,1%)	
Situação Profissional				0,689**
Activo	25 (32,9%)	12 (35,3%)	13 (31%)	
Não-activo	51 (67,1%)	22 (64,7%)	29 (69%)	
Grau de Ensino				0,821**
≤ 1.º Ciclo	48 (63,2%)	21 (61,8%)	27 (64,3%)	
> 1.º Ciclo	28 (36,8%)	13 (38,2%)	15 (35,7%)	

Tabela 1: Caracterização da amostra

Legenda: * Teste U de Mann-Whitney; ** Teste Qui-Quadrado.

Os resultados mostram que a idade média não varia em função do tipo de internamento ($p=0,439$), não existem diferenças estatisticamente significativas relativamente à proporção de indivíduos dos dois internamentos no que respeita ao género ($p=0,761$), ao estado civil ($p=0,199$), à situação profissional ($p=0,689$) e ao grau de ensino ($p=0,821$), conforme Tabela 1.

3.2 Validação do Instrumento

O QAHCS foi validado através da Análise Fatorial Exploratória (AFE), uma vez que permite extrair os fatores da dimensão em estudo (HINKIN; TRACEY; ENZ, 1997) e trata da relação entre as variáveis sem determinar em que medida os resultados se ajustam a um modelo (PESTANA; GAGEIRO, 2008). Neste sentido, a AFE consiste numa técnica exploratória multivariada que tem por objetivo encontrar fatores, atribuindo uma quantificação a fatores que não são diretamente observáveis (MARÔCO, 2014). Deste modo, pode afirmar-se que a AFE “explora os dados e fornece ao pesquisador informação sobre quantos fatores são necessários para melhor representar os dados”

(HAIR; BLACK; BABIN; ANDERSON; TATHAM, 2009, p.589).

Para avaliar a validade da AFE utilizou-se o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), tendo-se observado, conforme Tabela 2, um KMO=0,5, que, de acordo com Pestana e Gageiro (2008) e Pereira e Patrício (2016) é aceitável, o que permite proceder-se à AFE. Esta metodologia de análise permitiu a identificação de 6 fatores associados às dimensões encontradas para avaliar a humanização. De referir que o fator ‘Privacidade’ não foi considerado, na análise, em virtude do mesmo ser explicado por apenas um item.

	F1 Dignidade Condições Físicas	F2 Dignidade Aspetos Relacionais	F3 Dignidade Limpeza	F4 Singularidade	F5 Autonomia	F6 Confidencialidade
KMO	0,5	0,5	-	0,5	0,5	0,5
χ^2 apro.	69,53	17,96	-	25,59	48,42	89,59
Teste de esfericidade de Bartlett						
g.l.	1	1	-	1	1	1
P	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001

Tabela 2: Valores de KMO e do Teste de esfericidade de Bartlett

Legenda: “g.l.”=graus de liberdade.

Os resultados da carga fatorial, consistência interna e percentagem da variância explicada encontram-se descritos na Tabela 3.

Fatores	Itens	Descrição dos itens	Carga Fatorial	Alfa de Cronbach	% Variância explicada
F1 Dignidade	1	As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm as condições adequadas?	0,94	0,87	89,1%
Condições Físicas	2	Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, são adequados?	0,94		
F2 Dignidade	3	Os profissionais de saúde tratam-no(a) com tolerância e cordialidade?	0,86	0,63	73,3%
Aspetos Relacionais	4	Os profissionais de saúde garantem a sua tranquilidade durante o internamento?	0,86		
F3 Dignidade	5	As instalações, que tem utilizado durante o seu internamento, têm sido bem limpas?	1,00	1,00	100%
Limpeza	6	Os equipamentos, que estão à sua disposição no internamento, têm sido bem limpos?	1,00		
F4 Singularidade	7	Os cuidados, prestados pelos profissionais de saúde, respondem às suas necessidades?	0,88	0,72	78%
	8	Os profissionais de saúde prestam-lhe os cuidados em tempo útil?	0,88		
F5 Autonomia	9	Os profissionais de saúde dão-lhe as informações de forma adequada?	0,92	0,82	84,7%
	10	Os profissionais de saúde informam-no(a) sobre o diagnóstico, tratamentos e prognóstico?	0,92		
F6 Confidencialidade	11	Os profissionais de saúde respeitam o dever de sigilo profissional?	0,96	0,91	92%
	12	Os profissionais de saúde asseguram a confidencialidade dos registos hospitalares?	0,96		

Tabela 3: Resultados do modelo fatorial

A fiabilidade foi analisada sob o ponto de vista da consistência interna da escala, através do cálculo do *Alfa de Cronbach*. Conforme se pode constatar na Tabela 3, os valores de *Alfa de Cronbach* encontrados para estas escalas são considerados, de acordo com Pestana e Gageiro (2008), indicadores de uma consistência interna boa do instrumento. A Tabela 3 também permite constatar que as cargas fatoriais estão acima de 0,86, sendo indicativas de uma estrutura bem definida, conforme referem Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009), explicando acima de 70% da variância de cada variável.

Relativamente à sensibilidade, todos os itens do QAHCS percorrem a totalidade da escala de medida (min=1 e max=5), com a mediana de todos os itens a ser igual a quatro (4), exceto para os itens 13 (Me=5) e itens 1, 2 e 10 (Me=3), conforme apresentado na Tabela 4.

Fatores	Itens	Média (DP)	Mediana	Média (DP)
F1	1	3,25 (0,67)	3,0	3,23 (0,67)
Dignidade – Condições Físicas	2	3,21 (0,75)	3,0	
F2	3	3,96 (0,47)	4,0	3,93 (0,38)
Dignidade – Aspetos Relacionais	4	3,91 (0,41)	4,0	
F3	5	3,89 (0,56)	4,0	3,89 (0,56)
Dignidade – Limpeza	6	3,89 (0,56)	4,0	
F4	7	3,92 (0,46)	4,0	3,84 (0,42)
Singularidade	8	3,78 (0,51)	4,0	
F5	9	3,47 (0,72)	4,0	3,31 (0,64)
Autonomia	10	3,16 (0,67)	3,0	
F6	11	3,86 (0,58)	4,0	3,86 (0,54)
Confidencialidade	12	3,88 (0,65)	4,0	
F7	13	4,95 (0,22)	5,0	4,94 (0,22)
Privacidade				
Perceção Geral	14	4,01 (0,48)	4,0	

Tabela 4: Valores descritivos dos fatores do QAHCS

3.3 Fatores Preditivos da Perceção Geral da Humanização

Após a validação dos pressupostos de aplicabilidade foi aplicada a análise de regressão linear múltipla, usando o método *stepwise*, com o intuito de identificar fatores preditivos (dimensões da humanização e fatores sociodemográficos dos indivíduos) da perceção geral da humanização.

	B	t	p	VIF
Constante	1,55	3,071	0,003	
Dignidade – Aspetos Relacionais	0,370	2,551	0,003	1,349
Autonomia	0,195	2,300	0,024	1,333
Idade	0,006	2,059	0,043	1,017

Nota: R²=26,7%; Durbin-Watson=1.832;
VIF=Variance Inflation Factor

Tabela 5: Análise de regressão linear múltipla

Os resultados da Tabela 5 permitem afirmar que 26,7% da variabilidade da percepção geral da humanização dos doentes inquiridos é explicada pela ‘Dignidade – Aspetos Relacionais’, pela ‘Autonomia’ e pela ‘Idade’.

Neste sentido, pode afirmar-se que os doentes com mais idade, que consideram serem tratados com tolerância e cordialidade, que lhes é garantida a tranquilidade durante o internamento, que os profissionais de saúde lhes dão informações de forma adequada e que consideram que os profissionais de saúde lhes dão informações sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico, têm uma melhor percepção geral da humanização.

3.4 Humanização como fator de qualidade

O coeficiente de correlação de Spearman foi aplicado com o objetivo de verificar a existência de associação significativa entre a humanização e a satisfação dos utentes internados com vista a verificar se a humanização é um fator de qualidade em contexto de internamento hospitalar, através da avaliação da humanização nos cuidados de saúde e do grau de satisfação dos utentes em contexto de internamento.

Nesta análise, foram tidos em consideração os fatores encontrados no QAHCS, assim como as dimensões do ISUI: dimensão da qualidade do serviço e dimensão processual do serviço.

		Dimensões ISUI						
		Simpatia	Rapidez	Informação Tratamento	Informação Medicação	Satisfação Global	Alimentação	Instalações
Dimensões QAHCS	Dignidade Condições Físicas	0,104	0,043	0,164	0,164	0,173	0,323**	0,520**
	Dignidade Aspetos	0,215	0,318**	0,246*	0,246*	0,246*	0,173	0,168
	Dignidade Limpeza	0,012	-0,040	0,007	0,007	0,011	0,234	0,401**
	Singularidade	0,005	0,108	0,086	0,086	0,068	0,179	0,177
	Autonomia	0,276*	0,285*	0,402**	0,402**	0,394**	0,084	0,149
	Confidencialidade	0,271*	0,188	0,169	0,169	0,216	-0,056	-0,137
	Privacidade	0,183	0,168	0,163	0,163	0,165	0,148	0,084

Tabela 6: Coeficiente de correlação de Spearman

Legenda: * p<0,05; ** p<0,01.

De uma forma geral, pode afirmar-se que há uma associação positiva entre:

- a autonomia e confidencialidade com a perceção que os doentes internados têm sobre a simpatia e disponibilidade dos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm sobre a rapidez do atendimento por parte dos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm acerca da informação sobre o tratamento que é dada pelos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a satisfação global dos doentes internados relativamente aos profissionais de saúde;
- os aspetos relacionais e autonomia com a perceção que os doentes internados têm acerca da informação sobre a medicação que é dada pelos profissionais de saúde;
- as condições físicas com a perceção que os doentes internados têm sobre a alimentação;
- as condições físicas e limpeza com a perceção que os doentes internados têm sobre as instalações.

4 | CONCLUSÃO E TRABALHOS FUTUROS

Neste trabalho, foi construído e validado um instrumento pioneiro de avaliação, designado por *Questionário de Avaliação da Humanização nos Cuidados de Saúde* (QAHCS), que permite, através de uma medida quantitativa, monitorizar e avaliar a humanização dos cuidados de saúde prestados aos doentes internados. O QAHCS foi implementado nos serviços de Cirurgia e Ortopedia de um Hospital português acreditado, juntamente com o *Inquérito de Satisfação do Utente do Internamento* (ISUI), em uso nesse mesmo Hospital.

Os resultados demonstraram que há uma relação estatisticamente significativa entre a humanização e a qualidade dos cuidados prestados nos internamentos hospitalares, podendo, assim, inferir-se que a humanização é um fator de qualidade nos hospitais.

Na verdade, o aumento da esperança de vida, aliado à imparável inovação tecnológica e ao fácil acesso à informação, faz com que os doentes sejam, cada vez mais, exigentes e com maiores expectativas em relação à saúde, pelo que urge reforçar o poder do doente, numa lógica de defesa de princípios como a transparência, a celeridade e a **humanização dos serviços** (MS, 2018). Desta forma, facilmente se compreende que as ações humanizadoras, que têm sido encetadas pelos hospitais, acabam por funcionar como “válvulas de escape” para diminuir o sofrimento que o ambiente hospitalar provoca não só nos doentes, mas também nos profissionais de saúde (RIOS, 2009), podendo, assim, concluir-se que a avaliação da humanização nos cuidados de saúde é indispensável para a qualidade em saúde.

Uma das limitações, do presente estudo, reside no facto de a aplicação do QAHCS em contexto de internamento hospitalar consistir numa espécie de *Feedback*

da Prestação de Cuidados (POSF, do inglês *Point of Service Feedback*), pelo que Gill, Redden-Hoare, Dunning, Hughes e Dolley (2015) alertam para o facto de haver doentes que consideram aceitável e útil a avaliação dos serviços de saúde durante o internamento, mas também há doentes que consideram uma invasão à sua privacidade e uma fonte de distração aos cuidados que lhes estão a ser prestados, bem como há doentes que não se sentem aptos a responder em virtude da experiência que estão a vivenciar, daí que a aplicação do QAHCS mereça uma atenção cuidada.

Pretende-se, em trabalhos futuros, expandir a implementação do QAHCS nos hospitais portugueses, desenvolvendo estudos comparativos acerca da perceção da humanização dos serviços prestados:

- entre os hospitais acreditados e não acreditados;
- entre serviços clínicos;
- entre profissionais de saúde;
- entre indivíduos com diferentes características sociodemográficas e/ou regionais.

Acredita-se que este trabalho constitui, em si, um valioso contributo para alcançar estes objetivos em investigações futuras.

REFERÊNCIAS

ACSS. **Termos de referência para contratualização de cuidados de saúde no SNS para 2018**. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde, IP, 2017.

AGHEORGHIESEI, D.-T.; COPOERU, I. Evaluating patient satisfaction. A matter of ethics in the context of the accreditation process of the Romanian hospitals. **Procedia – Social and Behavioral Sciences**, 82, 404-410, 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda., 1995.

CHRISTO, F. H. **Programa Nacional de Acreditação em Saúde**. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde – Direcção-Geral da Saúde, 2014.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; CAMPOS, A.A.O.; GOMES, A. P.; ANTONIO, V.E.; SIQUEIRA-BATISTA, R. Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(1), 171-179, 2013.

ERS. **Sistema de gestão de reclamações: síntese descritiva - ano de 2017**. Porto: Entidade Reguladora da Saúde, 2018.

FRAMPTON, S.; GUASTELLO, S.; BRADY, C.; HALE, M.; HOROWITZ, S.; SMITH, S. B.; STONE, S. **Patient-centered care improvement guide**. Camden: Picker Institute, Inc., 2008.

GILL, S.D.; REDDEN-HOARE, J.; DUNNING, T.; HUGHES, A. J.; DOLLEY, P.J. Health services should collect feedback from inpatients at the point of service: opinions from patients and staff in acute and subacute facilities. **International Journal for Quality in Health Care**, 27(6), 507–512, 2015.

GILLES, I. ; BURNAND, B. ; PEYTREMANN-BRIDEVAUX, I. Factors associated with healthcare professionals' intent to stay in hospital: a comparison across five occupational categories. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Number 2, 158–166, 2014.

GREENFIELD, D.; KELLNER, A.; TOWNSEND, K.; WILKINSON, A.; LAWRENCE, S. A. Health service accreditation reinforces a mindset of high-performance human resource management: lessons from an Australian study. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Number 4, 372–377, 2014.

GROENE, O.; SUÑOL, R.; NIEK S.; KLAZINGA, N. S.; AOLINWANG; DERSARKISSIAN, M.; THOMPSON, C. A.; THOMPSON, A.; ARAH, O. A. Involvement of patients or their representatives in quality management functions in EU hospitals: implementation and impact on patient-centred care strategies. **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 26, Nr. S1, 81–91, 2014.

GROENE, O.; ARAH, O. A.; KLAZINGA, N.S.; WAGNER, C.; BARTELS, P. D.; KRISTENSEN, S.; SAILLOUR, F.; THOMPSON, A.; THOMPSON, C. A.; PFAFF, H.; DERSARKISSIAN, M.; SUÑOL, R. Patient experience shows little relationship with hospital quality management strategies. **PLoS ONE**, 10(7), e0131805, 2015.

HAIR, J. F. JR.; BLACK, W. C.; BABIN, B. J.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. L. (2009). **Análise multivariada de dados**. São Paulo: ARTMED Editora, S.A., 2009.

HINKIN, T. R.; TRACEY, J. B.; ENZ, C. A. **Scale construction: developing reliable and valid measurement instruments**. 1997. [Electronic Version]. Retrieved in 16/03/2018 from Cornell University, School of Hotel Administration site: <http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/613>.

KETELE, J.-M.; ROEGIERS, X. **Metodologia da recolha de dados – fundamentos dos métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos**. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

MARÔCO, J. **Análise estatística com o SPSS statistics**. Pêro Pinheiro: ReportNumber – Análise e Gestão de Informação, Lda., 2014.

MOORE, F. I. **Functional job analysis – guidelines for task analysis and job design**. USA: World Health Organization, 1999.

MOREIRA, M. A. D. M.; LUSTOSA, A. M.; DUTRA, F.; BARROS, E. O.; BATISTA, J. B. V.; DUARTE, M. C. S. Public humanization policies: integrative literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10), 3231-3242, 2015.

MS. **Retrato da saúde – Portugal**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2018.

NUNES, R. **Regulação da saúde**. Porto: Vida Económica - Editorial, SA., 2014.

OCDE. **Health at a glance 2015: OECD indicators**. Paris: OECD Publishing, 2015a.

OCDE. **OECD reviews of health care quality: Portugal 2015 – raising standards**. Paris: OECD Publishing, 2015b.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N.; VIERA, C. S. A humanização na assistência à saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Março-Abril, 14(2), 277-84, 2006.

OMS. **Ambulatory care sensitive conditions in Portugal**. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2016a.

PEDRO, S.; FERREIRA, P. L.; MENDES, J. Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com o internamento hospitalar. **Encontros Científicos – Tourism & Management Studies**, 6, 175-189, 2010.

PEREIRA, A.; PATRÍCIO, T. **Guia prático de utilização do SPSS - análise de dados para ciências sociais e psicologia**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2016.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do SPSS**. Lisboa: Edições Sílabo, Lda., 2008.

PICKER. **Providing information for patients: bringing about improvements in information and communication on the process of care. Improving Patients' Experience. Issue 3**. Oxford: Picker Institute Europe, 2003.

RECHEL, B.; MCKEE, M. **Facets of public health in Europe**. England: Open University Press - McGraw-Hill Education, 2014.

RIOS, I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 33 (2), 253–261, 2009.

SALEH, S. S.; SLEIMAN, J. B.; DAGHER, D.; SBEIT, H.; NATAFGI, N. Accreditation of hospitals in Lebanon: is it a worthy investment? **International Journal for Quality in Health Care**, Volume 25, Number 3, 284–290, 2013.

SILVA, A.; VARANDA, J.; DÓRIA-NÓBREGA, S. **Alquimia da qualidade na gestão dos hospitais**. Cascais: Principia, Publicações Universitárias e Científicas, Lda., 2003.

STEFANO, N. M.; CASAROTTO FILHO, N. Avaliação da qualidade dos serviços por meio da escala SERQUAL de Parasuraman et al. **Revista da Universidade de Aveiro**, 4, 6, 1-10, 2013.

VAZ CARNEIRO, A. **O Hospital e a desumanização**. In: NUNES, R.; BRANDÃO, C. (Coord.). **Humanização da Saúde**. Coimbra: G.C. - Gráfica de Coimbra, Lda., 2007.

WELDRING, T.; SMITH, S. M. S. Patient-reported outcomes (PROS) and Patient-reported outcome measures (PROMS). **Health Services Insights**, 6, 61–68, 2013.

WOODWARD, C. A. **Improving provider skills - strategies for assisting health workers to modify and improve skills: developing quality health care - a process of change**. Geneva: World Health Organization, 2000.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-170-1

