



INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO
DE LISBOA

Avaliação da satisfação dos utentes com o Serviço de Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora – Diagnóstico e proposta de melhoria

Madalena Corrêa Henriques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:

Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar,
ISCTE-IUL

outubro, 2023



BUSINESS
SCHOOL

Departamento de Marketing, Operações e Gestão Geral

**Avaliação da satisfação dos utentes com o serviço de
Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de
Évora – Diagnóstico e proposta de melhoria**

Madalena Corrêa Henriques

Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde

Orientadora:
Prof. Doutora Sofia Lopes Portela, Professora Auxiliar
ISCTE-IUL

outubro, 2023

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à minha família pela oportunidade que me proporcionou de frequentar o Mestrado de Gestão de Serviços de Saúde. Ao meu pai, Francisco Corrêa Henriques, por todo o apoio e orientação ao longo desta etapa.

Gostaria, também, de agradecer à Professora Doutora Sofia Lopes Portela, minha orientadora, pela disponibilidade e conhecimentos transmitidos.

Ao Hospital Espírito Santo de Évora, principalmente à Doutora Ireneia Marques e à sua equipa, pela dedicação e apoio disponibilizados e por me terem dado a oportunidade de conhecer, *in loco*, a unidade de Hospitalização domiciliária, como funciona e a maneira como presta o serviço aos seus doentes através de um dia passado a acompanhar as visitas realizadas.

Gostaria, finalmente, agradecer ao Hospital a rapidez com que me conseguiu proporcionar os dados necessários para a realização da minha tese.

Resumo

Com o progressivo aumento do envelhecimento da população têm-se assistido a um acréscimo da procura de cuidados de saúde com múltiplas consequências relacionadas nomeadamente com o aumento da sobrelotação hospitalar o que por sua vez gera, também, um acréscimo das taxas de infeções hospitalares. Estas realidades devem constituir um motivo de preocupação para os sistemas de saúde, dado que colocam em risco a segurança dos doentes.

A Hospitalização Domiciliária surge como uma alternativa ao internamento hospitalar que permite não só uma diminuição considerável das taxas de ocupação hospitalar, como também das complicações associadas ao internamento convencional, proporcionando um atendimento de maior qualidade mantendo os resultados clínicos e a segurança do paciente equivalentes aos de uma hospitalização convencional.

Posto isto, achou-se pertinente avaliar a satisfação dos utentes e familiares/acompanhantes relativamente ao serviço de Hospitalização Domiciliária prestado através de uma análise às respostas do questionário atualmente aplicado pelo hospital. Através da análise realizada percebeu-se que os utentes encontram-se bastante satisfeitos com o serviço prestado pelo que, achou-se pertinente analisar e comparar outros questionários aplicados e publicados sobre avaliação de Hospitalização Domiciliária para garantir a veracidade das respostas obtidas.

Palavras-chave: Envelhecimento da população, sobrelotação hospitalar, infeções hospitalares, Hospitalização Domiciliária

JEL Classification: M10

Abstract

Due the progressive increased in the aging of the population, there has been a parallel increase in the demand for health care. This trend has translated into multiple consequences related to the increase in hospital overcrowding, which also generates an increase in the rates of hospital infections, considering being a cause for concern for healthcare systems, as they put patient safety at risk.

Home Hospitalization appears as an alternative to hospital admission that allows not only a considerable reduction in hospital occupancy rates, but also in the complications associated with conventional hospitalization, providing higher quality care while maintaining clinical results and patient safety equivalent to those of conventional hospitalization.

Thus, it was considered pertinent to evaluate the satisfaction of users and family their members regarding the Home Hospitalization service provided. Through an analysis applied by Hospital do Espírito Santo de Évora it was noticed that users are quite satisfied with the service provided, therefore, it was considered pertinent to analyze and compare other questionnaires applied and published on the evaluation of Home Hospitalization to guarantee the veracity of the answers obtained.

Keywords: Population aging, hospital overcrowding, hospital infections, Home Hospitalization

JEL Classification: M10

Índice

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABELAS.....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS.....	VII
GLOSSÁRIO	VIII
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	5
2.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO	5
2.2. SOBRELOTAÇÃO DOS HOSPITAIS.....	7
2.3. INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE	9
2.4. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA.....	11
2.4.1 Conceito e objetivo	11
2.4.2 Evolução histórica.....	12
2.4.3 Funcionamento e patologias elegíveis.....	12
2.4.4 Gestão do processo clínico dos doentes e fluxograma de admissão	13
2.4.5 Controlo de infeções e gestão de resíduos	14
2.4.6 Vantagens da HD.....	14
2.5. FATORES QUE INFLUENCIAM A SATISFAÇÃO DO DOENTE COM O SERVIÇO DE HD	16
3. METODOLOGIA.....	19
3.1. OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	19
3.2. METODOLOGIA E OPÇÕES METODOLÓGICAS	20
3.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	20
3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	20
4. APRESENTAÇÃO DO HESE E DO SEU SERVIÇO DE HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA	22
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE INFORMAÇÃO	24
5.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	24
5.2. AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DO DOENTE OU FAMILIAR/ACOMPANHANTE	26
5.3. AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA	29
5.4. TESTES DE HIPÓTESES	29

6. COMPARAÇÃO DO ATUAL QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES COM O SERVIÇO DE HD NO HESE COM OUTROS QUESTIONÁRIOS PUBLICADOS	31
7. RECOMENDAÇÕES	37
8. CONCLUSÕES	41
BIBLIOGRAFIA	43
ANEXOS	50
ANEXO A – [PEDIDO DOS DADOS REALIZADO AO HOSPITAL]	50
ANEXO B – [VALIDAÇÃO DA COMISSÃO DE ÉTICA DO HESE]	51
ANEXO C – [QUESTIONÁRIO APLICADO PELO SERVIÇO DE HD DO HESE]	52
ANEXO D – [TESTE DE <i>MANN WHITNEY</i> REFERENTE AO GÉNERO]	54
ANEXO E – [TESTE DE <i>MANN WHITNEY</i> REFERENTE A QUEM RESPONDEU AO QUESTIONÁRIO]	55
ANEXO F – [TESTE DE <i>KRUSKAL-WALLIS</i> REFERENTE ÀS HABITAÇÕES LITERÁRIAS]	56
ANEXO G – [TESTE DE INDEPENDÊNCIA DE QUI-QUADRADO REFERENTE À “AVALIAÇÃO GLOBAL” E “ACONSELHARIA UM AMIGO/FAMILIAR A RECORRER AO HOSPITAL?”]	57
ANEXO H – [CORRELAÇÃO DE SPEARMAN]	58
ANEXO I – [PROPOSTA DE QUESTIONÁRIO]	59

Índice de Tabelas

Tabela 1 Consistência interna.....	29
------------------------------------	----

Índice de Figuras

Figura 5.1 Distribuição da amostra por tipo de respondente	24
Figura 5.2 Distribuição da amostra por género.....	24
Figura 5.3 Distribuição da amostra por grupo etário.....	25
Figura 5.4 Distribuição da amostra por estado civil	25
Figura 5.5 Distribuição da amostra por situação profissional.....	26
Figura 5.6 Distribuição da amostra por habilitações literárias.....	26
Figura 5.7 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Informações e Apoio”	27
Figura 5.8 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Equipa – Médicos”	27
Figura 5.9 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Equipa – Enfermeiros” ...	28
Figura 5.10 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Acompanhamento da Equipa”	28
Figura 5.11 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Comunicação com a Equipa”	28

Glossário

CRI - Centro de Responsabilidade Integrada

DGS - Direção Geral da Saúde

EIP-AHA - Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável

EU - União Europeia

HD - Hospitalização Domiciliária

HESE - Hospital do Espírito Santo de Évora

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

MCDT's - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PPCIRA - Programa para a Prevenção e Controlo de Infecções e Resistências aos Antimicrobianos

RAM - Reação Adversa ao Medicamento

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UHD - Unidade de Hospitalização Domiciliária

WHO - World Health Organization

1. Introdução

De acordo com o Despacho n.º 9323-A/2018, de 27 de setembro, da Secretária de Estado da Saúde, em 2018, na elaboração do programa para a saúde, o Governo Português deu como prioridade melhorar a prestação do SNS, tendo como objetivo oferecer uma qualidade mais elevada nos cuidados de saúde prestados e, consequentemente, atingir resultados mais satisfatórios.

O crescente envelhecimento da população causado pelo aumento da esperança média de vida e, por consequência, o acréscimo da prevalência de patologias crónicas, resulta num aumento da procura por cuidados de saúde de nível hospitalar o que, inevitavelmente, representa um desafio para os sistemas de saúde (Cunha et al., 2017; OPSS, 2019). Torna-se, portanto, crucial procurar soluções para melhor gerir a procura desajustada de cuidados de saúde face à oferta disponível, que, entre outras medidas, passa por oferecer alternativas ao internamento hospitalar tradicional, tal como hoje o conhecemos, que mantenham a qualidade dos cuidados prestados e a segurança clínica do doente.

Neste âmbito, a HD surgiu como uma alternativa ao internamento hospitalar, oferecendo assistência médica em casa ao utente que, necessitando de internamento, cumpra em simultâneo um conjunto de critérios clínicos, sociais e geográficos (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018). A HD surge para proporcionar uma qualidade de vida melhor ao doente, oferecendo um atendimento mais personalizado e mantendo os resultados clínicos equivalente ao de uma hospitalização convencional (Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017; Despacho n.º 9323-A/2018, 2018).

A HD proporciona uma redução do risco de complicações, das taxas de reinternamento e das taxas de infeções hospitalares (Cotta et al., 2001; Despacho n.º 9323-A/2018, 2018; Nortadas et al., 2020), quando comparada com o tradicional internamento hospitalar, com reflexos na saúde dos doentes. Efetivamente, as infeções associadas aos cuidados de saúde são atualmente um dos grandes problemas à escala mundial, uma vez que, sempre que se registam, colocam em risco a segurança do doente (Fraser et al., 2021; Gupta et al., 2018; Liu et al., 2023). Além disso, a HD melhora o acesso aos cuidados de saúde em contexto hospitalar e auxilia na sobrelotação dos hospitais, disponibilizando mais camas para o tratamento de doentes agudos (Despacho n.º 9323-A/2018, 2018), o que acaba por se tornar bastante vantajoso, dado que o congestionamento hospitalar traz consigo inúmeros problemas para a saúde dos doentes durante o seu internamento, desde logo por proporcionar ambientes bastante mais propícios à contração de infeções (DGS, 2007; Pina et al., 2010).

Contudo, ainda que em Portugal a HD seja uma alternativa relativamente recente os seus benefícios são mais que evidentes.

Atualmente, as organizações de saúde investem inúmeros recursos na elaboração de pesquisas, com o intuito de alcançarem elevados níveis de satisfação por parte dos doentes (Semyonov-Tal & Lewin-Epstein, 2021), dado que esta é uma das componentes para mensurar a qualidade dos cuidados de saúde prestados (Alemu et al., 2023; Semyonov-Tal & Lewin-Epstein, 2021). Elevados níveis de satisfação com os serviços de saúde prestados é sinónimo de uma elevada qualidade dos cuidados de saúde oferecidos (Semyonov-Tal & Lewin-Epstein, 2021).

Além disso, através da avaliação da satisfação do doente é possível identificar lacunas que existam na prestação de cuidados médicos, para posteriormente implementar medidas de melhoria que vão ao encontro das suas necessidades e expectativas (Alemu et al., 2023). O objetivo é proporcionar o melhor serviço possível para garantir que haja, por parte do paciente, uma maior probabilidade de retenção na organização e uma maior adesão e envolvimento no tratamento (Cazabona et al., 2020; Silva et al., 2022). Estudos anteriores revelam que utentes satisfeitos aderem mais facilmente ao tratamento, sendo a probabilidade de o terminarem bastante mais elevada e existindo uma probabilidade menor de ocorrer uma readmissão involuntária (Silva et al., 2022).

Deste modo, o objetivo desta tese é avaliar a satisfação dos utentes com o serviço de Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora e apresentar propostas de melhoria.

O tema proposto decorre da pertinência em estudar o nível de satisfação dos utentes com este serviço, relativamente recente, e na consequente proposta de melhoria, numa lógica de melhoria contínua. Assim sendo, os objetivos específicos para este estudo consistem nos seguintes:

- Caracterizar os utentes/cuidadores que frequentam o Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Avaliar a satisfação dos utentes/cuidadores relativamente à informação transmitida pela equipa médica e ao apoio prestado no Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Avaliar, na perspetiva dos utentes/cuidadores, a prestação dos médicos responsáveis pelo Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar, na perspetiva dos utentes/cuidadores, a prestação dos enfermeiros responsáveis pelo Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;

- Avaliar o acompanhamento que a equipa médica disponibiliza aos utentes/cuidadores do Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar a comunicação do utente/cuidador com a equipa médica do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar se o utente/cuidador recomendaria o serviço e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar a qualidade do atendimento e satisfação global do doente/cuidador relativamente ao Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Apresentar propostas de melhoria para as dimensões com as quais os utentes/cuidadores estão menos satisfeitos.

Desta forma, a questão de investigação à qual se procura dar resposta neste estudo é a seguinte: “Qual o grau de satisfação dos utentes com o serviço de Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora?”. Para tal, foi utilizado um questionário de satisfação anteriormente administrado pelo serviço de HD do HESE aos doentes/cuidadores, o qual ainda não tinha sido alvo de análise em detalhe. O foco principal deste projeto é, através da análise do questionário, devidamente anonimizado, propor um plano de melhorias de gestão, contribuindo de forma positiva para a implementação de melhorias no serviço prestado e nos indicadores de satisfação do utente/cuidador.

O presente documento é composto por sete capítulos, sendo o primeiro a Introdução. O segundo capítulo é constituído pela revisão de literatura, debruçando-se sobre os temas considerados pertinentes para a elaboração do estudo, designadamente: o envelhecimento da população onde são descritas as causas para este problema e realizada uma análise da evolução das principais variáveis ao longo dos anos, a sobrelotação dos hospitais onde são referidos os prejuízos que este problema acarreta para o utente e como a HD pode ser uma mais-valia, as infeções associadas aos cuidados de saúde no qual são apresentados os problemas que as infeções proporcionam ao doente e como a HD poderia aliviar este problema, a hospitalização domiciliária onde é descrito o seu conceito, evolução história, funcionamento e patologias elegíveis, gestão do processo clínico dos doentes e fluxograma de admissão, controlo de infeções e a gestão de resíduos e, por fim as suas vantagens e, por último, os fatores que influenciam a satisfação do doente onde se analisa, no serviço de HD, quais os aspetos que influenciam a satisfação do utente durante o internamento.

No terceiro capítulo é apresentada a Metodologia do projeto onde se descreve a população e amostra do estudo e se procede à explicação dos métodos e instrumentos de

recolha de dados utilizados. O capítulo seguinte é dedicado a uma breve apresentação e descrição do Hospital do Espírito Santo e do respetivo serviço de Hospitalização Domiciliária.

Seguidamente, no quinto capítulo são apresentados e analisados os dados obtidos pelas respostas do questionário atualmente aplicado pelo serviço domiciliário. No capítulo seis é realizada uma comparação entre os temas abordados no questionário atualmente aplicado pelo serviço de HD com os temas abordados noutros questionários aplicados e publicados sobre HD .

O sétimo capítulo corresponde às recomendações sugeridas para o questionário atualmente em vigor e, por fim, o oitavo e último capítulo onde são apresentadas as conclusões incluindo uma discussão sobre os resultados e exposição de propostas de melhoria para o respetivo serviço.

2. Revisão de Literatura

2.1. Envelhecimento da população

“As características sociais e económicas de um país e da sua população são intrínsecas a qualquer sistema de saúde e, nalgumas vertentes, são simultaneamente causa e consequência do próprio sistema” (Deloitte, 2011, p. 16). O desenvolvimento sustentável do sistema de saúde é um tema corrente dada a insuficiência de recursos, que se reflete numa capacidade de resposta limitada. Assim sendo, fatores como o envelhecimento gradual da população e o aumento da esperança média de vida, e por consequência a maior procura pelo sistema de saúde, representam alguns dos desafios dos sistemas de saúde tanto a nível mundial como em Portugal (OPSS, 2019).

Não obstante o aumento considerável da esperança média de vida, muito pode ainda ser feito não só para o acréscimo da longevidade, mas também, e sobretudo, para melhorar a qualidade de vida no período do envelhecimento. Estas melhorias dependerão também do empenho individual de cada cidadão para assumir a responsabilidade pela sua própria saúde e da sociedade como um todo (WHO, 2002).

Estamos a assistir a um envelhecimento gradual e progressivo da população. A nível global, prevê-se que a população idosa, com 80 ou mais anos, mais que triplique de 2017 para 2050, passando dos 137 milhões para os 425 milhões, respetivamente. Noutras regiões do mundo, com exceção de África, aproximadamente um quarto das respetivas populações terão mais de 60 anos em 2050 (ONU, 2019).

Na Europa, 101,1 milhões de habitantes, ou 19,7% da população, tinham 65 ou mais anos em 2018, esperando-se atingir os 149,2 milhões de indivíduos, ou 28,5% da população, em 2050 (Eurostat, 2019). Na UE, em 2009, os idosos com 65 ou mais anos de idade, correspondiam a cerca de 17,4% da população. Já em 2019, esta população já representava 20,3% do total, assistindo-se, concomitantemente, a uma diminuição da população jovem e adulta (Eurostat, 2020). Dados mais recentes, de 2021, permitiram-nos constatar que esta tendência se mantém, com a população idosa, em termos relativos, a aumentar para os 20,8% na UE.

Em 2022, entre os países europeus, Itália liderava o ranking da população com mais de 65 anos, com 23,8% da população total, logo seguida de Portugal, com 23,7%, quando, em termos médios, na Europa 21,1% da população tinha mais de 65 anos (Eurostat, 2022b).

Em Portugal, tem-se verificado, nas últimas décadas uma tendência de crescimento da população com mais de 65 anos. Efetivamente, se em 1975 esta faixa etária representava 10,2% da população total, 20 anos mais tarde, em 1995, esta já tinha subido para os 14,9% e, volvidos mais 20 anos, em 2015, representava agora 20,5% do respetivo universo. Em 2020

e 2021, a situação agravou-se, com a população com mais de 65 anos a representar agora, 22,7% e 23,5%, respetivamente, da população total (Pordata, 2023a). Conclui-se, pois, que este fenómeno do envelhecimento da população portuguesa, que não é recente, se tem vindo a agravar, com todas as consequências que tal representa para a sociedade, não só em termos económicos, mas também sociais e até culturais.

O fenómeno do envelhecimento da população, está diretamente relacionado não só com a progressiva diminuição da taxa de natalidade, mas também com o aumento da esperança média de vida. Em 2020, na EU uma mulher tinha 1,50 filhos (1,43 em 2002) (Pordata, 2023b) e a esperança média de vida era de 80,4 anos (77,6 anos em 2002) (Pordata, 2022a). Já em Portugal, uma mulher tinha, em média, 2,25 filhos em 1980, diminuindo para os 1,55 em 2000 e para os 1,40 filhos em 2020 (Pordata, 2022b). Ou seja, ao contrário do que se verificou na UE, em Portugal, o número de filhos por mulher diminuiu (Pordata, 2023b) o que tem vindo a contribuir para o envelhecimento progressivo da população (Pordata, 2022b). Também em Portugal, a esperança média de vida era de 71,1 anos em 1980, evoluindo muito favoravelmente para os 76,4 anos em 2000, tendo ultrapassado a média da União Europeia em 2020, para os 80,7 anos (Pordata, 2022c).

No início de 2021, a idade média da população da UE alcançou os 44,1 anos, aumentando 0,2% relativamente aos dados do ano anterior. Na mesma data, Itália era o país da UE com a população mais envelhecida, com uma idade média de 47,6 anos, com a Alemanha e Portugal no segundo e terceiros lugares, com idades médias de 45,9 e 45,8 anos, respetivamente (Eurostat, 2022a).

Em Portugal, a idade média da população aumentou 4,1 anos de 2011 para 2021, dos 41,7 para os 45,8 anos, valor este superior ao da média na UE (Eurostat, 2022a). Em Portugal, o índice de envelhecimento, que explica a relação que existe entre a população idosa e a jovem, passou de 27,5% em 1961 para 182,7% em 2021 (Pordata, 2023c), o que consequentemente acaba por criar impacto na sociedade como um todo e obriga a que sejam realizadas adaptações a diversos níveis, principalmente nos sistemas de saúde.

Em face do acima exposto, a promoção de um envelhecimento ativo e saudável começou a tornar-se numa das prioridades políticas da Comissão Europeia para “ajudar as pessoas a manterem o controlo das suas próprias vidas pelo maior tempo possível, à medida que envelhecem e, sempre que possível, contribuírem para a economia e a sociedade” (Eurostat, 2019, p. 9). A EIP-AHA é uma iniciativa lançada pela Comissão Europeia que veio alterar a forma como encaramos o envelhecimento, promovendo a inovação e a transformação digital para um envelhecimento mais inclusivo e satisfatório. Esta iniciativa apoia comportamentos e tomada de medidas preventivas por parte da população para as pandemias “silenciosas” (Comissão Europeia, 2016).

As profundas transformações demográficas que se tem verificado nas últimas décadas por toda a Europa tem originado grandes desafios para os sistemas de saúde, tendo em conta que uma população mais idosa recorre mais vezes e por mais tempo aos cuidados médicos, exigindo, por isso, mais do sistema, o qual, para poder dar uma resposta à altura, deve ser adequadamente financiado e organizado.

A progressiva pressão que se está a sentir na capacidade de resposta do sistema de saúde português, obriga a encontrar formas alternativas de solucionar este grande desafio, em termos de gestão e financiamento (Alves et al., 2017; Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017). Assim, a HD, pode ajudar a dar resposta a esta crescente pressão do sistema de saúde (Cotta et al., 2001; Deloitte, 2011).

A HD tornou possível o prolongamento da capacidade do hospital, para além dos seus limites físicos, dando resposta aos problemas de sobrelotação nos serviços de saúde (Alves et al., 2017; Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017; Nortadas et al., 2020) – agravados pelo envelhecimento da população e aumento da esperança média de vida –, com as vantagens clínicas para o paciente, proporcionadas por um ambiente adaptado às suas necessidades (Cotta et al., 2001; Nortadas et al., 2020), ao mesmo tempo em que é possível diminuir substancialmente a duração do internamento hospitalar, das taxas de infeções e dos custos médicos associados (Chang & Chou, 2015; Cheng et al., 2018; Cotta et al., 2001; Sharifi et al., 2012) – que têm sido agravados pela maior procura e permanência nos cuidados de saúde por parte da população idosa (Cotta et al., 2001; OPSS, 2019).

A HD representa, portanto, uma oportunidade para a continuidade de cuidados médicos e a obtenção de melhores resultados para os utentes (Cheng et al., 2018; SNS, 2020), oferecendo um cuidado de nível hospitalar no domicílio (DGS, 2018a).

2.2. Sobrelotação dos Hospitais

O progressivo aumento da esperança média de vida, que se traduz num envelhecimento da população e, conseqüentemente, no aumento da prevalência de patologias crónicas, gera um aumento da necessidade de cuidados médicos de nível hospitalar, traduzindo-se, portanto, na sobrelotação dos serviços de saúde e das camas disponíveis para internamento (Cunha et al., 2017).

A sobrelotação dos hospitais é, pois, considerada um dos grandes problemas de saúde a nível mundial, principalmente nos serviços de urgência (Hsu et al., 2019; Pascasie & Mtshali, 2014; Salway et al., 2017) e nas unidades de cuidados intensivos (Soyemi & Aborode, 2022), devido aos volumes crescentes de procura por parte dos utentes a requerer internamento (Harrou et al., 2020; Hsu et al., 2019; Salway et al., 2017; Xiao et al., 2016). Esta situação

acaba por ter consequências devastadoras, dado que existe uma incompatibilidade evidente entre os recursos disponíveis e as necessidades, sendo que estas últimas são bastante superiores (Salway et al., 2017; Xiao et al., 2016), desequilíbrio que origina taxas mais elevadas de problemas de saúde (Kamis et al., 2021).

Atualmente, são mais que evidentes os prejuízos que a referida sobrelotação provoca nos utentes, passando por possíveis atrasos nos tratamentos de pacientes diagnosticados com doenças mais graves e complexas, o que consequentemente tem reflexos no aumento dos tempos de espera – acabando por agravar as complicações do doente, pois acredita-se que intervenções precoces produzem melhores resultados em saúde (Salway et al., 2017) –, e representa um aumento do número de erros médicos e da taxa de morbilidade e mortalidade dos utentes (Harrou et al., 2020; Hsu et al., 2019; Salway et al., 2017; Soyemi & Aborode, 2022).

Estudos anteriores, que analisaram bancos de dados com o objetivo de comparar as taxas de mortalidade em doentes que frequentam as unidades de saúde em períodos de sobrelotação *versus* períodos sem sobrelotação, concluem que a taxa de mortalidade é superior em alturas mais congestionadas (Salway et al., 2017). Outro estudo que analisou os resultados dos pacientes internados em unidades de cuidados intensivos, submetidos a períodos de espera superiores a 6 horas, concluía que houve um aumento no tempo de internamento do doente e que as taxas de mortalidade, nesses casos, foram superiores (10,7% em comparação aos 8,4%) (Chalfin et al., citado em Salway et al., 2017).

Deste modo, a sobrelotação dos hospitais aumenta o tempo de internamento (Erenler et al., 2014; Harrou et al., 2020; Salway et al., 2017) e provoca, tanto nos utentes como nos profissionais de saúde, um sentimento de insatisfação com o serviço médico prestado pela organização (Erenler et al., 2014; Harrou et al., 2020; Hsu et al., 2019; Pascasie & Mtshali, 2014; Soyemi & Aborode, 2022), dado que existe uma redução da qualidade do mesmo (Erenler et al., 2014; Harrou et al., 2020; Pascasie & Mtshali, 2014; Salway et al., 2017; Soyemi & Aborode, 2022; Xiao et al., 2016).

Situações de sobrelotação acabam também por proporcionar ambientes hospitalares mais propícios a vírus, fungos e pragas e aumentam o risco de propagação de várias doenças respiratórias e de resultados fisiológicos adversos (Kamis et al., 2021).

Estas situações, quando se verificam, são potencialmente geradoras de prejuízos a nível financeiro para a própria instituição de saúde, uma vez que períodos de internamento mais reduzidos geram maior capacidade de resposta por parte da organização (Salway et al., 2017), dado que existe uma maior taxa de rotatividade das camas hospitalares (Hsu et al., 2019).

Acresce dizer que os problemas de sobrelotação são também muitas vezes criados pela falta de profissionais de saúde disponíveis, sobretudo durante o fim de semana, com reflexos

em inícios da semana mais congestionados, agravados por existir, em regra, um mais reduzido número de altas dos pacientes durante esse período (Soyemi & Aborode, 2022). Em algumas cidades, como Nova Iorque, as altas diárias realizadas ao fim de semana são praticamente metade das realizadas durante a semana (Salway et al., 2017).

Em face do acima exposto tornou-se, portanto, crucial reduzir ao máximo a permanência dos doentes nas organizações de saúde de modo a tentar minimizar os problemas que advêm da sobrelotação (Hsu et al., 2019).

A HD aparece como uma solução alternativa, proporcionando vantagens clínicas para o paciente (Nortadas et al., 2020), através da prestação de cuidados de saúde de nível hospitalar no domicílio (Alves et al., 2017). A HD proporciona também maior comodidade ao utente durante a realização do seu tratamento, melhorando a sua qualidade de vida e usufruindo, de forma mais eficiente, dos recursos hospitalares disponíveis (Cotta et al., 2001).

A HD tornou possível a otimização dos serviços prestados levando à expansão do hospital além dos seus condicionamentos físicos. Os utentes são transferidos numa fase precoce do internamento conseguindo, deste modo, libertar camas para os doentes com diagnósticos mais graves (Nortadas et al., 2020), dando, por isso, resposta aos problemas que a sobrelotação acarreta (Alves et al., 2017; Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017; Nortadas et al., 2020), ao mesmo tempo que diminui substancialmente a duração do internamento hospitalar e dos custos médicos associados (Chang & Chou, 2015; Cheng et al., 2018; Cotta et al., 2001; Sharifi et al., 2012).

2.3. Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

Embora ao longo dos anos a prestação de mais e melhores cuidados de saúde tenha trazido benefícios acrescidos para a saúde dos doentes, por outro lado, também é verdade que o recurso mais intensivo a estes serviços pode acarretar alguns efeitos indesejáveis, designadamente, em contexto hospitalar, situação em que os pacientes ficam bastante mais vulneráveis a contrair infeções durante a prestação desses cuidados (DGS, 2007; Pina et al., 2010).

As IACS ocorrem geralmente quando os pacientes são infetados por consequência dos cuidados e procedimentos de saúde, que se podem registar em contexto hospitalar ou ambulatório (DGS, 2007), sem qualquer evidência da sua presença ou estado de incubação no momento de admissão. As IACS podem aparecer durante o internamento ou após a alta do doente (Fraser et al., 2021; Gupta et al., 2018; Liu et al., 2023) e, muitas vezes, afetam também os próprios profissionais de saúde (DGS, 2007; Gupta et al., 2018).

As IACS são um problema de saúde pública global de grande relevância para a segurança do doente (DGS, 2017, 2018b; Fraser et al., 2021; Gupta et al., 2018; Liu et al., 2023; Mitchell et al., 2017; Nguemeleu et al., 2020; Pina et al., 2010; Scardoni et al., 2020) e para a carga de doenças nas organizações de saúde (Liu et al., 2023). Contudo, se forem tomadas as devidas medidas de prevenção e controlo, este problema é evitável em até 30% dos doentes (Gupta et al., 2018).

Apesar do investimento realizado na prevenção e controlo das infeções, que trouxe melhorias e estratégias de prevenção mais eficazes, as IACS (i) continuam a ser responsáveis por uma elevada taxa de morbilidade e mortalidade, originando gastos excessivos com a prestação de cuidados de saúde (Angelis et al., 2010; DGS, 2017, 2018b; Fraser et al., 2021; Gupta et al., 2018; Liu et al., 2023; Mitchell et al., 2017; Nguemeleu et al., 2020; Núñez-Núñez et al., 2018; Pina et al., 2010; Scardoni et al., 2020), (ii) aumentam o tempo de internamento do doente – o que torna a infeção praticamente inevitável (Angelis et al., 2010; DGS, 2017, 2018b; Fraser et al., 2021; Liu et al., 2023; Pina et al., 2010), (iii) reduzem a qualidade dos cuidados prestados (Fraser et al., 2021; Nguemeleu et al., 2020) e (iv) são um dos principais impulsionadores do aumento da RAM (Fraser et al., 2021; Liu et al., 2023; Scardoni et al., 2020). As IACS e as RAM estão intrinsecamente relacionadas e podem atuar sinergicamente dentro dos hospitais (Liu et al., 2023), aumentando o consumo de recursos hospitalares (DGS, 2007).

De acordo com a OMS, um em cada quatro pacientes internados em unidades de cuidados intensivos corre o risco de contrair uma IACS, tornando-se, por isso, uma das maiores causas de morte a nível mundial (DGS, 2007). Em utentes hospitalizados, a prevalência das IACS é superior nos países em desenvolvimento quando comparados com os desenvolvidos – uma taxa de prevalência de 10% nos primeiros e 7% nos segundos (Liu et al., 2023). Na Europa, a taxa de prevalência das IACS é de 7,1% (Fraser et al., 2021). Pensa-se que, anualmente, na Europa, existam mais de 2,6 milhões de novos episódios de IACS, com uma frequência bastante maior em relação às outras doenças infecciosas notificadas (Scardoni et al., 2020).

Em Portugal, apesar da taxa de infeções ter vindo a descer ao longo dos anos, uma vez que, em 2012, um estudo realizado para medir a prevalência de infeções nos hospitais europeus declarou que em Portugal 10,5% dos doentes internados sofrem de problemas de IACS (DGS, 2017), já em 2017, no segundo Inquérito Europeu de Prevalência de Ponto de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde, realizado a 125 organizações de saúde portuguesas, organizado pelo Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças revelou uma prevalência de infeções em 7,8% dos doentes internados em contexto hospitalar (o que representa uma redução de 2,7% em relação a 2012) e 4% dos doentes internados em unidades de cuidados continuados integrados adquirem IACS (DGS, 2017, 2018b).

O custo com os doentes que adquirem IACS é 2,8 vezes superior ao dos demais, com o aumento do tempo de internamento do paciente na organização de saúde a ser uma das principais causas por esse aumento de custo. Assim sendo, todos os esforços desenvolvidos para evitar as IACS são também esforços para a redução dos custos associados ao tempo de internamento e de tratamento da infeção (Angelis et al., 2010).

Existem fatores que estão associados ao aumento da probabilidade de ocorrência das IACS, tais como a: idade do paciente - geralmente indivíduos com mais de 85 anos -, colocação de dispositivos internos nos doentes e o internamento dos pacientes em unidades de cuidados intensivos (Liu et al., 2023).

Numa realidade em que as organizações de saúde lutam para controlar os gastos, mantendo a qualidade dos cuidados de saúde prestados, as IACS representam um custo não despidendo (Scardoni et al., 2020).

Têm vindo a ser implementadas medidas para reduzir, tanto quanto possível, o tempo de permanência dos doentes nas unidades de saúde, não só para reduzir os custos associados como também para não comprometer a segurança do doente (Pina et al., 2010).

Neste contexto, a HD começou a ser considerada uma boa medida, por ser capaz de dar resposta às preocupações relativamente à segurança do doente e às despesas desnecessárias com cuidados de saúde. Segundo alguns estudos, a HD permite uma redução significativa da taxa de mortalidade comparativamente ao atendimento hospitalar, em 38%, e consegue, também, uma redução dos gastos com cuidados de saúde comparativamente ao internamento hospitalar (Caplan et al., 2012).

2.4. Hospitalização Domiciliária

2.4.1 Conceito e objetivo

A HD é uma alternativa ao internamento hospitalar que disponibiliza assistência clínica de modo contínuo e coordenado a doentes que, requerendo admissão hospitalar, cumprem uma série de critérios previamente estabelecidos, possibilitando o internamento no seu domicílio sob a vigilância da equipa clínica responsável pela HD, sempre de acordo com a vontade do utente e da sua família (Cotta et al., 2001; DGS, 2018a; Nortadas et al., 2020).

A HD tem como objetivo evitar a admissão hospitalar ou, sempre que esta seja necessária, provocar uma redução do tempo de permanência no hospital, realocando o utente ao seu domicílio, dando continuidade ao internamento em casa (Cunha et al., 2017). Difere do internamento hospitalar pela prestação de cuidados intensivos e altamente especializados em estados agudos e complexos de doença (Nortadas et al., 2020; Rossinot et al., 2019).

2.4.2 Evolução histórica

Em 1947, no estado de Nova Iorque (Estados Unidos da América) foi criada a primeira UHD para dar resposta à necessidade urgente de descongestionar os hospitais e providenciar um ambiente mais familiar e favorável à recuperação dos utentes (Alves et al., 2017; Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017 Escarrabill, 2002).

No decorrer dos anos, vários dos países da Europa desenvolveram programas que procuravam levar até à casa dos doentes os cuidados de saúde de que estes necessitavam. Em 1951, França foi o país piloto a nível europeu a implementar a HD. No entanto, este projeto apenas foi legalmente autorizado em 1992. Outros países seguiram, entretanto, o exemplo francês, começando a desenvolver projetos neste âmbito: o Reino Unido, em 1965, a Alemanha e Suécia em 1970, Itália em 1980 e, por último, Espanha, em 1981 (Alves et al., 2017; Cotta et al., 2001; Escarrabill, 2002). Devido ao facto do desenvolvimento da HD ter sido sempre bastante heterogéneo por toda a Europa, a OMS criou, em 1996, o programa “From Hospital to Home Health Care”. Este programa tinha como finalidade padronizar e promover a prestação de cuidados em contexto domiciliário (Cotta et al., 2001).

Em Portugal, com um claro atraso relativamente aos países europeus acima referidos, a primeira unidade de HD foi implementada pelo Hospital Garcia de Orta, EPE, em novembro de 2015 (Cunha et al., 2017; Nortadas et al., 2020), e volvidos 4 anos, em 2019, existiam já 24 hospitais do SNS a assinar compromissos para a criação de mais UHD. A estas, juntaram-se mais 18 unidades no início de 2020.

Dado as UHD serem muito recentes em Portugal, não é possível ter farta evidência científica sobre o modo como estes serviços são prestados.

2.4.3 Funcionamento e patologias elegíveis

A UHD promete oferecer ao doente a prestação de um plano individual de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, todos os dias da semana, garantido uma equipa hospitalar multidisciplinar constituída por assistentes sociais, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros, médicos e qualquer outro técnico de apoio que seja necessário (DGS, 2018a; Rossinot et al., 2019). Têm, também, de assegurar o internamento hospitalar na eventualidade de existir alguma modificação da condição clínica do doente ou quando as circunstâncias sociais e estruturais ponham em risco a sua segurança (DGS, 2018a).

A UHD oferece um cuidado de nível hospitalar no domicílio do doente, pelo que em condição nenhuma o doente poderá sair prejudicado por se encontrar internado fora do meio hospitalar. Assim sendo, é totalmente assegurado o acesso às outras especialidades na

perspetiva da interdependência e complementaridade que caracteriza a medicina hospitalar (DGS, 2018a).

Em contexto domiciliário, tal como em contexto hospitalar, realizam-se diagnósticos e procedimentos clínicos que permitem realizar o tratamento apropriado ao utente. Algumas das terapêuticas e dos procedimentos que se podem realizar em HD incluem: mielograma, biópsia óssea, punção lombar, paracentese, ventilação mecânica, artrocentese, colheitas de amostras biológicas para análise/microbiologia, tratamento de feridas, eletrocardiograma, ecocardiograma, ecografia, pulsometria, oximetria, polissonografia, colocação de dispositivos de acessos vasculares periféricos, oxigenoterapia, gasimetria, suporte nutricional por via parentérica e entérica, entre outros (DGS, 2018a; Mendizábal et al., 2011).

A HD integra doentes com patologia aguda ou crónica agudizada e também utentes em cuidados paliativos/estado terminal que necessitem provisoriamente de procedimentos terapêuticos e cuidados da responsabilidade exclusiva do hospital, sendo que são provenientes do hospital do dia, serviço de urgência, consulta externa ou referenciados pelos cuidados de saúde primários (DGS, 2018a).

As patologias mais regularmente descritas na literatura como podendo ser tratadas em ambiente de HD abrangem a: “doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca congestiva, celulites/erisipela, infeções adquiridas na comunidade e/ou hospital, infeções por microrganismos multiresistentes” (Caplan et al., 2012; DGS, 2018a; Mendizábal et al., 2011). Por fim, as infeções respiratórias são o diagnóstico mais frequente e representam aproximadamente 30% dos internamentos em UHD (Nortadas et al., 2020).

2.4.4 Gestão do processo clínico dos doentes e fluxograma de admissão

A gestão do processo clínico dos doentes inseridos em HD é crucial para o desempenho das organizações de saúde, devendo-se assegurar que estão reunidos todos os critérios geográficos, sociais, mas sobretudo clínicos para a sua realização. Neste processo deverá ser obrigatório não só a obtenção do consentimento informado, assinado por parte do doente e/ou representante legal, mas também a existência de um diagnóstico clínico que, requerendo internamento, apresente estabilidade clínica compatível com o regime de HD e seja do conhecimento dos profissionais de saúde. Ainda, o local de internamento domiciliar deverá ter uma localização que permita, caso se venha a revelar necessário, uma intervenção em tempo útil. Toda a documentação relativa ao doente deve encontrar-se disponível em suporte informático ou em papel, incluindo a listagem dos fármacos prescritos, de forma a permitir que todos os profissionais a ela possam ter acesso (DGS, 2018a; Mendizábal et al., 2011).

A admissão no programa de HD encontra-se condicionada à resposta do fluxograma de admissão, que integra uma avaliação inicial efetuada pela equipa de HD, tendo os doentes que cumprir critérios de inclusão muito restritos. É tida em consideração as circunstâncias clínicas, sociais e residenciais, nomeadamente a existência de condições higiénico-sanitárias básicas. Uma vez reunidos todos os critérios, o internamento tem de ser aceite voluntariamente pelos doentes, sendo obrigatório a existência de um cuidador informal, mas também de um meio de comunicação – telemóvel ou telefone fixo - que permita, sempre que necessário, entrar em contacto com a equipa de HD. A UHD procede tanto à inclusão como à admissão, readmissão ou exclusão dos doentes (DGS, 2018a).

2.4.5 Controlo de infeções e gestão de resíduos

O controlo de infeções e a gestão de resíduos hospitalares é crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. É preciso, por isso, garantir a limpeza das viaturas utilizadas para as visitas ao domicílio, segundo o Plano Ação Limpeza e Conservação das Viaturas, como das malas de visita, de acordo com o Plano Ação de Atividades Mensal.

Deverá existir uma rota de transporte e recolha de resíduos em articulação com as recomendações do PPCIRA, com o intuito de evitar situações de contaminação cruzada. Por outro lado, e uma vez que a equipa que acompanha o doente não conseguirá estar presente 24 horas por dia, é recomendável que sejam explicadas ao cuidador e ao utente as regras a respeitar para o controlo eficaz de infeções e para o armazenamento da medicação no domicílio, pois é necessário preservar as características da terapêutica (DGS, 2018a).

2.4.6 Vantagens da HD

A HD apresenta um conjunto de vantagens para as diferentes partes envolvidas – doentes, pessoal clínico, unidades e sistemas de saúde - que devem ser tidas em conta na hora de se optar, quando tal é possível, por esta solução de assistência clínica. Discriminam-se, de seguida, algumas das principais vantagens da HD.

Em termos gerais, a HD, para além de representar uma diminuição significativa das taxas de ocupação hospitalar, permite, mantendo um cenário terapêutico ideal e de proximidade, reduzir as complicações relacionadas com o internamento convencional, designadamente as relativas às maiores taxas de infeções associadas à prestação do serviço clínico em ambiente hospitalar, a que se encontram associados custos de tratamento necessariamente mais elevados (Cotta et al., 2001; Nortadas et al., 2020), disponibilizando, simultaneamente,

cuidados médicos que vão ao encontro das necessidades individuais de cada doente para atingir os melhores resultados clínicos possíveis (Aguado et al., 2021; Cheng et al., 2018).

Aconselhada pela OMS e potenciada pelo avanço técnico e tecnológico e pela formação dos profissionais de saúde, a HD representa uma oportunidade para o progresso de soluções que promovam a integração, a continuidade de cuidados médicos e a obtenção de melhores resultados para os utentes (SNS, 2020).

No que respeita a vantagens para o doente, a HD proporciona um melhor atendimento e qualidade de vida, com um maior conforto e privacidade e um menor impacto dos reflexos da doença a nível familiar, social e profissional. A HD oferece um atendimento mais personalizado e humanizado, diminui a probabilidade de ocorrerem complicações relacionadas com o estado de saúde do utente, mantendo os resultados clínicos e a segurança do paciente equivalentes aos de uma hospitalização convencional (Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017). Por parte dos profissionais de saúde, a HD permite que exista uma maior disponibilidade e dedicação ao utente (Cunha et al., 2017; Nortadas et al., 2020). Adicionalmente, esta abordagem clínica tem como objetivo a diminuição das infeções nosocomiais, dos quadros confusionais agudos e das quedas, assegurando uma melhor acessibilidade aos cuidados de saúde e criando uma envolvência psicossocial mais favorável ao doente durante o período de internamento, valorizando o papel da família/cuidador e prevenindo a rejeição, o abandono e a institucionalização (Caplan et al., 2012; DGS, 2018a; Varney et al., 2014).

A HD permite uma diminuição da duração do internamento e da probabilidade de reinternamento (Cotta et al., 2001). Existem estudos que evidenciam que a hospitalização domiciliária permitiu diminuir substancialmente a taxa de reinternamento dos pacientes, de 42,1% para 11,6% (Chang & Chou, 2015), e a duração do internamento hospitalar e dos custos médicos (Chang & Chou, 2015; Escarrabill, 2002; Sharifi et al., 2012). Além disso, investigações realizadas indicam que as visitas domiciliárias são uma boa estratégia para proporcionar aos doentes um atendimento continuado e consistente a longo prazo (Chang & Chou, 2015).

Além disso, a HD está também associada à possibilidade de existir uma participação mais ativa por parte da família/cuidador no decorrer do tratamento e fomenta a autonomia, a recuperação do utente e a literacia em saúde (Aguado et al., 2021; Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017; Nortadas et al., 2020).

Este conjunto de fatores resultam numa maior satisfação do paciente e dos seus familiares durante o tratamento e, conseqüentemente, em melhores resultados de saúde (Bruce Allen Leff, 1990, citado em Deloitte, 2020a; Cotta et al., 2001; Sharifi et al., 2012). No entanto, é importante ter presente que para muitos doentes idosos a HD pode, também, refletir-se num aumento do risco de quedas, declínio funcional e delírio (Deloitte, 2020a).

Para as Unidades de Saúde, a HD proporciona uma maior rentabilidade dos recursos disponíveis e um aumento da sua eficiência, reduzindo o número de estadias desnecessárias, diminuindo os períodos de internamento e aumentando a taxa de rotatividade das camas hospitalares, o que, conseqüentemente, gera uma menor probabilidade de existirem complicações de sobrelotação nos serviços de saúde (Cotta et al., 2001; Escarrabill, 2002).

Ao nível dos sistemas de saúde, a HD permite que haja uma maior eficiência e eficácia do atendimento prestado, um uso mais racional e adequado dos recursos (Cotta et al., 2001) e uma diminuição dos gastos com saúde (Caplan et al., 2012; Cotta et al., 2001; Rossinot et al., 2019).

A HD melhora os processos de internamento e resulta no prolongamento da capacidade do hospital, para além dos seus limites físicos, evitando, deste modo, deslocações do paciente dispensáveis e desta forma descongestiona o serviço de urgência para o doente com necessidades mais urgentes e emergentes (Nortadas et al., 2020). É, pois, uma das soluções para a redução da sobrelotação nos serviços de saúde, permitindo um crescimento rápido da capacidade do hospital em situações de surtos, com as vantagens clínicas para o paciente, proporcionando um ambiente mais confortável e adaptado às suas necessidades (Alves et al., 2017; Deloitte, 2020a; Nortadas et al., 2020).

2.5. Fatores que influenciam a satisfação do doente com o Serviço de HD

Relativamente ao serviço de Hospitalização Domiciliária existem vários fatores que os doentes referem que influenciam a sua satisfação, entre os quais a qualidade do serviço médico prestado, que tem de abranger um cuidado de saúde personalizado, de alta qualidade e mais individualizado para atender às necessidades específicas de cada utente (Facultad & Lee, 2019; Ifediora & Rogers, 2017; Mata et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019; Utens et al., 2013). É também bastante importante para a recuperação e satisfação do paciente que seja oferecida uma sensação de segurança em relação ao tratamento escolhido pela equipa médica, uma vez que a recuperação do doente acontece num contexto domiciliário e, portanto, de forma mais individualizada (Facultad & Lee, 2019; Moor et al., 2020).

Para os doentes é ainda uma grande satisfação poderem ser tratados nas suas próprias casas ao invés de estarem no hospital, na medida em que lhes é proporcionada uma maior privacidade, a que acresce o facto de serem capazes de realizar a sua rotina, ao seu ritmo, sentindo-se, por isso, mais independentes e autónomos, e ter acesso a um ambiente que, para além de ser mais familiar, é também mais silencioso e limpo, no sentido também de existir menor probabilidade de serem contaminados por vírus e bactérias em comparação com

a sua recuperação em ambiente hospitalar (Aguado et al., 2021; Mata et al., 2019; Utens et al., 2013). Os doentes de HD sentem, também, que nesse contexto as conversas com os profissionais de saúde não são apressadas, dado que estes se encontram mais disponíveis para responder às suas dúvidas e preocupações. Acaba-se, por isso, por criar uma maior relação com a equipa médica, os profissionais aprendem mais sobre a vida e rotina dos utentes, fomentando um sentimento de segurança ao doente (Facultad & Lee, 2019; Mata et al., 2019; Siddiqui et al., 2019).

O internamento em contexto domiciliário permite que exista uma continuidade do cuidado de saúde prestado – incluindo o acesso a resultados de exames e tratamentos -, contribuindo para aumentar o nível de satisfação que o doente atribui ao serviço, mas é também imprescindível que o tempo alocado às visitas ao domicílio (duração) seja o adequado e na frequência necessária (Facultad & Lee, 2019; Ifediora & Rogers, 2017; Utens et al., 2013).

Para o doente, é essencial que o serviço seja de qualidade e organizado, de modo a garantir que exista antecipadamente um planeamento das visitas para que o doente consiga gerir melhor o seu tempo, isto é, uma vez que as consultas são agendadas com antecedência, torna-se possível conciliá-las com outras atividades e rotinas pessoais, o que acaba também por ser bastante importante na sua recuperação e satisfação relativamente ao serviço prestado (Facultad & Lee, 2019; Szpytman & Barnett, 2019; Utens et al., 2013). Além disso, estes pacientes ficam bastante satisfeitos com o facto deste contexto domiciliário proporcionar uma maior acessibilidade e flexibilidade relativamente aos horários das visitas da equipa médica (Ifediora & Rogers, 2017; Szpytman & Barnett, 2019).

É crucial que o utente sinta que existe dedicação por parte da equipa de saúde na sua recuperação para ser possível criar uma relação de confiança e segurança entre os profissionais de saúde e o utente (Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013).

Os utentes que optam pelo serviço domiciliário têm também em consideração o tipo de comunicação utilizada pelos profissionais de saúde que frequentam as suas casas, sendo que é indispensável que exista uma comunicação clara e eficaz por parte dos mesmos. Dão preferência a profissionais que expliquem de forma clara os procedimentos e os cuidados que irão ser necessários replicar, tanto pelos próprios doentes como pelos seus cuidadores para que, deste modo, a sua recuperação seja o mais bem-sucedida e cómoda possível e para garantir uma maior aderência ao tratamento e aumentar o sucesso da recuperação (Cheng et al., 2018; Facultad & Lee, 2019; Ifediora & Rogers, 2017; Mata et al., 2019; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019; Utens et al., 2013). É também primordial que exista uma transmissão perfeita de informação entre a equipa médica e o hospital, como, por exemplo, a equipa domiciliária tem de estar sempre informada sobre as altas dos doentes (Utens et al., 2013).

Em contexto domiciliário, é indispensável para os utentes que sejam disponibilizados os equipamentos e recursos necessários para realizar os cuidados de saúde de forma segura e bem-sucedida (Cheng et al., 2018), e que exista, por parte da equipa médica, a atenção necessária para garantir o seu bem-estar e dignidade. Ainda, é também fundamental que estes sintam que têm opinião sobre a sua condição de tratamento (Facultad & Lee, 2019). Para além disto, o suporte emocional fornecido pela equipa médica durante as visitas ao domicílio, relativamente às preocupações do doente, é também relevante para o seu nível de satisfação. Os doentes valorizam igualmente profissionais de saúde que sejam gentis e que disponibilizem o tempo necessário para os atender e compreender (Cheng et al., 2018; Ifediora & Rogers, 2017; Mata et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019; Utens et al., 2013).

Os doentes de HD dão valor ao facto das visitas domiciliárias serem realizadas pelos mesmos profissionais para não ter de existir sistematicamente uma contextualização, por parte do utente à equipa médica, do seu estado de saúde e respetivo tratamento (Utens et al., 2013).

Outro aspeto igualmente importante é a regularidade com que os profissionais pedem opinião ao utente sobre a sua condição de tratamento, que raramente acontece, o que acaba por provocar alguma insatisfação relativamente ao serviço (Facultad & Lee, 2019; Moor et al., 2020).

Para o paciente é essencial a existência de um acesso fácil tanto à linha de apoio ao utente como aos procedimentos para efetuar reclamações, com o intuito de deixar algum tipo de feedback que considerem necessário para melhorar a qualidade do serviço prestado. É também valorizado pelo paciente a disponibilização de contactos atualizados para o caso de serem necessários (Szpytman & Barnett, 2019).

3. Metodologia

Neste capítulo irão ser abordados os objetivos gerais e específicos desta investigação, a metodologia e opções metodológicas utilizadas. Irá ser caracterizada a população e amostra do estudo e explicados os métodos e instrumentos de recolha de dados utilizados na análise dos resultados obtidos.

3.1. Objetivos gerais e específicos

Este estudo tem como objetivo geral proceder à avaliação da satisfação dos utentes com o Serviço de Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora e na consequente apresentação de propostas de melhoria, numa lógica de melhoria contínua. Tem como objetivos específicos:

- Caracterizar os utentes/cuidadores que frequentam o Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Avaliar a satisfação dos utentes/cuidadores relativamente à informação transmitida pela equipa médica e ao apoio prestado no Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Avaliar, na perspetiva dos utentes/cuidadores, a prestação dos médicos responsáveis pelo Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar, na perspetiva dos utentes/cuidadores, a prestação dos enfermeiros responsáveis pelo Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar o acompanhamento que a equipa médica disponibilizou aos utentes/cuidadores do Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar a comunicação do utente/cuidador com a equipa médica do Hospital do Espírito Santo de Évora e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar se o utente/cuidador recomendaria o serviço e a sua relação com a satisfação global;
- Avaliar a qualidade do atendimento e satisfação global do doente/cuidador relativamente ao Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora;
- Apresentar propostas de melhoria para as dimensões com as quais os utentes/cuidadores estão menos satisfeitos.

3.2. Metodologia e opções metodológicas

A metodologia escolhida para este projeto é quantitativa e estará presente no tratamento dos dados recolhidos através de um questionário.

A Unidade de Hospitalização Domiciliária do Hospital em estudo realiza um questionário sobre a qualidade do atendimento e satisfação do doente ou do cuidador, relativamente ao período de internamento domiciliário. Desta forma, pretende compreender as necessidades dos doentes internados e dos cuidadores, de modo a satisfazer as suas necessidades, apresentando um serviço cada vez melhor. Todavia, os seus resultados não têm sido analisados em detalhe pelo hospital.

O objetivo deste projeto é, portanto, analisar de forma pormenorizada os dados provenientes do questionário de satisfação e com base nesse diagnóstico propor um plano de ação de melhoria nos aspetos que forem menos positivos. No questionário em questão, todas as respostas são confidenciais, anónimas e voluntárias, pelo que apenas respondeu ao questionário quem consentiu.

Deste modo, neste estudo, a fonte de informação escolhida, em conjunto com o Hospital, foi a base de dados com as respostas ao questionário de satisfação sendo que, neste momento, o Hospital utiliza um questionário modelo, de avaliação de desempenho, que é normalmente o utilizado pelos demais hospitais. A análise dos dados disponibilizados pelos questionários tem como objetivo tornar possível fazer o diagnóstico da situação e posteriormente apresentar propostas de melhoria para os aspetos com que os doentes manifestem menos satisfação.

Tendo presente a revisão de literatura, um dos objetivos deste trabalho passa também por propor uma melhoria do questionário atualmente aplicado pelo serviço de HD.

3.3. População e amostra do estudo

A população alvo desta investigação são os doentes e cuidadores que foram atendidos pelo Serviço de Hospitalização Domiciliária do Hospital do Espírito Santo de Évora a partir de janeiro de 2022 até janeiro de 2023, com idades compreendidas entre os 6 e os 83 anos. Para este estudo foram analisadas as 160 respostas ao questionário disponíveis.

3.4. Métodos e instrumentos de recolha de dados

O questionário é composto por quatro secções que são respetivamente “Informação e Apoio”, “Equipa” sendo que esta secção se divide em “Médicos(as)” e “Enfermeiros(as)”,

“Acompanhamento da Equipa” e “Comunicação com a Equipa”. Posteriormente existe uma questão dedicada à “Avaliação Global” do utente/cuidador. Os doentes/cuidadores avaliam o seu nível de satisfação com o seu internamento nos diferentes parâmetros numa escala de Likert de 1 a 4 (em que 1 = “Nada Satisfeito” e 4 = “Totalmente Satisfeito”), incluindo, também, como opção de resposta “Não sabe” e “Não se Aplica”. O questionário encontra-se no Anexo C.

Seguidamente, o questionário apresenta uma questão para perceber se o utente/cuidador “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?” sendo que nesta variável as opções de resposta são apenas “Sim” e “Não”.

Posteriormente, existe uma secção de resposta aberta de forma a proporcionar um espaço onde podem ser deixados comentários e sugestões para melhorar a qualidade do serviço e, por último, o questionário termina com uma secção dedicada à “Caracterização do respondente”.

A análise de dados do questionário será realizada utilizando o IBM SPSS *software*, tendo sido utilizadas várias técnicas de estatística descritiva e inferencial nomeadamente testes de *Mann Whitney*, testes de *Kruskal-Wallis* e testes de independência de Qui-Quadrado. As conclusões sobre todos os testes de hipóteses tiveram por base um nível de significância de 5%.

4. Apresentação do HESE e do seu serviço de Hospitalização Domiciliária

O Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE, fundado em 1495, é a maior e mais importante unidade hospitalar do território alentejano, prestando cuidados de saúde a todo o Alentejo.

Em 2006, o HESE foi transformado numa Entidade Empresarial levando a que existisse uma alteração intrínseca e complexa ao nível da organização interna, da diferenciação das suas valências e das instalações físicas, alargando a oferta de cuidados de saúde e reduzindo algumas das insuficiências até então existentes.

Durante a pandemia Covid-19 este hospital foi ajustando as suas instalações para conseguir dar resposta à procura crescente por cuidados de saúde, designadamente criando condições para o internamento de indivíduos infetados.

De acordo com o HESE, ao longo dos anos, tem-se vindo a verificar um aumento da qualidade dos cuidados de saúde prestados, tanto em resultado do aumento do número de profissionais nas mais diversas áreas, como pela aposta realizada na sua formação, mas também em consequência do investimento em equipamentos tecnológicos. Tem-se verificado um aumento crescente do número de intervenções cirúrgicas (em 2019, as intervenções realizadas correspondiam ao dobro das de 2008 e mais 13,7% que as realizadas em 2018), do número de consultas externas (registando-se um aumento de 34,6% de 2008 para 2019) e da afluência ao serviço de urgência. O hospital presta também serviços de MCDT's.

De acordo com o HESE, o hospital presta “cuidados de saúde diferenciados, adequados e em tempo útil, garantindo padrões elevados de desempenho técnico-científico, de eficaz e eficiente gestão de recursos, de humanização e promovendo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.” e tem como propósito “dar resposta às necessidades de cuidados de saúde diferenciados da população que serve”, configurando-se numa “Unidade de Saúde moderna, eficiente, bem inserida na Rede de Referência Nacional e com uma estrutura física e organizacional racional.”

Atualmente, o HESE presta um vasto conjunto de serviços nomeadamente: Urgência, Nefrologia, Gastroenterologia, Cardiologia (inclui a Unidade de Angiografia Digital e Cardiologia de Intervenção, disponíveis 24 horas por dia), Pneumologia, Medicina Interna (dispõe de uma Unidade de AVC), Dermatologia e o Serviço de Oncologia. Para alguns destes serviços, o HESE é o único hospital onde são prestados no Alentejo.

O Hospital dispõe também de especialidades como a Hematologia, uma unidade de Radioterapia, na área de materno-infantil, um Serviço de Obstetrícia, com enorme prestígio, Anatomia Patológica, Patologia Clínica (opera em parceria com a ARS Alentejo desde 2007), Imagiologia (que inclui nomeadamente Ressonância Magnética e Angio TAC), Imunohemoterapia e uma área dedicada à Psiquiatria e Saúde Mental (na qual está a ser

realizado um enorme investimento com o intuito de tornar possível a prestação de cuidados de proximidade ajustados às necessidades existentes). Na área da cirurgia existem também várias especialidades que o Hospital dispõe, como Cirurgia Plástica, Vascular, Pediátrica e Bariátrica.

Segundo o HESE, a 14 de dezembro de 2020, foi criado o Serviço de Hospitalização Domiciliária, com o intuito de dar “resposta às necessidades dos utentes, personalizando a interação doente-enfermeiro-médico e proporcionando uma diferente gestão dos recursos que o HESE tem ao seu dispor.” É de notar que o HESE detém o único CRI na área de HD em Portugal, com um modelo de gestão inovador, principalmente no que diz respeito à gestão de recursos e equipas, tornando-se, deste modo, uma referência para todo o país.

No dia 27 de outubro de 2021, numa reunião nacional destinada à formação dos grupos da Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente de múltiplos hospitais, a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente do HESE, EPE apresentou o seu novo projeto, designado CRI@HOME.

Este projeto conta com duas unidades de saúde, designadamente a Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente e a Unidade Médica de Dia. A primeira começou a funcionar a 14 de dezembro de 2020, durante a pandemia e, disponibilizou cuidados tanto a pacientes infetados como a pacientes não infetados. Esta unidade é formada por uma equipa de profissionais que incluem uma assistente social, uma assistente técnica, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um farmacêutico, cinco enfermeiros e três médicos. De acordo com o HESE, a Unidade Médica de Dia começou a funcionar a 25 de outubro de 2020 e oferece múltiplos procedimentos, de que são exemplo a: “Administração de hemoderivados, Flebotomias, Imunoglobulinas, Administração de medicação parenteral, Paracentese e toracocentese, Mielogramas, Biopsia, Punção lombar, entre outros”. O objetivo das duas unidades é o de centralizar os cuidados de saúde prestados para garantir que a estadia do utente no hospital seja a mais reduzida possível.

Até à data, o CRI@HOME já prestou cuidados médicos a mais de 380 utentes, realizou mais de 2400 visitas em contexto domiciliário e 350 consultas de seguimento após os doentes terem alta hospitalar.

Assim sendo, constituem-se como objetivos deste projeto a prestação, em contexto domiciliário, de assistência hospitalar inovadora e de qualidade, onde o principal foco é a recuperação do doente e a prestação de um serviço humanizado e eficaz.

5. Apresentação e análise de informação

5.1. Caracterização da Amostra

Cerca de 75% dos respondentes correspondem ao próprio doente, tendo os restantes questionários sido preenchidos pelos familiares/acompanhantes do doente (Figura 5.1).

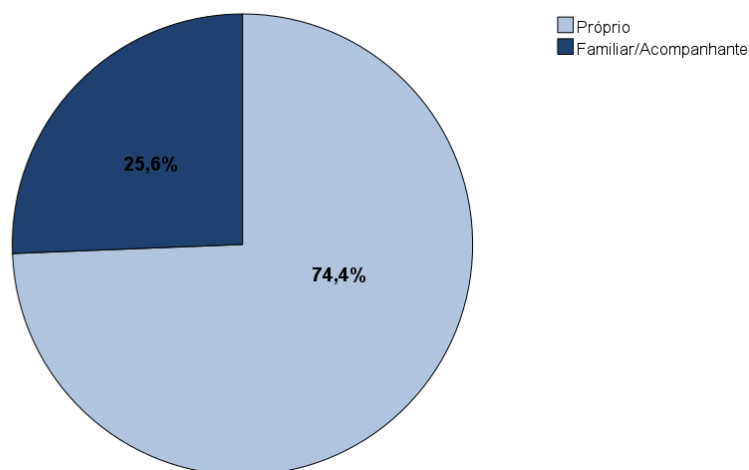


Figura 5.1 Distribuição da amostra por tipo de respondente

Em relação ao género dos inquiridos, segundo a Figura 5.2, podemos concluir que 48,8% são do sexo masculino e que, 51,2% são do sexo feminino.

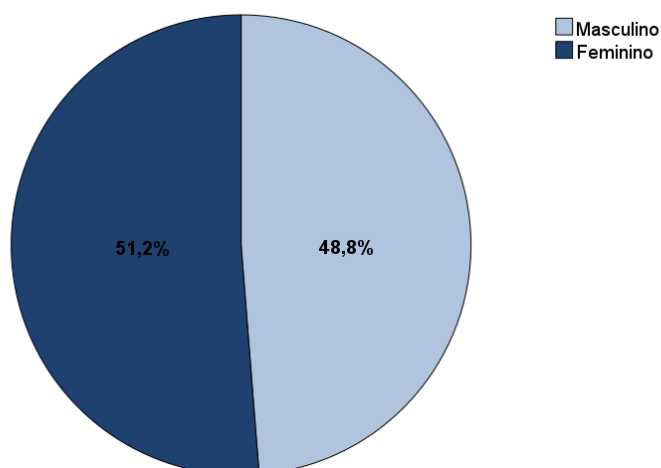


Figura 5.2 Distribuição da amostra por género

A média de idades dos respondentes é de 50,5 anos, sendo que 7,7% dos indivíduos tem idade igual ou inferior a 25 anos, 30,3% tem entre 26 e 45 anos, 43,7% tem entre 46 e 65 anos e, por último, 18,3% têm idade compreendida entre 66 e 85 anos, inclusive (Figura 5.3).

Estatísticas

Idade		
N	Válido	142
	Omisso	18
Média		50,48
Mediana		52,00
Modo		52 ^a

a. Ha vários modos. O menor valor é mostrado

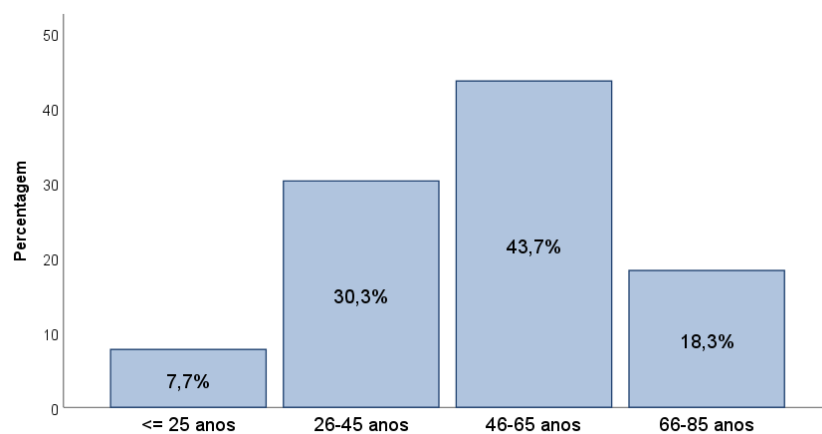


Figura 5.3 Distribuição da amostra por grupo etário

No que diz respeito ao estado civil, 63,7% dos respondentes são casados ou vivem em união de facto, 27,5% são solteiros, 5,6% são divorciados ou separados de facto e 3,1% são viúvos (Figura 5.4).

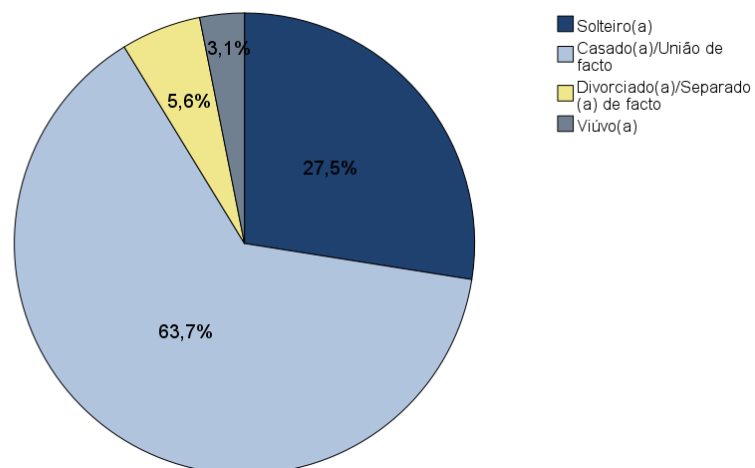


Figura 5.4 Distribuição da amostra por estado civil

De acordo com o observado na Figura 5.5, no que diz respeito à situação profissional, podemos concluir que 61,9% dos respondentes estão empregados, 27,7% são reformados, 5,8% estão desempregados e 4,5% correspondem a estudantes.

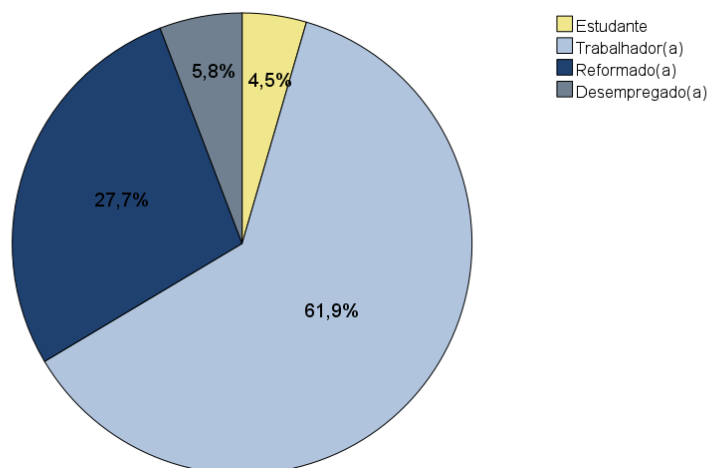


Figura 5.5 Distribuição da amostra por situação profissional

No que se refere às habilitações literárias dos inquiridos observa-se, através da Figura 5.6, que 48,8% dos respondentes têm até ao ensino secundário, 33,8% têm estudos superiores e que apenas 17,5% têm o ensino básico.

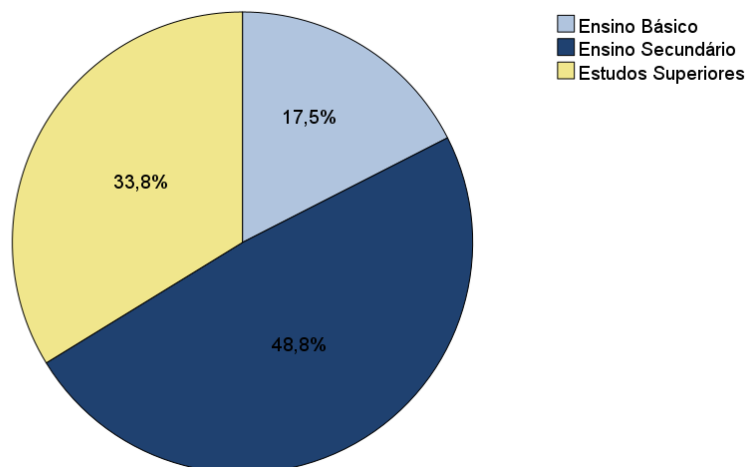


Figura 5.6 Distribuição da amostra por habilitações literárias

5.2. Avaliação da Satisfação do doente ou familiar/acompanhante

A quase totalidade dos respondentes está totalmente satisfeito com todas as variáveis relativas a “Informação e Apoio”, “Equipa - Enfermeiros”, “Equipa - Médicos”, “Acompanhamento da Equipa” e “Comunicação com a Equipa”, sendo que os restantes estão

satisfeitos com todas as variáveis destas dimensões (Figura 5.7, 5.8, 5.9, 5.10 e 5.11). Pode, assim, concluir-se que, os doentes ou familiares/acompanhantes se encontram bastante satisfeitos com todos os aspetos avaliados. Não obstante, os aspetos onde o nível de satisfação é ligeiramente menor são: “Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações”, “As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados”, “Confidencialidade no processo do seu familiar” e “Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar”.

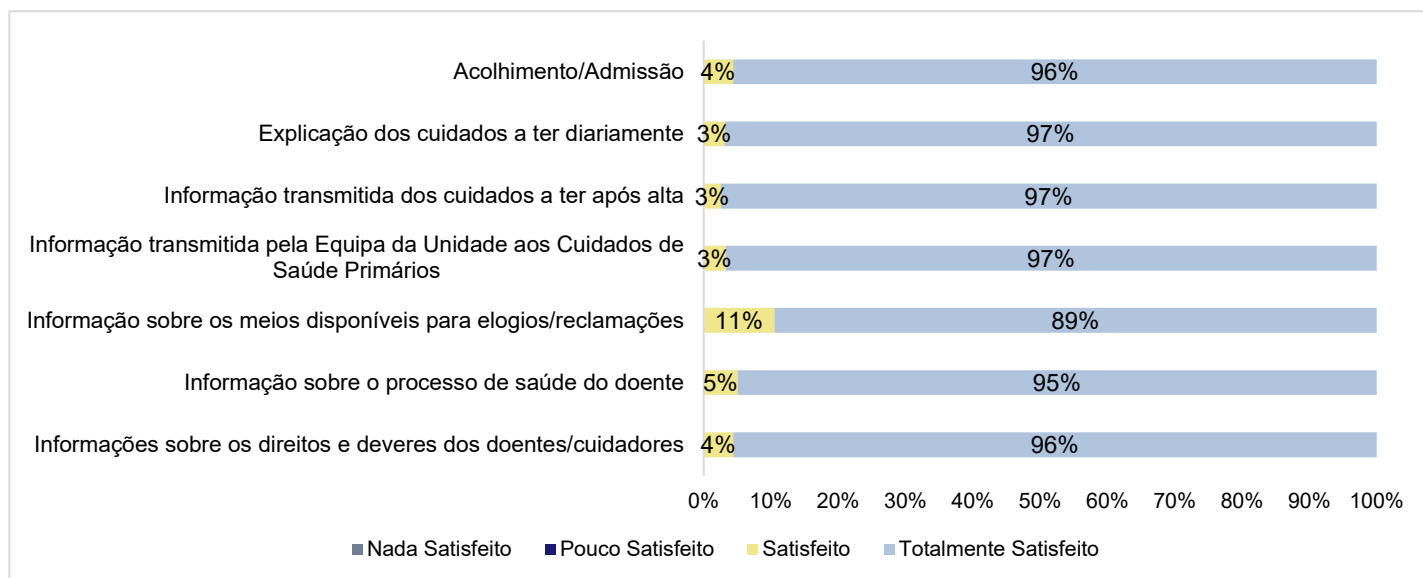


Figura 5.7 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Informações e Apoio”

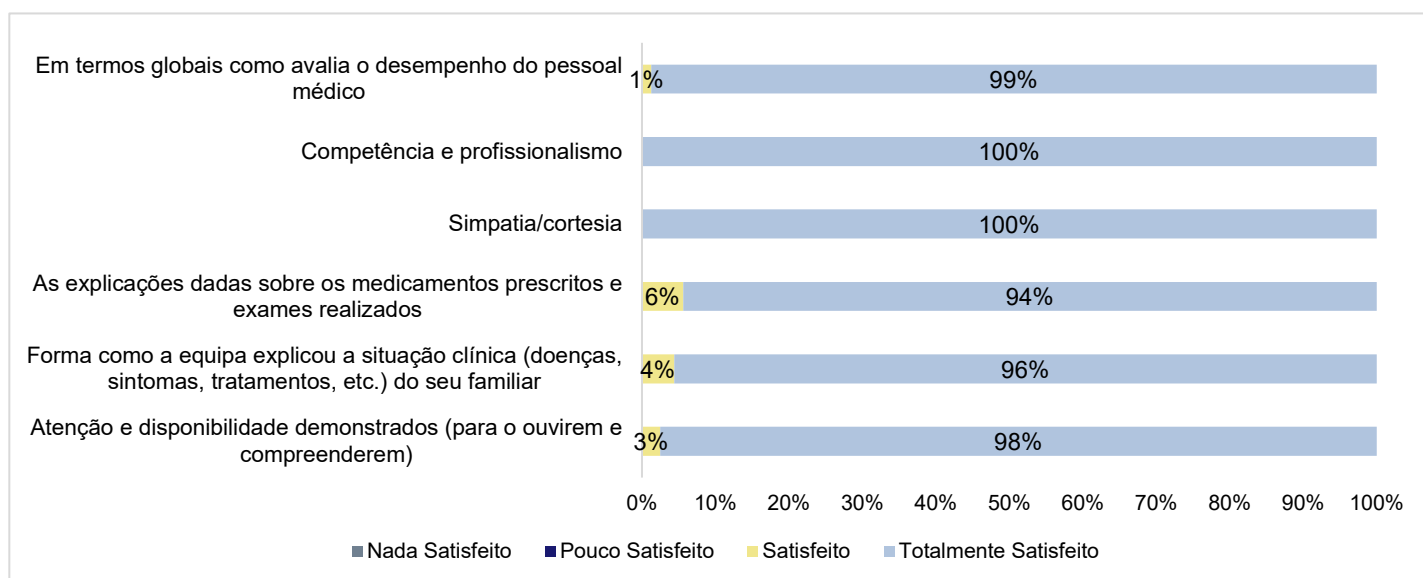


Figura 5.8 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Equipa – Médicos”

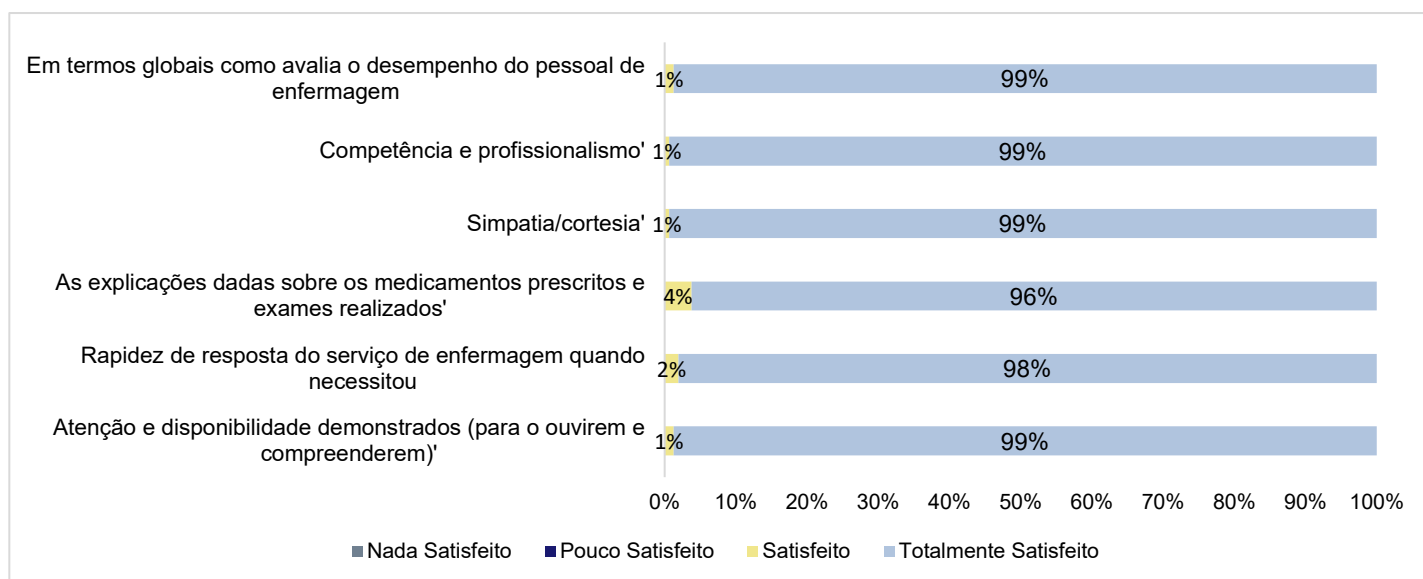


Figura 5.9 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Equipa – Enfermeiros”

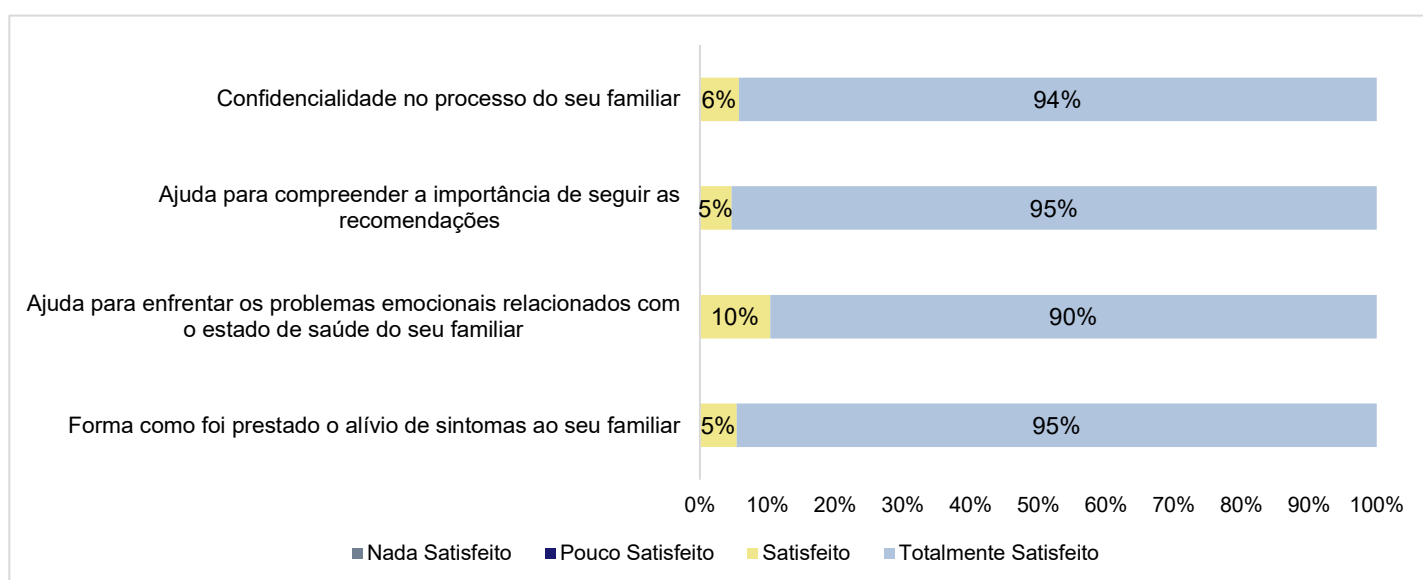


Figura 5.10 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Acompanhamento da Equipa”

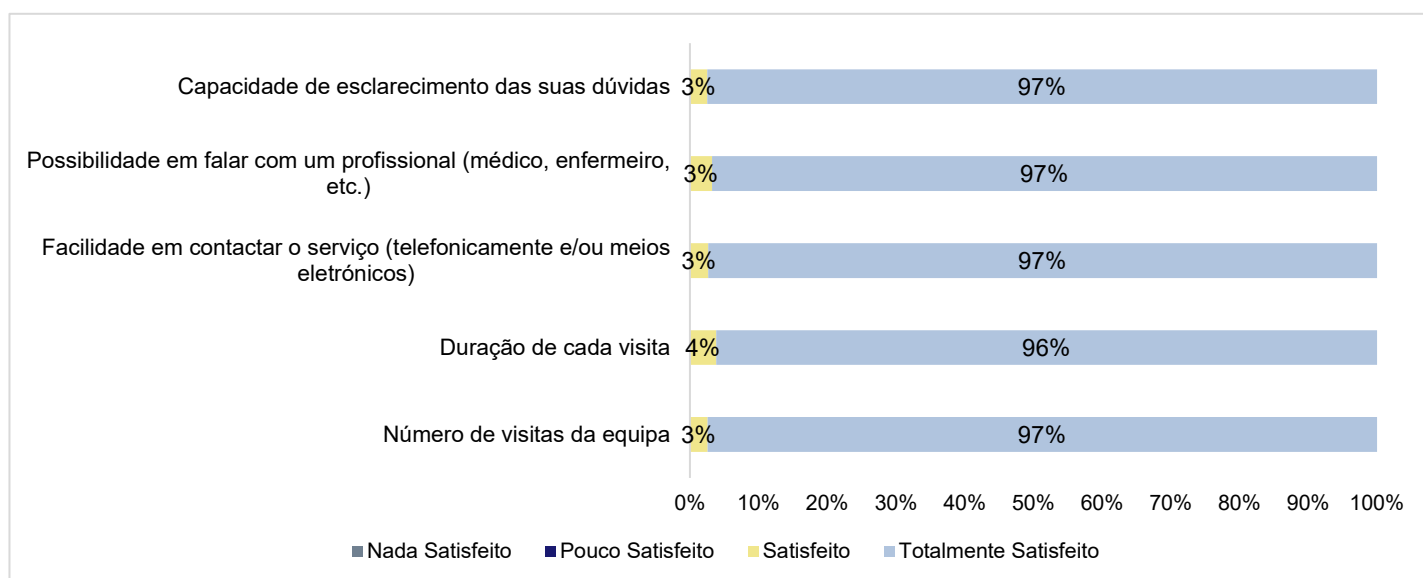


Figura 5.11 Distribuição da satisfação relativamente ao tema “Comunicação com a Equipa”

5.3. Avaliação da Consistência Interna

Com o objetivo de verificar se é possível agrupar as variáveis relativas à satisfação em dimensões, ou seja, se existe consistência interna nas variáveis que compõem cada dimensão, foi calculado o respetivo *Alfa de Cronbach*. Dado que o *Alfa de Cronbach* é sempre superior a 0,8 podemos concluir que existe um bom nível de consistência interna (Tabela 5.12).

Dimensões de satisfação	<i>Alfa de Cronbach</i>
Informações e apoio	0,864
Equipa	0,864
Acompanhamento da Equipa	0,889
Comunicação com a equipa	0,891

Tabela 1 Consistência interna

5.4. Testes de Hipóteses

Com o objetivo de analisar se o grau de satisfação é igual entre vários grupos de utentes, foram realizados vários testes de hipóteses. Assim, foi realizado o Teste de *Mann Whitney* para testar se os pacientes do sexo feminino e masculino estavam igualmente satisfeitos relativamente aos vários itens em estudo. Apenas se detetam diferenças no nível de satisfação da “Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta” ($\text{sig}=0,037$), estando os pacientes do sexo feminino mais satisfeitos do que os do sexo masculino (Anexo D).

Foi também realizado o Teste de *Mann Whitney* para testar se os doentes e os familiares/acompanhantes estão igualmente satisfeitos relativamente aos vários itens em estudo, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação destes grupos (Anexo E).

Com o intuito de testar se as pessoas de diferentes habilitações literárias estão igualmente satisfeitas relativamente aos vários itens em estudo, foi realizado o Teste de *Kruskal-Wallis*, não se tendo encontrado diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação destes grupos (Anexo F).

Por último, realizou-se o Teste de Independência de Qui-Quadrado com o propósito de testar se há relação entre a “Avaliação Global” do serviço de HD do HESE e se o paciente “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?”, concluindo-se que existe relação entre as variáveis (Anexo G).

Posteriormente, com o intuito de testar a existência de relação entre os vários itens de satisfação em estudo e a idade, foi utilizada a correlação de Spearman.

Foi possível concluir que a idade dos pacientes e familiares/acompanhantes do serviço de HD não tem qualquer tipo de relação com nenhuma das variáveis de satisfação, à exceção da variável “Duração de cada visita” com a qual tem uma relação fraca e negativa, ou seja, quanto maior a idade dos pacientes, menor é o seu grau de satisfação com a duração da visita (Anexo H).

6. Comparação do atual questionário de avaliação de satisfação dos utentes com o Serviço de HD no HESE com outros questionários publicados

Através da análise realizada às respostas do questionário atualmente aplicado pelo Hospital do Espírito Santo de Évora, foi possível verificar que os utentes da HD estão bastante satisfeitos com todos os aspetos (todos os itens são avaliados em “Satisfeito” ou “Totalmente Satisfeito”), o que coloca em questão se de facto o questionário aplicado é suficiente para obter uma análise detalhada e real da satisfação destes utentes, na perspetiva dos doentes e familiares/acompanhantes.

Achou-se, por isso, pertinente analisar e comparar outros questionários aplicados e publicados sobre avaliação de Hospitalização Domiciliária, para avaliar a pertinência dos temas abordados no presente questionário e tentar perceber se as respostas, esmagadoramente positivas, estão relacionadas com uma deficiente construção do atual questionário ou se existem outros fatores que o justifiquem.

Satisfação global e recomendação do serviço

Relativamente à satisfação global e recomendação do serviço, através de diversos estudos foi possível perceber que é sempre avaliada a satisfação global do respondente (Bassett, 2015; Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019), bem como se este recomendaria ou não o serviço prestado pela unidade de HD (Bassett, 2015; Facultad, 2019; Lee, 2019; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019), com o intuito de perceber a qualidade atribuída ao serviço e quão satisfeitos os utentes e cuidadores ficaram com o tratamento prestado pela equipa de HD. Estas perguntas espelham uma das questões-chave com a suposição de uma associação positiva entre pacientes que recomendam um serviço e sua satisfação com o mesmo (Facultad & Lee, 2019).

Estes dois aspetos encontram-se presentes no questionário atualmente utilizado pelo serviço de HD do HESE.

Informação e Apoio

Relativamente ao tema “Informação e Apoio”, existem vários fatores que são normalmente medidos para tentar perceber a satisfação dos respondentes relativamente a este assunto.

A avaliação do processo de admissão consta normalmente dos questionários, para tentar perceber se do ponto de vista dos respondentes este foi acessível, coordenado, rápido e

descomplicado (Leff et al., 2006). Através da análise realizada ao atual questionário foi possível, desde logo, perceber que este tema se encontra presente no mesmo para avaliação da satisfação dos doentes ou familiares/acompanhantes contudo nos questionários utilizados em diferentes estudos, o processo de admissão é abordado mais detalhadamente.

Frequentemente, também, é abordado nos questionários de satisfação, se o doente ou familiar/acompanhante se sentiu totalmente informado sobre o serviço domiciliário que iria ser prestado e se sentiu que esta opção de atendimento conseguiu de alguma forma economizar o seu tempo, em comparação à realização do mesmo tratamento, mas prestado em contexto hospitalar (Szpytman & Barnett, 2019). Estes fatores não são avaliados atualmente no questionário aplicado pelo serviço de HD do HESE.

Foi também possível verificar que, com o intuito de tentar perceber a satisfação dos utentes com o serviço de HD, normalmente os questionários medem se o doente considerou ser fácil deixar comentários e feedback relativamente à sua experiência com o serviço (Szpytman & Barnett, 2019). Podemos considerar que este tema é afluído no questionário atual do serviço de HD do HESE através das seguintes questões: “Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações” e através do espaço de resposta aberta disponibilizado para comentários e propostas de melhoria.

Outros questionários também avaliam se a equipa de HD foi clara e ajudou o doente a compreender a sua condição de saúde, deixando também explícito o tratamento adotado e a razão de ser do mesmo (Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013). No entanto, no questionário atualmente em vigor estes temas são apenas abordados na seguinte questão: “Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar”, sendo que seria mais informativo e vantajoso se esta questão fosse dividida e se avaliasse separadamente cada um dos temas – doença, sintomas e tratamentos – e, uma vez que não é avaliado se o doente tomou conhecimento da razão pela qual irá seguir determinado tratamento ao invés de outro, seria também importante analisar a satisfação do mesmo em relação a esse tópico.

Equipa

No que diz respeito à equipa médica que presta o serviço domiciliário é imprescindível avaliar, do ponto de vista dos doentes e familiares/acompanhantes, a prestação dos médicos e enfermeiros relativamente à simpatia e cortesia que tiveram para com o doente (Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019) e aos cuidados médicos prestados, se são ou não bons profissionais e competentes durante a realização do seu trabalho (Gorina et al., 2014; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Utens et al., 2013), sendo que estes tópicos são abordados no questionário atual

através das questões: “Simpatia/ cortesia” e “Competência e profissionalismo”, tanto relativamente aos médicos como aos enfermeiros.

Regularmente, dentro deste tema, é também avaliada a forma como a equipa médica conseguiu controlar a dor do doente durante o internamento (Federman et al., 2018; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019) e a dor sentida desde o período em que o doente teve alta (Facultad & Lee, 2019) e se este sentiu que foi tratado com respeito e dignidade durante todo o período de internamento domiciliário (Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006). Uma vez mais, seria importante abordar também estes temas no questionário aplicado pelo serviço, dado que não se faz nenhuma menção a estes assuntos ao longo do mesmo.

Acompanhamento da equipa

Com base na análise realizada a outros estudos foi possível verificar que nos questionários de satisfação aplicados aos doentes e cuidadores existe sempre uma parte do mesmo direcionada para a análise da satisfação dos respondentes relativamente ao nível de acompanhamento que lhes foi prestado pela equipa de saúde do serviço domiciliário.

Através dos questionários tenta-se perceber, do ponto de vista do doente e familiar/acompanhante, se estes consideram que o tempo que estiveram no serviço foi o adequado ou se este poderia ter sido diferente, mais longo ou mais curto, e se relativamente às visitas domiciliárias consideram que a duração das mesmas foi suficiente ou se deveriam ter sido mais longas ou mais reduzidas (Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Utens et al., 2013). Estes temas são tidos em conta no questionário atualmente aplicado pelo serviço através das questões: “Número de visitas da equipa” e “Duração de cada visita”.

É de notar que, os estudos acima referidos também avaliam se numa fase posterior à finalização do tratamento a equipa de HD se mostrou disponível para ajudar o utente a retomar as suas rotinas (Facultad & Lee, 2019; Leff et al., 2006; Utens et al., 2013), sendo que no atual questionário do hospital este tema não é mencionado.

A disponibilidade da equipa de HD também é frequentemente analisada para perceber se, do ponto de vista dos doentes e familiares, esta está disponível para ajudar quando necessário (Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022), e se os doentes e os seus familiares sentem realmente que existe um apoio por parte de uma equipa atenciosa e simpática à qual podem recorrer e se as suas preocupações são faladas e tidas em consideração (Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013). Contudo, no presente questionário apenas existe uma questão direcionada para os médicos e para os enfermeiros, que é a seguinte^a: “Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreender)”, o que é bastante vago, não

permitindo que exista uma perceção mais real dos pontos que, de facto, podem estar, ou não, a falhar.

É também fundamental avaliar a maneira como a equipa médica foi gerindo os sintomas apresentados pelo doente durante o seu internamento (Facultad & Lee, 2019). Podemos considerar que este tema foi abordado através da questão: “Forma como foi prestado o alívio dos sintomas ao seu familiar”. Frequentemente, é também avaliado se o doente sentiu medo ou ansiedade relativamente à sua condição de saúde ou tratamento adotado (Leff et al., 2006) sendo que, atualmente, não se avalia esta dimensão.

Comunicação com a equipa

A comunicação com a equipa médica também deve ser um tema a ter em consideração para avaliar a satisfação dos utentes de HD.

Através dos questionários de satisfação tenta-se perceber se os doentes e cuidadores consideraram que a comunicação com a equipa médica foi fácil e compreensível, isto é, se a equipa utiliza uma linguagem acessível que de facto permita aos doentes e familiares compreenderem as respostas que lhes são dadas pela equipa de saúde (Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019). É de frisar que este tema não é abordado no questionário utilizado pelo que seria importante referi-lo.

É crucial também examinar se a equipa médica permitiu ao doente ter tempo para em conjunto “discutirem” acerca do tratamento escolhido, de modo a permitir que o utente se sinta mais envolvido e se este foi sendo atualizado dos seus progressos (Facultad & Lee, 2019; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019; Utens et al., 2013), o que também não acontece no questionário atual.

Considera-se também importante avaliar se o doente ou familiar/acompanhante sabe como aceder à linha de apoio do serviço domiciliário e podemos considerar que esta questão é avaliada no questionário do hospital através da pergunta: “Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meio eletrónicos)”.

A facilidade e agilidade de resposta aos contactos dos doentes por meios telefónicos e a atitude da equipa médica perante esses pedidos são também tidos em consideração nos questionários de avaliação da satisfação dos utentes (Bassett, 2015; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019), sendo que podemos encontrar estes temas também no questionário atual através das questões: “Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)” e “Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)”.

Medicação

Relativamente à medicação do doente, são sempre abordados alguns temas nos questionários de satisfação, entre eles se a equipa médica foi clara sobre a medicação prescrita e a razão para a sua escolha (Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Leff et al., 2006) e se o doente ficou satisfeito com a maneira como a mesma foi administrada (Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013). A primeira questão suscitada pode ser encontrada no questionário, “As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados”, contudo, a mesma podia ser apresentada de outra forma, eventualmente melhor, nomeadamente: “As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados foram claras”. Relativamente à maneira como foi administrada a medicação, o questionário não avalia a satisfação dos doentes e cuidadores acerca desta preocupação.

Frequentemente, também se avalia se a medicação entregue estava correta, isto é, se correspondia à do doente em questão, se havia medicação que chegava atrasada ou danificada e se os requisitos de armazenamento da mesma eram explicados de forma clara no momento da entrega (Bassett, 2015; Szpytman & Barnett, 2019), o que também não é atualmente avaliado no questionário do hospital.

Além disso, existem serviços de HD que avaliam se os doentes ficaram sem medicamento antes de chegar a entrega seguinte (Szpytman & Barnett, 2019), o que neste caso não se aplica uma vez que o serviço de HD vai todos os dias a casa dos utentes deixar a medicação necessária.

Segurança

Normalmente, existe também sempre uma parte dedicada à segurança do doente com o intuito de perceber se este se sentiu seguro durante os dias de internamento e durante as noites (Bassett, 2015; Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013) e relativamente ao próprio serviço prestado pela equipa domiciliária (Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006).

É de constatar que, atualmente, estes temas não são avaliados, pelo que seria importante fazer uma abordagem aos mesmos.

Perguntas de resposta aberta

Através de diversos estudos, foi possível perceber que em alguns dos questionários existem também questões de resposta mais livre que não utilizam a escala de likert.

Alguns exemplos passam por uma questão que disponibiliza dez adjetivos, sete positivos e três negativos, onde os respondentes têm de escolher os adjetivos que melhor definem o

serviço que lhes foi prestado. Outro exemplo é uma questão onde têm de escrever por uma palavra a atitude que a equipa de HD teve em relação a si (Facultad & Lee, 2019) e outra, ainda, em que têm de identificar o que mais gostaram do atendimento recebido e o que os deixou mais insatisfeito (Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013), sendo que estas questões não se encontram atualmente presentes no questionário aplicado pelo serviço de HD do Hospital de Évora.

Para finalizar o questionário, em alguns casos, os respondentes deparam-se com uma questão de resposta aberta, onde podem ser deixados comentários adicionais sobre o serviço de atendimento domiciliário prestado (Bassett, 2015; Szpytman & Barnett, 2019), o que também acontece no questionário aplicado pelo hospital, permitindo deste modo que exista margem para uma melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Em conclusão

Assim sendo, uma vez que o serviço de hospitalização domiciliária tem como objetivo melhorar o atendimento do paciente e a escolha do seu tratamento clínico (Szpytman & Barnett, 2019), entendo ser pertinente a realização de alterações e ajustes no questionário atualmente em vigor, com o intuito de obter respostas mais realistas e fidedignas dos temas abordados, optando-se por uma análise mais detalhada e pormenorizada relativamente a cada tema. Deste modo, apresento em seguida, no capítulo das recomendações, a minha proposta de questionário a aplicar pelo serviço.

Considero, por último, também muito importante dar a oportunidade aos doentes que desistiram do tratamento domiciliário e optaram por regressar ao hospital de responderem ao questionário aplicado pelo serviço, uma vez que me parece indispensável perceber o que nestes casos correu menos bem, se existe um padrão nos erros que possam ter sido cometidos, para que, se for esse o caso, seja possível corrigi-los.

7. Recomendações

Temas	Questionário atual	Questionário proposto	Autores
Informações e apoio	Acolhimento/Admissão	Acolhimento	
		Admissão acessível, rápida e descomplicada	(Leff et al., 2006)
	Explicação dos cuidados a ter diariamente	Informação transmitida dos cuidados a ter diariamente	
	Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta	Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta	
	Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	
	Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	(Szpytman & Barnett, 2019)
	Informação sobre o processo de saúde do doente	Informação sobre o processo de saúde do doente	
	Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	
		Forma como a equipa médica explicou a situação clínica do doente	(Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013)
		Forma como a equipa médica explicou os tratamentos adotados e a razão de ser dos mesmos	(Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013)
		Forma como a equipa médica explicou os sintomas do doente	(Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013)
		Informação transmitida relativamente ao serviço domiciliário que iria ser prestado	(Szpytman & Barnett, 2019)
		O atendimento domiciliário prestado economizou o seu tempo	(Szpytman & Barnett, 2019)
Equipa Médicos(as)	Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	
	Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	
	As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados		
	Simpatia/cortesia	Simpatia/cortesia	(Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019)
	Competência e profissionalismo	Competência e profissionalismo	(Gorina et al., 2014; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Utens et al., 2013)
	Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	

Temas	Questionário atual	Questionário proposto	Autores
		Forma como a equipa médica conseguiu controlar a dor durante o internamento domiciliário	(Federman et al., 2018; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019)
		Foi tratado com respeito e dignidade durante o período de internamento domiciliário pela equipa médica	(Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006)
Enfermeiros(as)	Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	
	Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	
	As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados		
	Simpatia/cortesia	Simpatia/cortesia	(Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019)
	Competência e profissionalismo	Competência e profissionalismo	(Gorina et al., 2014; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Utens et al., 2013)
	Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	
		Forma como a equipa de enfermagem conseguiu controlar a dor durante o internamento domiciliário	(Federman et al., 2018; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019)
		Foi tratado com respeito e dignidade durante o período de internamento domiciliário pela equipa de enfermagem	(Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006)
Acompanhamento da equipa	Forma como foi prestado o alívio dos sintomas ao seu familiar	Forma como foi prestado o alívio dos sintomas ao seu familiar	(Facultad & Lee, 2019)
	Ajuda par enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	Ajuda par enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	
	Ajuda para compreender importância de seguir as recomendações	Ajuda para compreender importância de seguir as recomendações	
	Confidencialidade do processo do seu familiar	Confidencialidade do processo do seu familiar	
		Número de visitas da equipa	(Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Utens et al., 2013)
		Duração de cada visita	(Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Utens et al., 2013)
		Ajuda por parte da equipa de Hospitalização Domiciliária a retomar as rotinas após a finalização do tratamento	(Facultad & Lee, 2019; Leff et al., 2006; Utens et al., 2013)
		Relativamente à sua condição de saúde e tratamento adotado sentiu-se em algum momento ansioso ou inseguro	(Leff et al., 2006)
		As suas preocupações são faladas e tidas em consideração	(Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013)
		Apoio prestado pela equipa domiciliária	(Facultad & Lee, 2019; Gorina et al., 2014;

Temas	Questionário atual	Questionário proposto	Autores
			Leff et al., 2006; Maniaci et al., 2022; Utens et al., 2013)
Comunicação com a equipa	Número de visitas da equipa		
	Duração de cada visita		
	Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	(Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Bassett, 2015)
	Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	(Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Bassett, 2015)
	Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	
		A comunicação com a equipa domiciliária foi fácil e compreensível	(Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019)
		Tempo disponibilizado para em conjunto com a equipa médica discutir acerca do tratamento escolhido	(Facultad & Lee, 2019; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019; Utens et al., 2013)
Segurança		Segurança sentida durante os dias de internamento domiciliário	(Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013; Bassett, 2015)
		Segurança sentida durante as noites de internamento domiciliário	(Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013; Bassett, 2015)
		Segurança sentida com o serviço domiciliário prestado pela equipa médica	(Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006)
Medicação		As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados foram claras	(Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Leff et al., 2006)
		Forma como foi administrada a medicação	(Facultad & Lee, 2019; Utens et al., 2013)
		Medicação entregue estava correta	(Szpytman & Barnett, 2019; Bassett, 2015)
		Medicação chegava no prazo estabelecido e nas devidas condições	(Szpytman & Barnett, 2019; Bassett, 2015)
		Informação transmitida relativamente aos requisitos de armazenamento da medicação	(Szpytman & Barnett, 2019; Bassett, 2015)
	Avaliação Global	Avaliação Global	(Facultad & Lee, 2019; Federman et al., 2018; Gorina et al., 2014; Leff et al., 2006; Siddiqui et al., 2019; Szpytman & Barnett, 2019; Bassett, 2015)
	Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?	Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?	(Facultad, 2019; Lee, 2019; Maniaci et al., 2022; Siddiqui et al., 2019; Bassett, 2015)
	Resposta aberta para comentários e sugestões	<ul style="list-style-type: none"> - Resposta aberta para comentários e sugestões - Questão que disponibiliza 10 adjetivos (sete positivos e três negativos): escolher os que melhor definem o serviço que foi prestado - Escrever uma palavra que defina a atitude da equipa domiciliária consigo 	(Bassett, 2015; Facultad & Lee, 2019; Maniaci et al., 2022; Szpytman & Barnett, 2019; Utens et al., 2013)

Temas	Questionário atual	Questionário proposto	Autores
		- Identificar o que mais gostaram e menos gostaram com o atendimento prestado	
Caracterização do respondente	Quem respondeu	Quem respondeu	
	Idade	Idade	
	Género	Género	
	Estado Civil	Estado Civil	
	Situação Profissional	Situação Profissional	
	Habilitações Literárias	Habilitações Literárias	

Após as recomendações acima sugeridas construí uma proposta de questionário para o serviço de Hospitalização domiciliária do HESE aplicar aos utentes e cuidadores, de forma a obter uma análise mais real e detalhada do nível de satisfação relativamente ao serviço domiciliário prestado (Anexo I).

8. Conclusões

O progressivo envelhecimento da população proporcionado pelo crescente aumento da esperança média de vida tem gerado uma maior procura por cuidados de saúde de nível hospitalar, o que potencialmente representa um problema para os sistemas de saúde, dado poder não existir capacidade para fazer face a esta procura massificada (Cunha et al., 2017; OPSS, 2019).

A pandemia SARS-CoV-2, declarada pela OMS, veio reforçar a importância de reorganizar os sistemas de saúde, sobretudo o SNS, a fim de se proporcionar aos cidadãos uma resposta mais eficiente (SPMI, 2021), uma vez que durante este período ficou clara a facilidade com que as organizações de saúde podem atingir situações de sobrelotação (Deloitte, 2020a).

A HD surgiu como uma das respostas a este problema, sendo uma alternativa ao internamento hospitalar, proporcionando um atendimento contínuo e coordenado (Cotta et al., 2001; DGS, 2018a; Nortadas et al., 2020), mantendo os resultados clínicos e a segurança do utente (Cotta et al., 2001; Cunha et al., 2017), evitando a admissão hospitalar e tornando possível a continuidade do internamento em casa (Cunha et al., 2017).

A HD torna possível a prestação de melhores cuidados de saúde, aumentando quer a satisfação do doente durante o tratamento quer dos seus familiares (Cotta et al., 2001; Sharifi et al., 2012), e permitindo que exista uma diminuição da sobrelotação hospitalar e das taxas de infeções associadas aos cuidados de saúde (SPMI, 2021).

Deste modo, o propósito desta tese foi, numa primeira fase, avaliar a satisfação dos utentes e familiares/acompanhantes relativamente ao serviço de HD prestado pelo HESE e posteriormente apresentar as propostas de melhoria que se achavam pertinentes, numa lógica de melhoria contínua.

A metodologia adotada neste projeto foi quantitativa e teve em consideração o tratamento de dados recolhidos através de um questionário atualmente aplicado pelo serviço.

Com base na amostra estudada foi possível perceber que 75% dos respondentes do questionário são os próprios doentes e 25% correspondem aos familiares/acompanhantes sendo que, 48,8% são homens e 51,2% mulheres, com uma idade média de 50,5 anos.

A maioria da amostra corresponde a indivíduos casados (63,7%), e empregados (61,9%) e com habilitações literárias correspondente ao ensino secundário (48,8%).

Através da análise dos dados recolhidos foi possível perceber que a quase totalidade dos respondentes se encontra totalmente satisfeito com o serviço de HD prestado, não havendo diferenças significativas entre a satisfação dos itens em estudo no que diz respeito ao género, com exceção do item “Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta”. Também não

se encontrou diferenças estatisticamente significativas entre a satisfação dos indivíduos com diferentes níveis de habilitações literárias.

Relativamente às variáveis “Avaliação Global” e “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?” foi possível perceber que existe uma relação entre as mesmas.

Por último, também se concluiu que a idade dos pacientes e familiares/acompanhantes do serviço de HD apenas tem relação com a variável “Duração de cada visita”.

Posto isto, após uma análise detalhada às respostas do questionário de satisfação aplicado atualmente pelo serviço do HESE achou-se relevante realizar uma análise a outros questionários, com o mesmo âmbito, e já publicados, para aferir se as respostas esmagadoramente positivas obtidas se devem, ou não, a uma deficiente construção do mesmo.

Após esta análise, tendo presente a revisão de literatura foi apresentada uma proposta de melhoria, com o objetivo, não só, de incluir no questionário alguns temas relevantes para os quais importa ter uma avaliação, como também, garantir respostas mais objetivas, realistas e fidedignas a alguns dos temas que já hoje são objeto de aferição.

No que se refere às propostas de melhoria, gostaria apenas de salientar, a títulos de exemplo as relativas à avaliação da segurança do doente relativamente ao serviço domiciliário prestado e à satisfação do doente e familiar/acompanhante no que diz respeito às explicações e forma de administração da medicação prescrita ao utente.

Bibliografia

- Aguado, H. J., Ventura-Wichener, P. S., Perez-Hickman, L., Polo-Pérez, I., Alonso-Olmo, J. A., Bragado, M., Pereda-Manso, A., Martínez-Zarzuela, M., García-Virto, V., Simón-Pérez, C., Barajas, E. J., & Martín-Ferrero, M. A. (2021). Patient Satisfaction Using a Home-Based Rehabilitation Protocol for the Non-Surgical Treatment of Proximal Humeral Fractures: A Prospective Longitudinal Cohort Study. *Geriatric Orthopaedic Surgery & Rehabilitation*, 12, 1-8. DOI: 10.1177/21514593211040293
- Alves, M. A., Bigotte Vieira, M., Costa, J., & Vaz – Carneiro, A. (2017). Analysis of the Cochrane Review: Early Discharge Hospital at Home. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 30(12), 835-839. <https://doi.org/10.20344/amp.9791>
- Angelis, G., Murthy, A., Beyersmann, J., & Harbarth, S. (2010). Estimating the impact of healthcare-associated infections on length of stay and costs. *Clinical Microbiology and Infection*, 16(12). <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03332.x>
- Bassett, J. (2015). East of England Homecare Patient Satisfaction Questionnaire – Overview. <https://www.eoecph.nhs.uk/Files/Pharmacy%20Homecare/Patient%20Satisfaction%20Questionnaire/East%20of%20England%20Homecare%20Patient%20Satisfaction%20Questionnaire%20201415%20Overview%20public%20Final.pdf>
- Caplan, G. A., Sulaiman, N. S., Mangin, D. A., Ricauda, N. A., Wilson, A. D., & Barclay, L. (2012). A meta-analysis of “hospital in the home”. *The Medical Journal of Australia*, 197(9), 512-519. doi: 10.5694/mja12.10480
- Chang, Y. C., & Chou, F. H. (2015). Effects of Home Visit Intervention on Re-hospitalization Rates in Psychiatric Patients. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 598–605. DOI: 10.1007/s10597-014-9807-7
- Cheng, J.F., Huang, X. Y., Lin, M.C., Wang, Y.H., & Yeh, T.P. (2018). A mental health home visit service partnership intervention on improving patients’ satisfaction. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(4), 610-616. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.03.010>
- Comissão Europeia. (2016). A Parceria Europeia de Inovação para um Envelhecimento Ativo e Saudável: um caminho mais rápido para obter resultados. https://ec.europa.eu/health/newsletter/138/focus_newsletter_pt.htm
- Cotta, R. M., Suárez-Varela, M. M., González, A. L., Filho, J. S., Real, E. R., & Ricós, J. A. (2001). La hospitalización domiciliaria: Antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(1), 45-55. DOI: 10.1590/S1020-49892001000700007

- Cunha, V., Escarigo, M. C., Correia, J., Nortadas, R., Azevedo, P. C., Beirão, P., Gomes, A., & Delerue, F. (2017). Home Hospitalization: One Year Balance of the First Portuguese Unit. *Medicina Interna*, 24(4), 290-295. DOI: 10.24950/rspmi/O112/17/2017
- Deloitte. (2004). Problemas, Tendências e Desafios no Setor da Saúde e do Medicamento. https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/estudo_sector_saude_2004.pdf
- Deloitte. (2011). Saúde em análise: uma visão para o futuro. [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt\(pt\)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/pt/Documents/life-sciences-health-care/pt(pt)_lshc_saudeemanalise_04022011.pdf)
- Deloitte. (2020a, abril). Some hospitals are looking to build a new ward... in the patient's home. <https://www2.deloitte.com/us/en/blog/health-care-blog/2020/some-hospitals-looking-to-build-a-new-ward-in-the-patients-home.html>
- Despacho Normativo n.º 9323-A/2018 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n.º 191. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9323-a-2018-116587923>
- Direção Geral de Saúde. (2007). Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos 2017. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2018a). Hospitalização Domiciliária em idade adulta. Norma nº 020/2018, 1-22.
- Direção Geral de Saúde. (2018b). Infecções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>
- Erenler, A. K., Akbulut, S., Guzel, M., Cetinkaya, H., Karaca, A., Turkoz, B., & Baydin, A. (2014). Reasons for Overcrowding in the Emergency Department: Experiences and Suggestions of an Education and Research Hospital. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 14(2), 59-63. DOI: 10.5505/1304.7361.2014.48802
- Escarrabill, J. (2002). La atención domiciliaria como alternativa a la hospitalización convencional. *Aten Primaria*, 30 (5), 304-309. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)79032-X](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)79032-X)
- Eurostat. (2019). Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/10166544/KS-02-19%E2%80%91EN-N.pdf/c701972f-6b4e-b432-57d2-91898ca94893>

- Eurostat. (2020, agosto). Estrutura populacional e envelhecimento. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Estrutura_populacional_e_envelhecimento&oldid=510113#A_percentagem_de_idosos_continua_a_aumentar
- Eurostat. (2022a, março). EUROSTAT: idade média na Europa sobe para 44 anos. <https://euroregiao.com/eurostat-idade-media-na-europa-sobe-para-44-anos/>
- Eurostat. (2022b). Population age structure by major age groups 2011, 2020 and 2021. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2012,_2021_and_2022_\(%25_of_the_total_population\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2012,_2021_and_2022_(%25_of_the_total_population).png)
- Facultad, J., & Lee, G. A. (2019). Patient satisfaction with a hospital-in-the-home service. *British Journal of Community Nursing*, 24(4), 179-185. DOI: 10.12968/bjcn.2019.24.4.179
- Federman, A., Soones, T., DeCherrie, L., Leff, B., & Siu, A. (2018). Association of a Bundled Hospital-at-Home and 30-Day Postacute Transitional Care Program With Clinical Outcomes and Patient Experiences. *JAMA Internal Medicine*, 178(8), 1033-1040. DOI: 10.1001/jamainternmed.2018.2562
- Fraser, J. L., Mwatondo, A., Alimi, Y. H., Varma, J. K., & Vilas, V. J. R. (2021). Healthcare-associated outbreaks of bacterial infections in Africa, 2009-2018: A review. *International Journal of Infectious Diseases*, 103, 469-477. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.12.030>
- Gorina, M., Limonero, J., Peñart, X., Jiménez, J., & Gassó, J. (2014). Comparison of level of satisfaction of users of home care: Integrated model vs. dispensaries model. *Atención Primaria*, 46(6), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.07.011>
- Gupta, R., Sharma, S., Parwez., & Saxena, S. (2018). Changing Panorama for Surveillance of Device-Associated Healthcare Infections: Challenges faced in Implementation of Current Guidelines. *Indian Journal of Medical Microbiology*, 36(1), 18-25. https://doi.org/10.4103/ijmm.IJMM_18_50
- Harrou, F., Dairi, A., Kadri, F., & Sun, Y. (2020). Forecasting emergency department overcrowding: A deep learning framework. *Chaos, Solitons & Fractals*, 139, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.chaos.2020.110247>
- HESE. (2021, novembro). *HESE apresenta projeto pioneiro CRI@HOME*. <https://www.hevora.min-saude.pt/2021/11/05/hese-apresenta-projeto-pioneiro-crihome/>
- Hsu, C. M., Liang, L. L., Chang, Y. T., & Juang, W. C. (2019). Emergency department overcrowding: Quality improvement in a Taiwan Medical Center. *Journal of the Formosan Medical Association*, 118(1), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.03.008>
- Ifediora, C. O., & Rogers, G. D. (2017). Levels and Predictors of patient satisfaction with doctor home-visit services in Australia. *Oxford Academic*, 34(1), 63-70. DOI: 10.1093/fampra/cmz092

- Kamis, C., Stolte, A., West, J. S., Fishman, S. H., Brown, T., Brown, T., & Farmer, H. R. (2021). Overcrowding and COVID-19 mortality across U.S. counties: Are disparities growing over time?. *SSM – Population Health*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.100845>
- Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, W. B., Guido, S. Steinwachs, D., & Burton, J.R. (2006). Satisfaction with Hospital at Home Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(9), 1355-1363. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00855.x
- Liu, X., Long, Y., Greenhalgh, C., Steeg, S., Wilkinson, J., Li, H., Verma, A., & Spencer, A. (2023). A systematic review and meta-analysis of risk factors associated with healthcare-associated infections among hospitalized patients in Chinese general hospitals from 2001 to 2022. *Journal of Hospital Infection*, 135, 37-49. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2023.02.013>
- Maniaci, M., Torres-Guzman, R., Garcia, J., Avila, F., Maita, K., Fortes, A., & Paulson, M. (2022). Overall patient experience with a virtual hybrid hospital at home program. *SAGE Open Medicine*, 10, 1-10. <https://doi.org/10.1177/205031212210925>
- Mata, L. R., Azevedo, C., Bernardes, M. F., Chianca, T. C., Pereira, M. G., & Carvalho, E. C. (2019). Effectiveness of a home care teaching program for prostatectomized patients: a randomized controlled clinical trial. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 53, 1-9. DOI: 10.1590/S1980-220X2018012503421
- Mendizábal, P. S., Garcia, I. S., Fernández, C. R., & Canales, M. T. (2011). Hospitalización a Domicilio: Recomendaciones Clínicas y Procedimientos. SEHAD
- Mitchell, B. G., Shaban, R. Z., MacBeth, D., Wood, C. J., & Russo, P. L. (2017). The burden of healthcare-associated infection in Australian hospitals: A systematic review of the literature. *Infection, Disease & Health*, 22(3), 117-128. <http://dx.doi.org/10.1016/j.idh.2017.07.001>
- Moor, C.C., Mostard, E. L. M., Grutters, J. C., Bresser, P., Aerts, J. G., Chavannes, N. H., & Wijsenbeek, M. S. (2020). Home Monitoring in Patients with Idiopathic Pulmonary Fibrosis: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 202(3), 393-401. DOI: 10.1164/rccm.202002-0328OC
- Nguemeleu, E. T., Beogo, I., Sai, D., Kilpatrick, K., Séguin, C., Baillot, A., Jabbour, M., Parisien, N., Robins, S., & Boivin, S. (2020). Economic analysis of healthcare-associated infection prevention and control interventions in medical and surgical units: systematic review using a discounting approach. *Journal of Hospital Infection*, 106(1), 134-154. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.07.004>
- Nortadas, R., Azevedo, P. C., Cunha, V., & Delerue, F. (2020). A Hospitalização Domiciliária e a COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 1-3. DOI: 10.24950/rspmi

- Núñez- Núñez, M., Navarro, M. D., Palomo, V., Rajendran, N. B., Del Toro, M. D., Voss, A., Sharland, M., Sifakis, F., Tacconelli, E., & Rodríguez-Baño, J. (2018). The methodology of surveillance for antimicrobial resistance and healthcare-associated infections in Europe (SUSPIRE): a systematic review of publicly available information. *Clinical Microbiology and Infection*, 24(2), 105-109. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2017.07.014>
- ONU. (2019). Envelhecimento. <https://unric.org/pt/envelhecimento>
- OPSS. (2019). Saúde um direito humano: relatório de primavera 2019. <https://www.adeb.pt/files/upload/artigos/relatorio-primavera-saude-mental-2019.pdf>
- Pascasie, K., & Mtshali, N. G. (2014). A descriptive analysis of Emergency Department overcrowding in a selected hospital in Kigali, Rwanda. *African Journal of Emergency Medicine*, 4(4), 178-183. <http://dx.doi.org/10.1016/j.afjem.2013.10.001>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol(10), 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Pordata. (2022a, maio). Esperança de vida à nascença: total e por sexo. <https://www.pordata.pt/europa/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo-1260>
- Pordata. (2022b, junho). Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução. <https://www.pordata.pt/portugal/indicadores+de+fecundidade+indice+sintetico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reproducao-416>
- Pordata. (2022c, agosto). Esperança de vida à nascença: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001). [https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+\(base+trienio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/portugal/esperanca+de+vida+a+nascenca+total+e+por+sexo+(base+trienio+a+partir+de+2001)-418)
- Pordata. (2023a, janeiro). População residente: total e por grandes grupos etários (%). [https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+\(percentagem\)-3018](https://www.pordata.pt/Portugal/Popula%C3%A7%C3%A3o+residente+total+e+por+grandes+grupos+et%C3%A1rios+(percentagem)-3018)
- Pordata. (2023b, março). Índice sintético de fecundidade. <https://www.pordata.pt/Europa/%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade-1251>
- Pordata. (2023c, março). Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>
- Rossinot, H., Marquestaut, O., & Stampa, M. (2019). The experience of patients and family caregivers during hospital-at-home in France. *BMC Health Services Research*, 19(470), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4295-7>

- Salway, R. J., Valenzuela, R., Shoenberger, J. M., Mallon, W. K., & Viccellio, A. (2017). Emergency department (ED) overcrowding: evidence-based answers to frequently asked questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 28(2), 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2017.04.008>
- Scardoni, A., Balzarini, F., Signorelli, C., Cabitza, F., & Odone, A. (2020). Artificial intelligence-based tools to control healthcare associated infections: A systematic review of the literature. *Journal of Infection and Public Health*, 13(8), 1061-1077. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.06.006>
- Sharifi, V., Tehranidoost, M., Yunesian, M., Amini, H., Mohammadi, M., & Roudsari, M. J. (2012). Effectiveness of a low-intensity home-based aftercare for patients with severe mental disorders: a 12-month randomized controlled study. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 766–770. DOI: 10.1007/s10597-012-9516-z
- Siddiqui, Z., Bertram, A., Berry, S., Niessen, T., Allen, L., Durkin, N., Feldman, L., Herzke, C., Qayyum, R., Pronovost, P., & Brotman, D. J. (2019). Geographically Localized Medicine House-Staff Teams and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 46-52. DOI: 10.1177/2374373518771361
- SNS. (2020, julho). Hospitalização Domiciliária no SNS. <https://www.acss.min-saude.pt/2020/07/28/hospitalizacao-domiciliaria-no-sns/>
- Soyemi, T. S., & Aborode, A. T. (2022). Shortage of hospital bed capacity and overcrowding in emergency tertiary healthcare centers in Nigeria. *Annals of Medicine and Surgery*, 82, 1-3. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104675>
- SPMI. (2021, junho). A Evolução da Hospitalização Domiciliária em Portugal. <https://www.spmi.pt/a-evolucao-da-hospitalizacao-domiciliaria-em-portugal/>
- Szpytman, H., & Barnett, N. (2019). Patient satisfaction of a homecare service to adults living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Journal of Medicines Optimisation*, 5(2), 46-52. https://www.pmhealthcare.co.uk/uploads/imagelib/pdfs/Journal_articles_by_issue/JoMO%20Sep%202019/Patient%20satisfaction%20of%20a%20homecare%20service%20to%20adults%20living%20with%20HIV.pdf
- Utens, C. M. A., Goossens, L. M. A., Van Schayck, O. C. P., Molken, M. P., Litsenburg, W. V., Janssen, A., Pouw, A. V., & Smeenk, F. W. (2013). Patient preference and satisfaction in hospital-at-home and usual hospital care for COPD exacerbations: Results of a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1537-1549. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.03.006
- Varney, J., Weiland, T. J., & Jelinek, G. (2014). Efficacy of hospital in the home services providing care for patients admitted from emergency departments an integrative review.

International Journal of Evidence-Based Healthcare, 12(2), 128-141.
DOI: 10.1097/XEB.0000000000000011

World Health Organization. (2002). Active ageing: a policy framework.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Xiao, G., Jaarsveld, W. V., Dong, M., & Klundert, J. V. (2016). Stochastic programming analysis and solutions to schedule overcrowded operating rooms in China. Computers & Operations Research, 74, 78-91. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cor.2016.04.017>

Anexos

Anexo A – [Pedido dos dados realizado ao Hospital]

Exmo(a). Comissão de Ética do Hospital Espírito Santo de Évora

O meu nome é Madalena Corrêa Henriques, aluna do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa. Encontro-me na fase de realização da tese de Mestrado, cujo tema é “Avaliação da satisfação dos utentes com a Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora – Diagnóstico e proposta de melhoria”, sob a orientação da Professora Doutora Sofia Portela, ISCTE- Instituto Universitário de Lisboa.

Este estudo tem a concordância da Doutora Ireneia Marques Coordenadora Médica da Unidade de Hospitalização Domiciliária e Diretora do CRI at home do Hospital Espírito Santo de Évora.

O tema proposto decorre da pertinência em estudar a satisfação dos utentes com este serviço, relativamente recente, e na consequente proposta de melhoria, numa lógica de melhoria contínua.

Este estudo tem por base a análise de um questionário já aplicado pelo próprio Hospital aos utentes da Hospitalização Domiciliária e uma base de dados com alguns registos destes utentes, devidamente anonimizados. A realização deste estudo não necessita de qualquer tipo de dados clínicos dos utentes.


Escrevo esta carta com o propósito de pedir acesso aos dados que o hospital dispõe relativamente às respostas do questionário de satisfação realizado aos pacientes e à base de dados existente relativamente a este tema para analisá-los e, posteriormente, conseguir perceber as áreas onde se devem implementar medidas de melhoria.

Certa de que o seu contributo nos irá ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a sua colaboração e disponibilidade.

Lisboa, 27 de fevereiro de 2023

Madalena
Corrêa Henriques

Anexo B – [Validação da Comissão de Ética do HESE]



COMISSÃO DE ÉTICA
Hospital do Espírito Santo de Évora, EPE (HESE, EPE)

Nada a opor
CA
A. P. 102
4/06/2023
José Luis Muñoz
Adjunto da Diretora Clínica

Parecer da CES nº 027/23
Nº entrada no HESE: 772 de 05/05/2023

Título do Projeto: Avaliação da satisfação dos utentes com a Hospitalização Domiciliária no Hospital do Espírito Santo de Évora – Diagnóstico e proposta de melhoria

Investigador Principal: Madalena Corrêa Henriques

Local:

Enquadramento: Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE

Tipo de Estudo:

Com base nos documentos apresentados

- Estão definidos os critérios de inclusão ☐ Sim ☐ Não
- São apresentados os Instrumentos de recolha de dados ☐ Sim ☐ Não
- Está garantida a confidencialidade dos dados recolhidos ☐ Sim ☐ Não
- Está garantida a participação livre, voluntária e informada, dos participantes ☐ NA ☐ Não

Parecer da Comissão de Ética do HESE, EPE:


Favorável ☒ X ☐ Não


Condicional ☐ Não


NOTAS:


Data: 06/05/2023


1. Autenticação
2. Deverá ser dado conhecimento do estudo ao CA do HESE
ATA N.º 25, em 11/06/2023
O Conselho de Administração


Maria Ceu Canhão
Vogal


António H. M. Ribeiro
Vogal

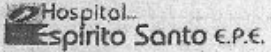

José Manuel Chora
Presidente da Comissão de Ética


Luísa Rabocho
Diretora Clínica



Telefone: 266 740 100 | Fax: 266 701 821
geral@hevora.min-saude.pt | www.hevora.min-saude.pt
Largo Senhor da Pobreza, s/n - 7000-811 ÉVORA
Entidade Pública Empresarial | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Évora
sob o n.º 508 085 888 | NIPC/NIF: 508 085 888 | Capital Estatutário: 40.280.000,00 euros

Anexo C – [Questionário aplicado pelo serviço de HD do HESE]



Estudo da Satisfação dos Utentes do HESE, E.P.E 2021
Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

A Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente do HESE EPE está a realizar um questionário sobre a qualidade do atendimento e satisfação do doente ou do cuidador relativamente ao período de internamento domiciliário. Desta forma, pretendemos compreender as necessidades dos doentes internados/cuidadores no domicílio, procurando satisfazer as suas necessidades com serviços cada vez melhores. Todas as respostas são confidenciais e anónimas.

INFORMAÇÕES E APOIO

Tendo em conta o seu internamento, avalie as seguintes questões indicando o seu nível de satisfação:

1 - "Nada Satisfeito", 2 - "Pouco Satisfeito", 3 - "Satisfeito", 4 - "Totalmente Satisfeito", NS - "Não Sabe" e NA - "Não se Aplica"

	1	2	3	4	NS	NA
Acolhimento / Admissão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Explicação dos cuidados a ter diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação sobre o processo de saúde do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQUIPA

Médicos(as)

	1	2	3	4	NS	NA
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simpatia / cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermeiros(as)

	1	2	3	4	NS	NA
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simpatia / cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACOMPANHAMENTO DA EQUIPA

	1	2	3	4	NS	NA
Forma como foi prestado o alívio dos sintomas ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuda para compreender a importância de seguir as recomendações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidencialidade do processo do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA

	1	2	3	4	NS	NA
Número de visitas da equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração de cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Página 1 de 2

Tendo em conta o seu internamento, avalie as seguintes questões indicando o seu nível de satisfação:
1- "Nada Satisfeito", 2- "Pouco Satisfeito", 3- "Satisfeito", 4- "Totalmente Satisfeito", NS- "Não Sabe" e NA- "Não se Aplica"

	1	2	3	4	NS	NA
Avaliação Global	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital? ☐ Sim ☐ Não

Deixe-nos as suas sugestões ou comentários para melhoria da qualidade dos cuidados.

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

☐ Próprio ☐ Familiar/Acompanhante Idade _____ ☐ Masculino ☐ Feminino
Estado Civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de facto ☐ Divorciado(a)/Separado(a) de facto ☐ Viúvo (a)
Situação Profissional: ☐ Estudante ☐ Trabalhador(a) ☐ Reformado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Outro
Habilitações Literárias: ☐ Sem escolaridade ☐ Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Estudos Superiores

Obrigado pela Sua Participação!

Anexo D – [Teste de *Mann Whitney* referente ao género]

H0: A distribuição das variáveis é igual no sexo feminino e no sexo masculino.

H1: A distribuição das variáveis não é igual no sexo feminino e no sexo masculino.

Como na variável “Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta”, o valor de sig é inferior a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, H0, ou seja, nesta variável a distribuição não é igual no sexo feminino e masculino. Nas restantes variáveis, como sig é superior a 0,05, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, nas restantes variáveis a distribuição é igual no sexo feminino e masculino.

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significância Sig. (2 extremidades)
Acolhimento/Admissão	3071,000	6152,000	-1,224	0,221
Explicação dos cuidados a ter diariamente	3123,000	6444,000	-0,410	0,682
Informação transmitida dos cuidados a ter após alta	2840,000	5690,000	-2,086	0,037
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	2762,000	5463,000	-1,450	0,147
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	2839,500	6160,500	-0,250	0,803
Informação sobre o processo de saúde do doente	3153,000	6234,000	-0,055	0,956
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	3108,500	6111,500	-0,470	0,638
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	3122,000	6525,000	-0,959	0,337
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	3124,500	6445,500	-0,335	0,738
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	3069,000	6150,000	-1,103	0,270
Simpatia/cortesia	3198,000	6601,000	0,000	1,000
Competência e profissionalismo	3198,000	6601,000	0,000	1,000
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	3196,000	6277,000	-0,035	0,972
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem) ²	3157,500	6238,500	-0,027	0,979
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	2961,000	5887,000	-0,615	0,539
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados ²	2954,500	5957,500	-1,723	0,085
Simpatia/cortesia ²	3120,000	6441,000	-0,981	0,326
Competência e profissionalismo ²	3120,000	6441,000	-0,981	0,326
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	3078,000	6159,000	-1,446	0,148
Forma como foi prestado o alívio de sintomas ao seu familiar	2632,500	5482,500	-0,666	0,506
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	2491,000	5192,000	-0,759	0,448
Ajuda para compreender a importância de seguir as recomendações	2739,500	5589,500	-0,368	0,713
Confidencialidade no processo do seu familiar	2338,500	4684,500	-0,789	0,430
Número de visitas da equipa	3001,500	6082,500	-1,023	0,306
Duração de cada visita	2922,500	6003,500	-1,676	0,094
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	2849,000	5699,000	-0,013	0,989
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	2959,500	5885,500	-0,497	0,619
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	3039,000	6120,000	-1,035	0,301
Avaliação Global	3157,000	6238,000	-1,025	0,305

a. Variável de Agrupamento: Género

Anexo E – [Teste de *Mann Whitney* referente a quem respondeu ao questionário]

H0: A distribuição das variáveis é igual quando é o doente a responder e quando é o familiar/acompanhante.

H1: A distribuição das variáveis não é igual quando é o doente a responder e quando é o familiar/acompanhante.

Como os valores de sig são superiores a 0,05, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, podemos concluir que a distribuição das variáveis é igual quando é o doente a responder ao questionário e quando é o familiar/acompanhante.

	U de Mann-Whitney	Wilcoxon W	Z	Significância Sig. (2 extremidades)
Acolhimento/Admissão	2376,000	9516,000	-0,701	0,484
Explicação dos cuidados a ter diariamente	2280,000	9420,000	-1,313	0,189
Informação transmitida dos cuidados a ter após alta	2220,000	8890,000	-1,191	0,234
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	2182,000	8623,000	-0,294	0,769
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	2224,000	8552,000	-0,126	0,900
Informação sobre o processo de saúde do doente	2299,500	9439,500	-0,844	0,399
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	2355,000	9376,000	-0,709	0,478
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	2361,500	3222,500	-1,127	0,260
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	2361,000	3181,000	-0,212	0,832
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	2384,000	3245,000	-0,544	0,587
Simpatia/cortesia	2439,500	3300,500	0,000	1,000
Competência e profissionalismo	2439,500	3300,500	0,000	1,000
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	2400,500	3261,500	-0,792	0,428
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)2	2380,500	3241,500	-0,785	0,432
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	2282,500	3102,500	-0,300	0,764
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados2	2354,500	9257,500	-0,527	0,598
Simpatia/cortesia2	2360,000	3221,000	-1,696	0,090
Competência e profissionalismo2	2360,000	3221,000	-1,696	0,090
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	2378,000	9399,000	-0,836	0,403
Forma como foi prestado o alívio de sintomas ao seu familiar	2041,500	2821,500	-0,720	0,471
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	1897,000	2600,000	-0,713	0,476
Ajuda para compreender a importância de seguir as recomendações	2093,000	2834,000	-0,190	0,849
Confidencialidade no processo do seu familiar	1849,000	7205,000	-0,060	0,952
Número de visitas da equipa	2300,500	3080,500	-0,007	0,994
Duração de cada visita	2261,000	3041,000	-0,489	0,625
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	2111,000	2891,000	-1,116	0,265
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	2245,000	3065,000	-0,735	0,462
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	2359,000	9380,000	-0,015	0,988
Avaliação Global	2419,000	9559,000	-0,587	0,557

a. Variável de Agrupamento: Quem respondeu ao questionário?

Anexo F – [Teste de *Kruskal-Wallis* referente às habilitações literárias]

H0: A distribuição das variáveis é igual nos indivíduos sem escolaridade, com o ensino básico, com o ensino secundário e com estudos superiores.

H1: A distribuição das variáveis não é igual nos indivíduos sem escolaridade, com o ensino básico, com o ensino secundário e com estudos superiores.

Como os valores de sig são superiores a 0,05, não se rejeita a hipótese nula, ou seja, podemos concluir que a distribuição de todas as variáveis é igual em indivíduos com diferentes habilitações literárias.

	H de Kruskal-Wallis	df	Significância Sig.
Acolhimento/Admissão	1,431	2	0,489
Explicação dos cuidados a ter diariamente	0,171	2	0,918
Informação transmitida dos cuidados a ter após alta	2,861	2	0,239
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	2,361	2	0,307
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	0,459	2	0,795
Informação sobre o processo de saúde do doente	0,169	2	0,919
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	1,317	2	0,518
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	1,034	2	0,596
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	1,576	2	0,455
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	0,312	2	0,856
Simpatia/cortesia	0,000	2	1,000
Competência e profissionalismo	0,000	2	1,000
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	0,510	2	0,775
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)2	0,523	2	0,770
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	0,759	2	0,684
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados2	0,877	2	0,645
Simpatia/cortesia2	1,038	2	0,595
Competência e profissionalismo2	1,038	2	0,595
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	2,354	2	0,308
Forma como foi prestado o alívio de sintomas ao seu familiar	1,477	2	0,478
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	0,320	2	0,852
Ajuda para compreender a importância de seguir as recomendações	0,147	2	0,929
Confidencialidade no processo do seu familiar	0,211	2	0,900
Número de visitas da equipa	1,079	2	0,583
Duração de cada visita	1,343	2	0,511
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	1,423	2	0,491
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	2,117	2	0,347
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	0,212	2	0,899
Avaliação Global	1,963	2	0,375

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Habilitações Literárias

Anexo G – [Teste de Independência de Qui-Quadrado referente à “Avaliação Global” e “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?”]

H0: As variáveis “Avaliação Global” e “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?” são independentes, ou seja, não existe relação entre elas.

H1: As variáveis “Avaliação Global” e “Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?” não são independentes, ou seja, existe relação entre elas.

Como os valores de sig são inferiores a 0,05, rejeita-se a hipótese nula, ou seja, podemos concluir que as duas variáveis não são independentes, ou seja, existe relação entre elas.

Estatísticas de teste

	Avaliação Global	Aconselharia a um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?
Qui-quadrado	156,025 ^a	156,025 ^a
df	1	1
Significância Sig.	<,001	<,001

a. 0 células (0,0%) possuem frequências esperadas menores que 5. O mínimo de frequência de célula esperado é 80,0.

Anexo H – [Correlação de spearman]

	rô de Spearman		
	Idade		
	Coefficiente de Correlação	Sig. (2 extremidades)	N
Idade	1,000		142
Acolhimento/ Admissão	-0,092	0,278	142
Explicação dos cuidados a ter diariamente	-0,083	0,325	141
Informação transmitida dos cuidados a ter após alta	-0,024	0,784	137
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	-0,066	0,451	134
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	-0,035	0,692	134
Informação sobre o processo de saúde do doente	0,006	0,943	141
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	-0,050	0,555	141
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem)	-0,023	0,787	142
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	-0,007	0,934	141
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados	-0,029	0,731	142
Simpatia/cortesia			142
Competência e profissionalismo			142
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	-0,093	0,269	142
Atenção e disponibilidade demonstrados (para o ouvirem e compreenderem) ²	-0,093	0,269	142
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	-0,093	0,274	139
As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados ²	-0,080	0,348	141
Simpatia/cortesia ²	0,005	0,952	142
Competência e profissionalismo ²	0,005	0,952	142
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	-0,093	0,269	142
Forma como foi prestado o alívio de sintomas ao seu familiar	-0,039	0,659	133
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	-0,030	0,734	130
Ajuda para compreender a importância de seguir as recomendações	-0,033	0,700	135
Confidencialidade no processo do seu familiar	-0,031	0,733	125
Número de visitas da equipa	0,005	0,954	139
Duração de cada visita	-,206*	0,015	139
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	-0,097	0,261	135
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	-0,095	0,265	138
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	-0,142	0,094	140
Avaliação Global	-0,137	0,105	142

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Anexo I – [Proposta de Questionário]



Estudo da Satisfação dos Utentes do HESE, E.PE. 2023
Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente

A Unidade de Hospitalização Domiciliária Polivalente do HESE EPE está a realizar um questionário sobre a qualidade do atendimento e satisfação do doente ou do cuidador relativamente ao período de internamento domiciliário. Desta forma, pretendemos compreender as necessidades dos doentes internados/cuidadores no domicílio, procurando satisfazer as suas necessidades com serviços cada vez melhores. Todas as respostas são confidenciais e anónimas.

Tendo em conta o seu internamento, avalie as seguintes questões indicando o seu nível de satisfação:

1. “Nada Satisfeito”, 2. “Pouco Satisfeito”, 3. “Satisfeito”, 4. “Totalmente Satisfeito”, NS – “Não Sabe” e NA – “Não se Aplica”.

INFORMAÇÕES E APOIO

	1	2	3	4	NS	NA
Acolhimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Admissão acessível, rápida e descomplicada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida dos cuidados a ter diariamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida dos cuidados a ter após a alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida pela Equipa da Unidade aos Cuidados de Saúde Primários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação sobre os meios disponíveis para elogios/reclamações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação sobre o processo de saúde do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informações sobre os direitos e deveres dos doentes/cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa médica explicou a situação clínica do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa médica explicou os tratamentos adotados e a razão de ser dos mesmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa médica explicou os sintomas do doente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informação transmitida relativamente ao serviço domiciliário que iria ser prestado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O atendimento domiciliário prestado economizou o seu tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EQUIPA

Médicos(as)

	1	2	3	4	NS	NA
Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa explicou a situação clínica (doenças, sintomas, tratamentos, etc.) do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simpatia/cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa médica conseguiu controlar a dor durante o internamento domiciliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi tratado com respeito e dignidade durante o período de internamento domiciliário pela equipa médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enfermeiros(as)

	1	2	3	4	NS	NA
Atenção e disponibilidade demonstrados (para ouvirem e compreenderem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. “Nada Satisfeito”, 2. “Pouco Satisfeito”, 3. “Satisfeito”, 4. “Totalmente Satisfeito”, NS – “Não Sabe” e NA – “Não se Aplica”.

	1	2	3	4	NS	NA
Rapidez de resposta do serviço de enfermagem quando necessitou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simpatia/cortesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Competência e profissionalismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Em termos globais como avalia o desempenho do pessoal de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Forma como a equipa de enfermagem conseguiu controlar a dor durante o internamento domiciliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foi tratado com respeito e dignidade durante o período de internamento domiciliário pela equipa de enfermagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACOMPANHAMENTO DA EQUIPA

	1	2	3	4	NS	NA
Forma como foi prestado o alívio dos sintomas ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuda para enfrentar os problemas emocionais relacionados com o estado de saúde do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuda para compreender importância de seguir as recomendações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidencialidade do processo do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de visitas da equipa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duração de cada visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajuda por parte da equipa de Hospitalização Domiciliária a retomar as rotinas após a finalização do tratamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Relativamente à sua condição de saúde e tratamento adotado sentiu-se em algum momento ansioso ou inseguro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As suas preocupações são faladas e tidas em consideração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apoio prestado pela equipa domiciliária	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMUNICAÇÃO COM A EQUIPA

	1	2	3	4	NS	NA
Facilidade em contactar o serviço (telefonicamente e/ou meios eletrónicos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Possibilidade em falar com um profissional (médico, enfermeiro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Capacidade de esclarecimento das suas dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A comunicação com a equipa domiciliária foi fácil e compreensível	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tempo disponibilizado para em conjunto com a equipa médica discutir acerca do tratamento escolhido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEGURANÇA

	1	2	3	4	NS	NA
Segurança sentida durante os dias de internamento domiciliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança sentida durante as noites de internamento domiciliário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segurança sentida com o serviço domiciliário prestado pela equipa médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. “Nada Satisfeito”, 2. “Pouco Satisfeito”, 3. “Satisfeito”, 4. “Totalmente Satisfeito”, NS – “Não Sabe” e NA – “Não se Aplica”.

MEDICAÇÃO

As explicações dadas sobre os medicamentos prescritos e exames realizados foram claras

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Forma como foi administrada a medicação

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicação entregue estava correta

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medicação chegava no prazo estabelecido e nas devidas condições

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Informação transmitida relativamente aos requisitos de armazenamento da medicação

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Avaliação global

1	2	3	4	NS	NA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aconselharia um amigo/familiar a recorrer ao Hospital?

☐ Sim ☐ Não

Deixe-nos as suas **sugestões ou comentários** para melhoria da qualidade dos cuidados.

CARACTERIZAÇÃO DO RESPONDENTE

☐ Próprio ☐ Familiar/acompanhante Idade: _____ ☐ Masculino ☐ Feminino
Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a)/União de facto ☐ Divorciado(a)/Separado(a) de facto ☐ Viúvo(a)
Situação Profissional: ☐ Estudante ☐ Trabalhador(a) ☐ Reformado(a) ☐ Desempregado(a) ☐ Outro
Habilitações literárias: ☐ Sem escolaridade ☐ Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Estudos Superiores

Obrigado pela Sua Participação!