

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO  
ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES EVACUADOS NO  
ÂMBITO DO ACORDO BILATERAL NO DOMÍNIO DA SAÚDE:  
PORTUGAL E CABO VERDE**

**Ariana Correia Barros Silva**

**Orientadora:** Prof. Doutora Margarida Eiras, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – ESTeSL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde

Lisboa, 2019



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO  
ALGARVE**

**AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS DOENTES EVACUADOS NO  
ÂMBITO DO ACORDO BILATERAL NO DOMÍNIO DA SAÚDE:  
PORTUGAL E CABO VERDE**

**Ariana Correia Barros Silva**

**Orientadora:** Prof. Doutora Margarida Eiras, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – ESTeSL

**Juri:**

- Prof. Doutor André Coelho - Escola superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa - ESTeSL
- Prof. Doutor João Mário Pedro – FC Gulbenkian/ Escola superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa - ESTeSL

Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde  
(esta versão inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri)

Lisboa, 2019



## **Agradecimentos**

A elaboração de uma tese resulta de um trabalho individual que, necessariamente, é facilitado e melhorado por contribuições diversas de muitas outras pessoas, a quem expresso a minha mais profunda gratidão.

Em primeiro Lugar, quero agradecer aos meus familiares, a minha mãe, Eunice Correia (Guta), pelo suporte em todos os momentos e o amor incondicional, meu pai por todos os incentivos e apoios, aos meus irmãos Jorge e Núria (Ilka), que apesar da distância estiveram sempre presentes, ao meu sobrinho Deu e minhas tias Maria, Nhanha e Luísa.

Aos meus amigos, Zezito, Luciene e Anilda, por todo o carinho e apoio em todos os momentos.

À professora Doutora Margarida Eiras, orientadora do meu trabalho, agradeço por ter aceitado orientar este trabalho e por todo o apoio e contributo para o desenvolvimento deste trabalho.

À professora Gilda Cunha, por todo o apoio e pela sua disponibilidade em ajudar-me.

À professora Doutora Helena Rebelo Pinto agradeço as críticas e sugestões que melhoraram este trabalho, e expresso o meu respeito, admiração e gratidão por toda a sua colaboração.

Aos serviços dos Doentes Evacuados (SDE Embaixada de Cabo Verde e INPS- CADE), agradeço pelo espaço cedido para a realização dos questionários e todos os apoios fornecidos pela equipa.

E por último, mas não menos importante, agradeço a todos os doentes evacuados no âmbito do acordo bilateral entre Cabo Verde e Portugal, que aceitaram participar neste estudo de forma voluntária e esclarecida, bem como, a vontade de todos em contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços prestados através da participação neste estudo.



## Resumo

Avaliar a satisfação na saúde tem vindo a transformar-se numa necessidade imperativa nos últimos anos. Portanto, torna-se ainda mais importante compreender as implicações que estão na base do processo de avaliação da satisfação na saúde, compreender a emergência de problemas que lhes são subjacentes, através de problemáticas de rotura face à epistemologia interdisciplinar e adequar os resultados dessa avaliação a melhorias e estabilidade do sector da saúde. A importância do problema que, no presente estudo se apresenta a montante de um processo de evacuação de doentes de um estado para outro, ao abrigo de um acordo bilateral, vê-se na forma como são analisadas as fragilidades do processo, que são testadas para a sua compreensão e resolução.

Este estudo tem como objetivo avaliar a satisfação dos doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal no âmbito do acordo bilateral entre os dois países, descrevendo o processo de evacuação, quantificando o grau de satisfação dos doentes ao longo do processo e comparando o grau de satisfação global entre os dois grupos que compõem a amostra do estudo. A amostra é constituída por 251 participantes, doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, conseguidos nos centros de controlo dos mesmos, em Portugal.

**Metodologia:** O estudo é do tipo descritivo, baseado na descrição de fenómenos para descrever e compreender a variável satisfação na amostra de doentes evacuados, tendo em conta as diferentes etapas do processo de evacuação. **Resultados:** os resultados obtidos revelaram que, os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal no âmbito de acordo bilateral da saúde, **não estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo.** Os resultados demonstram ainda que, no conjunto das sete dimensões do processo de evacuação analisadas, os doentes estão mais satisfeitos com o hospital de tratamento em Portugal e mais insatisfeitos com o serviço prestado pelas entidades Cabo-verdianas que os representam em Portugal. **Conclusões:** A partir desses resultados podemos concluir que, 1- não obstante um acordo político com regras definidas entre as partes, rigoroso nas suas diretivas e funções, nem sempre os resultados são aqueles que se esperava alcançar, 2- a existência de um acordo político não determina a adoção de comportamentos da parte dos agentes e técnicos afetos ao desenvolvimento do processo. O estudo também permitiu conhecer a fase do processo que precisa de maior atenção e como poderá ser melhorado.

**Palavras-chave:** Evacuação de doentes; Satisfação de doentes, Qualidade nos cuidados de saúde; Questionário



## Abstract

Assessing health satisfaction has become an imperative need in recent years. Therefore, it is even more important to understand the implications that underlie the assessment process of health satisfaction, to understand the emergence of the problems that are underlying, through disruption issues concerning the interdisciplinary epistemology and acquaint the results of this assessment for improvements and stability of health sector. The importance of the problem which, in this study presents the amount of an evacuation process of patients from a state to another under the bilateral agreement, can be seen in the way how the weaknesses of the process are analyzed, which are tested for its understanding and resolution.

This study aims to assess the satisfaction of evacuated patients from Cape Verde to Portugal under the bilateral agreement between the two countries, by describing the evacuation process, quantifying the degree of patients' satisfaction throughout the process and comparing the degree of overall satisfaction between the two groups that make up the study sample. The sample is consisted of 251 participants, patients evacuated from Cape Verde to Portugal, obtained at their control centers in Portugal. **Methodology:** The study is descriptive, based on the description of phenomena to describe and understand the variable satisfaction in the sample of evacuated patients, considering the different stages of the evacuation process. **Results:** The results gotten revealed that the evacuated patients from Cape Verde to Portugal under a bilateral health agreement **are not satisfied with the service provided at different stages of the process.** The results also show that, in all seven dimensions of the evacuation process analyzed, patients are more satisfied with the treatment hospital in Portugal and more dissatisfied with the service provided by the Cape Verdean entities that represent them in Portugal. **Conclusions:** From these results we conclude that: 1 – despite a political agreement with defined rules between the parties, strict in their directives and functions, the results are not always those that are expected, 2- the existence of a political agreement does not determine the behaviors adopted by the agents and technicians who are affect to the development of the process. The study also allowed us to know the phase of the process that needs the most attention and how it could be improved.

**Keywords:** Patients evacuation; Patients Satisfaction, Quality in Health Care; Quiz



## Índice Geral

Resumo .....	v
Abstract .....	vii
Índice Geral .....	ix
Índice de Tabelas .....	xi
Índice Quadros .....	xiii
Índice de Figuras .....	xv
Lista de Siglas e acrónimos .....	xvii
1. Fase Conceptual.....	1
1.1. Introdução.....	1
1.2. Identificação do Problema de Investigação.....	3
1.3. Questões Centrais de Investigação .....	4
2. Enquadramento teórico.....	5
2.1. Satisfação do doente nos serviços de saúde: conceito .....	5
2.2. Satisfação como indicador da qualidade.....	7
2.3. Fatores que influenciam a satisfação dos doentes.....	9
2.4. Dimensões da satisfação - instrumentos e métodos de avaliação .....	10
2.5. O Acordo político - Portugal /Cabo Verde - A evacuação de doentes .....	15
2.6. Formulação do problema de investigação – Seus elementos .....	23
2.7. Quadro de referência.....	25
2.8. Questões de Investigação Precisas .....	26
3. Fase metodológica .....	29
3.1. Desenho da investigação.....	29
3.2. Tipo de Estudo.....	29
3.3. População e Amostra.....	29
3.4. Meio.....	31

3.5. Definições operacionais - variáveis do estudo .....	31
3.6. Instrumento de colheita dos dados – Questionário .....	32
3.7. Plano de análise .....	40
4. Fase empírica.....	43
4.1. Colheita de dados – Análise .....	44
5. Apresentação/interpretação e discussão dos resultados .....	45
5.1. Caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos.....	45
5.2. Satisfação Global Média .....	50
5.3. Análise das dimensões que influenciam a satisfação no processo de evacuação 52	
5.4. Satisfação dos doentes mediante cada dimensão .....	55
5.5. Comparação entre as duas entidades relativamente às dimensões e a relação destas últimas com o grau de satisfação.....	58
5.6. Impacto das dimensões na satisfação global dos doentes.....	62
5.7. Limites do estudo.....	66
5.8. Recomendações futuras .....	67
6. Conclusões.....	69
7. REFERÊNCIAS .....	73
Anexos.....	79
Anexo I.....	79
Anexo II.....	79
Anexo III.....	79
Anexo IV .....	79
Anexo V .....	79

## Índice de Tabelas

Tabela 2.1 - Número máximo anual de doentes a evacuar por cada país .....	18
Tabela 3.1 - Estrutura do questionário e caracterização das variáveis.....	34
Tabela 3.2 - Valores <i>Alpha</i> , <i>KMO</i> e teste de Bartlett (sig). .....	37
Tabela 5.1 - Distribuição da idade segundo as entidades responsáveis .....	47
Tabela 5.2 - Distribuição por grau de escolaridade segundo as entidades responsáveis .	48



## Índice Quadros

Quadro 2.1- Conceitos da Satisfação no setor dos cuidados de saúde.....	6
Quadro 2.2 - Classificações das dimensões da Satisfação dos doentes .....	10
Quadro 2.3 - Responsabilidades nos Acordos de Cooperação .....	19
Quadro 2.4 - Caracterização dos serviços que promovem a evacuação em Cabo Verde	22
Quadro 5.1 - Valores de média e desvio padrão para as dimensões relativamente à PS	52
Quadro 5.2 - Valores de média e desvio padrão para as dimensões relativamente ao INPS .....	53
Quadro 5.3 - Comparação das médias e desvio padrão entre as duas entidades (INPS e PS) nas dimensões em comum .....	59
Quadro 5.4 - Dimensão com menor grau de satisfação - PS .....	60
Quadro 5.5 - Dimensão com menor grau de satisfação - INPS .....	61
Quadro 5.6 - Regressão linear .....	64



## Índice de Figuras

Figura 2.1 - Localização do arquipélago de Cabo Verde/ Mapa de Cabo Verde - Fonte: INECV .....	16
Figura 2.2 - Esquema do processo de evacuação Fonte: Elaboração Própria .....	21
Figura 2.3 - Variáveis do Estudo .....	26
Figura 5.1 - Distribuição da amostra segundo género e entidade responsável (n=251) ...	46
Figura 5.2- Distribuição da amostra por ilhas de residência em Cabo Verde .....	50
Figura 5.3 - Satisfação global média para cada entidade.....	51
Figura 5.4- Classificação em termos médios para cada dimensão da PS (n=132) .....	56
Figura 5.5 - Classificação em termos médios para cada dimensão do INPS (n=119) .....	57



## Lista de Siglas e acrónimos

APD	Ajuda Pública ao Desenvolvimento
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
BCV	Banco de Cabo Verde
CADE	Centro de Acolhimento de Doentes Evacuados
DGS	Direção Geral da Saúde
DP	Desvio Padrão
EUA	Estados Unidos da América
EUROPEP	European Task Force on Patient Evaluation of General Practice
ESTeSL	Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPH	Índice de Pobreza Humana
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
M	Média
MSCV	Ministério da Saúde de Cabo Verde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNDS	Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PIB	Produto Interno Bruto
PAIGC	Partido Africano Guiné e Cabo Verde
PALOP	Países Africano de Língua Oficial Portuguesa
PS	Promoção Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SEF	Serviço de Estrangeiro e Fronteiras
SDE	Serviço de Doentes Evacuados



# 1. Fase conceptual

## 1.1. Introdução

Na saúde, falar em “qualidade” é uma exigência para todas as entidades envolvidas e para todos os profissionais que prestam cuidados aos doentes. A satisfação com os serviços de saúde, na sua dupla vertente, satisfação dos profissionais e satisfação dos doentes, é uma área de difícil avaliação, complexa, e, ao mesmo tempo, incontornável. É atualmente considerada como um objetivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar cada vez mais importante na avaliação da qualidade<sup>1</sup>.

Na presente conjuntura, os doentes estão cada vez mais bem informados sobre questões relacionadas com o seu estado de saúde, pelo que os serviços que prestam assistência aos doentes devem ter em consideração as suas necessidades, exigências, e determinadas condições situacionais. Assim, é importante que os doentes tenham participação ativa e sejam envolvidos nas atividades de garantia da qualidade dos cuidados com a saúde. Isso permite-lhes compreender as diferentes opções de tratamento e de escolhas seguras no que diz respeito à sua saúde. Há grande interesse, não só por parte dos prestadores, gestores e agentes de decisão política, mas também dos doentes, em levar em consideração as avaliações que estes fazem dos cuidados prestados com a saúde. Usa-se muito de questionários aplicados aos doentes sobre as respetivas experiências com os serviços e com os resultados dos cuidados prestados. Assim diferentes tipos de estudos de satisfação dos doentes têm sido usados para registar o ponto de vista dos mesmos<sup>2</sup>.

Em **Cabo Verde**, o Serviço Nacional de Saúde<sup>3</sup> conseguiu avanços significativos nos últimos anos. Os indicadores de saúde testemunham esses ganhos, tendo isso contribuído para a elevação do país, de país pobre para país de “desenvolvimento médio”. Porém, ainda existem muitas dificuldades decorrentes de novos desafios inerentes às mudanças registadas, *e.g.*, no perfil epidemiológico, nas crescentes expectativas dos cabo-verdianos em matéria de saúde e na insuficiência de recursos para responder às demandas do sector. São exemplo disso, as dificuldades de diagnóstico, dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, falta de recursos humanos especializados e poucos equipamentos afetos ao processo. Estas necessidades continuam presentes na vida dos cabo-verdianos, embora a evolução no sector, comparativamente a determinados países de África subsariana, tenha conhecido avanços significativos.

A **evacuação dos doentes** para Portugal por questões de saúde é um assunto que tem vindo a ganhar destaque, gerando preocupação, tanto no seio da população cabo-verdiana, como também junto das suas entidades responsáveis. São Várias as reportagens que chegam ao conhecimento da comunidade Cabo-verdiana, denunciando as condições precárias que os doentes evacuados vivem, criticando o acordo político, no sector da saúde, entre os dois países.

Um dos pontos primordiais do acordo bilateral entre Portugal e Cabo Verde assenta-se na possibilidade de tratamento sem custos para os doentes nos hospitais de acolhimento em Portugal. Contudo, há ainda um longo caminho a percorrer neste campo<sup>4</sup>. Acredita-se que existam falhas nesse processo que podem ser melhoradas, a fim de prestar um serviço de melhor qualidade.

Assim, o tema a ser desenvolvido na presente dissertação, que se insere no Mestrado Gestão e Avaliação de Tecnologias da Saúde, da Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, tem como objetivo avaliar o grau de satisfação dos doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral da saúde. A pergunta que serve de guião do estudo é:

**Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?**

Espera-se que a realização do presente estudo venha a contribuir para o conhecimento da real problemática do processo de evacuação dos doentes e se possa extrair do mesmo estudo sugestões de melhoria.

Para uma melhor compreensão do estudo, o mesmo encontra-se dividido em capítulos:

No primeiro capítulo referente à fase conceptual do nosso estudo, faz-se a introdução, apresenta-se a identificação do problema e são detalhadas as questões de investigação.

No segundo capítulo, enquadramento teórico, é abordada a literatura que suporta o problema em investigação onde são abordados temas relevantes para o estudo: desde o conceito de satisfação dos doentes nos serviços de saúde, na perspetiva de diferentes autores, ao acordo político entre Cabo Verde e Portugal, com realce na evacuação de doentes. É formulado o problema em investigação, desenhado um quadro de referência com as principais variáveis do estudo; São definidas as questões de investigação precisas e projetados os objetivos do estudo.

No terceiro capítulo, fase metodológica, apresenta-se o desenho da investigação onde se discrimina o tipo de estudo, são apresentadas as definições operacionais das variáveis em

estudo, se concebe o instrumento de colheita de dados e o plano de análise para a fase empírica do estudo.

No quarto capítulo, fase empírica, são colhidos os dados que, após serem tratados, de acordo com o plano de análise desenhado no capítulo anterior, são extraídos os resultados do estudo.

A apresentação, interpretação e discussão dos resultados fazem parte do quinto capítulo. No sexto e último capítulo, são apresentadas as conclusões e implicações do estudo, os seus limites e propostas para situações futuras.

## **1.2. Identificação do Problema de Investigação**

No sector da saúde, destacamos e delimitamos um assunto particular a estudar/investigar. Isso significa precisar os seus contornos, estabelecer as ligações que ele tem com outras problemáticas associadas, ou outros temas de estudo. Esta é uma exigência e a condição básica para estruturar o pensamento sobre ele. Somente desta forma é possível organizar o processo de procura da informação necessária para o estudo.

O problema em estudo parte da nossa preocupação em compreender e descrever as relações que existem entre o grau de satisfação dos doentes em processo de evacuação e em situações de tratamento efetivo, em interação com a sua envolvência, ou seja, as instituições por onde vão passar e os técnicos que os vão receber e tratar. Isso seria um problema de resolução relativamente fácil, não fosse a condição específica desses doentes serem doentes evacuados, ao abrigo de um acordo político entre dois estados soberanos: Portugal e Cabo-Verde. Vamos então lidar com os seguintes fenómenos: **doentes evacuados, relações estabelecidas** entre esses doentes evacuados com instituições, quer de evacuação/acolhimento, quer de **tratamento** e de situações legais, **satisfação dos doentes evacuados**. Uma outra particularidade reside no fato de a evacuação recair em dois grupos distintos, a saber, os doentes da Promoção Social (**PS**) e os do Instituto Nacional de Previdência Social (**INPS**). Uma vez evacuados, e, no país de acolhimento, a Embaixada de Cabo Verde em Portugal responsabiliza-se pelos doentes da promoção social (**PS**), por um lado, enquanto o **INPS – CADE** responsabiliza-se pelos doentes do Instituto Nacional de Previdência Social (**INPS**).

Uma vez que a evacuação dos doentes obedece a vários constrangimentos ao abrigo de um acordo político e, tendo em conta as muitas reclamações à volta do mesmo, e, ainda, a par disso, a insatisfação constatada no seio dos doentes evacuados em situações efetivas

de tratamento, daí, o problema que carece de resolução. A recolha de informação para o tratamento e resolução do nosso problema andarà à volta do que existe no mercado sobre o mesmo, nomeadamente, pesquisas bibliográficas, trabalhos anteriores, artigos científicos, trabalhos concetuais, escolas teóricas, instrumentos de recolha de informações decorrentes de diferentes escolas teóricas, entre outros. A par dessa recolha, preocupar-nos-emos, também, com a caracterização do fenómeno, **evacuação de doentes**, ao abrigo do acordo político, fazendo o tratamento da informação conseqüente.

### **1.3. Questões Centrais de Investigação**

Considerando o tema e a questão de partida, torna-se necessário discriminar os assuntos principais que devem ser verdadeiramente estudados no presente trabalho de investigação. Estas questões centrais vão contribuir para uma abordagem estruturada do problema, através de uma sequência adequada de respostas, para, em conjunto, responderem, por sua vez, ao problema central de investigação. A estruturação das questões centrais vai-nos permitir partir, por outro lado, para uma aprofundada revisão da literatura à volta do problema:

- O processo de evacuação dos doentes (PS e INPS)
- O grau de satisfação dos doentes evacuados, considerando as variáveis que envolvem o processo de evacuação
- O relacionamento dos doentes com instituições e agentes ao longo do processo de evacuação
- O tratamento dos doentes em Portugal
- A satisfação comparada entre os doentes PS e INPS
- Dimensões de satisfação que mais influenciam a satisfação global dos doentes nas diferentes fases do processo de evacuação

## 2. Enquadramento teórico

### 2.1. Satisfação do doente nos serviços de saúde: conceito

Nos últimos anos a satisfação com os serviços de saúde tem vindo a consolidar-se como uma área fundamental na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde. Já se sabe que a qualidade e a satisfação são conceitos que caminham juntos, sendo este último um indicador legítimo de gestão da qualidade<sup>5</sup>.

Existem várias definições de qualidade. O conceito e as metodologias associados à qualidade têm a sua origem na indústria. Foram evidenciados por autores como Deming Juran ou Ishikawa e adaptados à saúde por Avedis Donabedian. Por sua vez, a qualidade, no contexto em que o enquadrámos no presente estudo, é vista pela *“prestação de cuidados acessíveis e equitativos, pelo nível profissional ótimo no relacionamento interpessoal entre os diferentes agentes, nos recursos disponíveis, entre outros. O objetivo último é a adesão e a satisfação dos utentes”*<sup>6</sup>.

A avaliação da satisfação dos doentes, vista nos seus resultados, é um instrumento que ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, por um lado, e a adoção de novas estratégias, por outro. Desta forma, insere-se o doente no contexto da organização dos serviços, através da análise das suas exigências, extraídas dessa avaliação<sup>7</sup>.

O termo satisfação vem do latim *satisfactio* e define-se como *“o ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se”*; traduz-se no ato de bem-estar do doente e evidencia-se na opinião do doente sobre a qualidade dos serviços obtidos<sup>8,9</sup>.

Para alguns autores, o conceito satisfação está relacionado com uma avaliação subjetiva de diferentes aspetos, positivos e negativos na prestação de cuidados, sendo uma medida relevante de resultados, por exemplo, na avaliação das consultas e na comunicação entre utilizadores e profissionais de saúde<sup>10</sup>. A satisfação é ainda definida como uma atitude, uma emoção ou um sentimento que podem ser verbalizados e medidos através da opinião, e que resulta da avaliação que cada pessoa faz relativamente ao grau de realização das suas necessidades e expectativas<sup>11</sup>.

O conceito satisfação, como se pode constatar, é de difícil operacionalização, considerando a sua natureza ambígua. Pode sofrer influências de vários fatores, *e.g.*, fatores individuais, experiências anteriores, características sociodemográficas, capacidade de perceber o

estado de saúde e da doença e as expectativas em relação às diversas dimensões da satisfação<sup>9</sup>. Pode-se assim afirmar que a satisfação assume diferentes significados em diferentes contextos, exibindo também um carácter dinâmico, subjetivo e multidimensional<sup>12,13</sup>. São várias as dimensões pelas quais se pode medir a satisfação, a saber: a acessibilidade, o tempo de espera, a informação e apoio por parte dos profissionais com os doentes e o ambiente físico<sup>13</sup>. Porém compete a cada organização/serviço escolher o que melhor se adequa às suas necessidades e objetivos.

No que diz respeito aos serviços da saúde, a qualidade dos cuidados prestados traduz-se na satisfação manifestada pelo doente. Desta forma, a aplicação da avaliação da satisfação aproxima o doente da organização e conduz a uma melhor adequação dos cuidados às expectativas dos doentes<sup>7</sup>. A satisfação torna-se, assim, num indicador da qualidade dos cuidados prestados.

No Quadro 2.1 apresenta-se alguma literatura com diferentes abordagens relacionadas com o conceito satisfação, numa sequência linear de tempo, no setor dos cuidados de saúde.

**Quadro 2.1- Conceitos da Satisfação no setor dos cuidados de saúde**

Autor (Ano)	Contributos
Woodside et al. (1989)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A perceção do doente, relacionada com a qualidade do serviço influencia a sua satisfação.</li> <li>• A satisfação do doente é um fenómeno pós-experiência que reflete o quanto o paciente gosta ou desgosta do serviço</li> </ul>
Fisk et al. (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A satisfação é positiva quando a experiência do serviço vai de encontro às expectativas do doente.</li> </ul>
Nelson (1990)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A satisfação do doente pode ser determinada por quatro variáveis: satisfação com os resultados; continuidade dos cuidados; expectativas dos doentes e comunicação doente-médico.</li> </ul>
Turner e Louis (1995)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A satisfação é largamente o resultado de expectativas concretizadas. A satisfação é uma função da perceção da discrepância entre os desejos individuais e as experiências atuais de cada um sejam proporcionais aos seus desejos.</li> </ul>
Kotler (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A perceção é um processo através do qual um individuo (doente) seleciona, organiza e interpreta informação para criar uma imagem com significado do mundo.</li> </ul>

## **2.2. Satisfação como indicador da qualidade**

Todos os envolvidos nos cuidados de saúde têm como preocupação última, a qualidade dos serviços prestados<sup>17</sup>. Essa qualidade, como já se viu, está ligada à satisfação dos doentes que, através da avaliação realizada sobre os cuidados de saúde recebidos permite analisar respostas da comunidade à oferta destes serviços o que possibilita uma melhor adequação dos cuidados às expectativas dos doentes<sup>7</sup>.

Por sua vez, a qualidade na saúde é definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, como um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão. Implica, ainda, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível<sup>15</sup>.

O conceito qualidade na saúde está ligado à avaliação dos serviços de saúde. Para Donabedian esta avaliação deve estar fundamentada em três dimensões: estrutura, processo e resultado. A estrutura reflete o conjunto dos recursos disponíveis para a realização da assistência, tais como, o espaço físico, os materiais, os recursos humanos e financeiros a organização institucional, entre outros. O processo diz respeito ao conjunto de atividades que são desenvolvidas durante a prestação dos cuidados entre os profissionais e o doente. Esta prestação baseia-se em requisitos pré-estabelecidos. O resultado, por sua vez traduz as consequências do cuidado prestado pelo profissional ao doente. Essas consequências podem ser avaliadas e, dessa avaliação podem-se extrair diferentes sugestões de mudanças para melhorias e otimização dos cuidados prestados<sup>16</sup>. As organizações da saúde, através dos seus sistemas de gestão, devem estar atentas às movimentações do mercado, direcionar esforços para a identificação de desafios, diagnosticar problemas e fixar objetivos. Somente assim poderão orientar os seus esforços para a realização de projetos que conduzam à melhoria organizacional.

A par dessas atitudes proactivas, torna-se imprescindível orientar a avaliação desses cuidados para a identificação de problemas a corrigir, e para a reorganização dos serviços de saúde. Desenvolver e orientar assim a gestão, implica, necessariamente, um exaustivo processo de monitorização e de avaliação permanentes dos indicadores da qualidade, com realce na satisfação dos doentes<sup>17,18</sup>.

A satisfação é considerada uma medida importante da qualidade dos serviços de saúde, onde o doente tem um papel fundamental na avaliação dos cuidados a que é submetido, na identificação de problemas a solucionar ou de novas expectativas em relação aos cuidados prestados, bem como na reorganização dos serviços de saúde<sup>18</sup>.

Pode-se assumir que a opinião e a satisfação expressas pelos doentes devem ser encaradas como indicadores válidos na avaliação da qualidade dos serviços fornecidos pelas instituições e pelos seus colaboradores. Assim, constata-se que a satisfação do doente está relacionada com a adesão ao tratamento, com os resultados alcançados e com a eficácia das intervenções, contribuindo para eventuais alterações de comportamento<sup>9,12</sup>. Desta forma, os resultados dessa avaliação, satisfatórios ou não, devem contribuir para que a instituição estimule uma melhoria contínua na qualidade dos serviços prestados<sup>13,19</sup>. Para isso, é necessário que os indicadores dos serviços e cuidados prestados sejam mensuráveis e credíveis, fazendo com que a avaliação seja potenciadora de alterações qualitativas e reflita o serviço prestado ao doente. Sendo assim, é necessário fazer com que as definições gerais e os conceitos consigam ser traduzidos em indicadores, parâmetros e critérios que sejam operacionais e validados pelos atributos processuais, de estrutura e de resultados<sup>19,20</sup>. Acresce-se que indicadores são *“medidas usadas para descrever uma situação que já existe, avaliar mudanças ou tendências durante um período de tempo, e, avaliar, em termos de qualidade e quantidade, as ações de saúde executadas”*. Por outro lado é importante realçar que indicador serve como base de criação de parâmetros, sejam eles internos ou externos, em uma organização de saúde<sup>21</sup>.

A satisfação dos doentes, ocupa um lugar importante na avaliação da qualidade e está relacionada com a adesão ao tratamento e com resultados alcançados e à eficácia das intervenções, contribuindo para a alteração de comportamentos de saúde<sup>12</sup>. Por isso, a avaliação da satisfação dos doentes tem um valor adicional a outras medidas de resultados como a qualidade de vida ou o estado de saúde<sup>22</sup>.

Conclui-se, desta forma, que a satisfação enquanto indicador da qualidade dos cuidados de saúde tem por base três propósitos: O primeiro está ligado às melhorias, não só dos aspetos específicos da função física ou fisiológica, mas também das funções psicológicas e social. O segundo pode ter um contributo decisivo tanto na implementação como na efetivação dos cuidados, sendo que a participação ativa deve ser de ambas as partes (prestador e doente). O terceiro propósito pode ser perspetivado segundo a apreciação que o utente faz relativamente à qualidade dos cuidados recebidos em todos os seus aspetos, mais especificamente no que diz respeito à esfera interpessoal<sup>20</sup>.

### **2.3. Fatores que influenciam a satisfação dos doentes**

Grande número de estudos realizados no âmbito da satisfação dos doentes apresenta resultados controversos, o que torna complexo o processo de reconhecer os fatores que são transversais na influência da satisfação dos doentes.

Segundo diversos investigadores, as variáveis sociodemográficas (idade, género e grau de escolaridade) inicialmente apresentam uma influência direta na satisfação dos doentes, igualada à própria prestação dos cuidados de saúde<sup>23</sup>. Porém, mais tarde, outros autores, questionaram a influência destas variáveis, demonstrando que a relação entre as características sociodemográficas e a satisfação era muito pequena apesar de positiva e estatisticamente significativa<sup>24</sup>.

A variável idade é a que apresenta maior concordância, ou seja, tem maior influência na satisfação do doente. Em grande parte dos estudos existentes, os idosos apresentam maior satisfação com os cuidados de saúde. Este facto pode estar relacionado com a forma delicada como os idosos são tratados, por apresentarem expectativas mais modestas, e/ou por terem menor propensão para críticas relacionadas aos aspetos negativos<sup>18,25</sup>.

O género, por sua vez, apresenta uma influência pouco significativa na satisfação dos doentes, segundo a maioria dos autores. Porém alguns autores defendem que o género feminino é mais propenso a críticas quando não se sentem satisfeitas com a prestação de cuidados de saúde<sup>21,25</sup>. Estes autores ainda referem que o género masculino apresenta expressivamente maior satisfação global com os cuidados de saúde, e que o género feminino é mais rígido quanto às dimensões, horários e privacidade<sup>25</sup>.

O nível de escolaridade, também influencia a satisfação dos doentes, estando os níveis de escolaridade mais baixos relacionados a níveis de satisfação menores, particularmente no que diz respeito à informação e à comunicação. Por outro lado, os níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais reduzidos, relativamente à organização dos serviços. Considerando a satisfação global, os níveis de escolaridade mais elevados estão associados a níveis de satisfação mais baixos. É de salientar que o nível de escolaridade está intimamente relacionado com a literacia em saúde<sup>26</sup>, pois o acesso à informação tem vindo a tornar-se cada vez mais importante para as tomadas de decisões no que diz respeito à saúde das pessoas, nomeadamente nas informações que enquadrem direitos e responsabilidades. Assim, o nível de literacia em saúde significa a compreensão funcional da informação sobre a saúde, e isso exige competências básicas ao nível da

leitura, da escrita e dos números, para obter, processar e entender as informações, considerando o uso de forma eficaz dos serviços de saúde<sup>27</sup>.

## 2.4. Dimensões da satisfação - instrumentos e métodos de avaliação

As dimensões da satisfação a avaliar são componentes de um instrumento de recolha de informação cuja validade depende de sua pertinência como fatores condicionantes da satisfação dos doentes<sup>28</sup>. É pertinente referir que há várias razões inerentes ao encontro profissional de saúde/doente, que podem ser geradoras ou condicionantes de satisfação ou de insatisfação. Por isso, surge a necessidade de especificar as dimensões que se pretende medir quando se realizam estudos deste tipo. Há um grande número de dimensões que caracterizam a satisfação. São vários os autores/escolas teóricas que se debruçaram sobre esta temática, classificando as dimensões para a avaliação da satisfação dos doentes. O **Quadro 2.2** apresenta, por ordem cronológica, uma sequência desses autores/escolas teóricas, que escolhemos para esta caracterização.

**Quadro 2.2** - Classificações das dimensões da Satisfação dos doentes

	Dimensões
Linder-Pletz (1982) <sup>29</sup>	1) Acessibilidade; 2) disponibilidade de recursos; 3) continuidade de cuidados; 4) resultados dos cuidados; 5) financiamento; 6) humanidade; 7) recolha de informação; 8) dívida de informação; 9) ambiente agradável e 10) competência.
Meterko e Rubin (1990) <sup>30</sup>	1) Enfermagem e cuidados diários; 2) ambiente hospitalar envolvente e o pessoal auxiliar; 3) cuidados médicos; 4) informação; 5) admissão; 6) alta e faturação.
Graça (1994) <sup>31</sup>	1) Acessibilidade/conveniência (tempo de espera); disponibilidade de recursos humanos e técnicos; 3) continuidade, integração, personalização de cuidados; 4) eficácia (resultados) dos cuidados; 5) custo (em termos financeiros); 6) amenidades e humanização; 7) recolha de informação (por parte do doente); 8) informação dada por parte dos profissionais; 9) perceção da qualidade/ competência técnica.
Gasquet (1999) <sup>32</sup>	1) Satisfação global, 2) relações interpessoais; 3) aspetos técnicos dos cuidados; 4) prestações não clínicas.

<p>Westaway <i>et al.</i>, (2003)<sup>33</sup></p> <p>Baseado no modelo de Donabedian (Estrutura, Processo e Resultados)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Características da prestação (simpatia, empatia, respeito, consideração)</li> <li>2) Características do serviço (manutenção do contacto, equidade, disponibilidade, tempo de espera, limpeza, privacidade, custo de atendimento e marcação).</li> </ol>
<p>Alves (2007)<sup>28</sup></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Elementos relativa à admissão; 2) acolhimento; 3) prestações hoteleiras</li> </ol>

Fonte: Elaboração Própria

Perante essa panóplia de classificações e perante a grande variedade nas propostas e na sistematização das dimensões da satisfação enumeradas pelos diferentes autores, percebe-se que todas as dimensões são necessárias para avaliar o grau de satisfação dos doentes utilizadores dos serviços de saúde. É, pois, da responsabilidade de cada organização, em processos de avaliação da satisfação, escolher as dimensões que vão utilizar, tendo em conta os seus objetivos, necessidades de informação, o tipo de serviço de saúde, o local, as características particulares dos seus doentes bem como outras características particulares de diferentes populações em estudo<sup>19,34</sup>. Neste caso particular, faz-se uma chamada de atenção para uma particularidade no nosso estudo, o fato de os doentes serem doentes evacuados, com todos os constrangimentos que essa particularidade arrasta.

Tendo em conta, agora, as dimensões que estruturam os instrumentos de medida da satisfação dos doentes, podemos constatar que dificilmente haveria um único modelo de instrumento que recolhesse e avaliasse, de forma sistemática e transversal a todas as organizações o grau de satisfação dos seus doentes. Para além da existência de diferentes instrumentos, constatamos, de igual modo, que existem diferentes métodos de avaliação, nomeadamente, metodologias de avaliação por questionários, caixas de sugestões, telefonemas, sistemas de vídeo, entrevistas, grupos focais e observação direta, entre outros. O uso desses instrumentos quase nunca é feito de uma forma exaustiva, nem tão pouco criteriosa, antes, redutora. **Para o presente estudo houve a preocupação de conceber um instrumento de avaliação que abrangesse as dimensões específicas do mesmo, fornecendo, assim, informação relevante,<sup>35,36</sup> face aos objetivos operacionalizados.** Nessa sequência de raciocínio, perante o fato de o nosso universo de estudo ser composto por doentes evacuados, ao abrigo de um acordo político entre estados, e, considerando, ainda, que das diferentes escolas teóricas analisadas na nossa

revisão da literatura, nenhuma delas contemplar recolhas de informação para cobrir o conceito evacuação, vimo-nos na contingência de estruturar um instrumento específico para a nossa situação, ela também, em si mesma, específica.

Considerando os elementos do problema, preocupamo-nos, no nosso estilo de argumentação, em convencer a todos os que nos acompanham, da importância de estudarmos os efeitos das “crenças” dos doentes evacuados de Cabo Verde a Portugal, ao abrigo de um acordo político, na satisfação de cada doente perante os serviços prestados nas diferentes fases do processo (da evacuação ao retorno ao país de origem, após tratamento efetivo no país de acolhimento).

A par da classificação das dimensões do Quadro 2, tendo em conta, ainda, a construção do referido questionário específico para o nosso estudo, face aos objetivos traçados, recorremo-nos a diversos modelos de instrumentos de colheita de dados, mais ou menos circunscritos ao espaço onde se desenvolve o nosso estudo, para, eventualmente, suportarem, como escolas teóricas e/ou modelos conceptuais, na estruturação do referido questionário. Entre eles, destacamos os seguintes:

- EUROPEP

European Task Force On Patient Evolution Of General Practice - EUROPEP Instrumento internacional para avaliar a medicina geral e familiar, permitindo comparar os resultados entre vários países europeus, ou seja, fazer comparação entre países com sistema de saúde, de forma a melhorar os cuidados de saúde primários na Europa.

Este instrumento foi desenvolvido em 1995 como instrumento de medida validado e de utilização para a avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas – HEM Internacional. Permite, a partir dos seus dados avaliar e comparar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde em vários países Europeus. Ele foi adotado por 7 países europeus (Noruega, Suécia, Dinamarca, Reino Unido, Holanda, Alemanha e Portugal) e ainda por Israel.

Só em 1998 foi concluída a escolha das questões, foram 23 questões divididas em 5 indicadores: 1) relação médico/doente, 2) assistência médica e técnica, 3) informação e apoio, 4) acessibilidade, 5) organização dos serviços. A escala de *Likert* com 5 valores (mínimo 1 e máximo 5) foi a escolhida<sup>13,37</sup>.

- MoniQuOr - Monitorização da Qualidade Organizacional)

Tem como objetivo a monitorização e avaliação da qualidade organizacional dos centros de saúde e foi operacionalizado através de critérios do modelo de autoavaliação da *European Foudation for Quality Management (EFQM)*, teve a participação de 186 centros de saúde entre 1988 e 2004.

O MoniQuOr tem um conjunto de 163 critérios de Qualidade Organizacional que se encontram agrupados em 6 áreas (organização e gestão, direitos dos cidadãos, promoção da saúde, prestação de cuidados de saúde, educação continua e desenvolvimento da qualidade, instalações e equipamentos) e 23 subáreas de avaliação do nível de desempenho<sup>38</sup>.

Este projeto teve como objetivo global a melhoria contínua da organização e da prestação de serviços aos doentes, adotando um processo estruturado de identificação, análise e solução de problemas, o que possibilita uma revisão contínua e constante dos processos que fazem parte da prestação dos cuidados. As dimensões avaliadas no projeto *MoniQuor* foram: 1) a relação médico utente, 2) a parte técnica dos cuidados, 3) a informação dada aos utentes, 4) a perceção de cooperação e 5) a articulação entre vários profissionais e a organização dos serviços<sup>39</sup>.

O projeto conduziu ainda para intervenções em diferentes áreas, tais como, acessibilidade, explicitando o tempo máximo de espera após a hora marcada e a monitorização do tempo de espera, normas de orientação ou protocolos, avaliação e monitorização da qualidade feita anualmente, avaliação e monitorização anual da satisfação dos utentes, avaliação e monitorização anual da satisfação dos profissionais e incentivos à investigação com publicações de artigos científicos em revistas ou comunicações em ações de formação<sup>39</sup>.

- Projeto ComuniCare

Este projeto tinha como meta melhorar o desempenho dos hospitais S.A., no que diz respeito a comunicação e serviços prestado ao doente, com objetivo de identificar os pontos fracos/fortes que condicionam ou favorecem a satisfação dos doentes. O projeto decorreu entre 2003 e 2005 e pretendia a elaboração de um processo de avaliação e monitorização periódica da satisfação de forma a permitir a execução de propostas de melhoria para os pontos fracos detetados.

Foi criada uma parceria a fim de responder ao objetivo do estudo: a Unidade de Missão dos Hospitais S.A. e o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI/UNL), estabelecendo protocolo entre esta universidade, a Associação Portuguesa para a Qualidade e o Instituto Português da Qualidade para o estudo ECSI Portugal, do qual foram divulgados resultados sobre a qualidade de serviços e a satisfação do cliente.

Em 2003 foi criado um instrumento de medida que pretendia avaliar a satisfação dos doentes utilizadores dos Hospitais S.A. No instrumento de recolha foram incluídas as seguintes dimensões: 1) instalações físicas, 2) a atuação dos vários profissionais de saúde, 3) o processo de atendimento/ admissão, entre outras.<sup>40</sup>

- Sistema de avaliação da qualidade apercebida e da satisfação do utente nos hospitais

Mensurar a satisfação dos doentes é fundamental para avaliação da qualidade dos serviços e torna-se numa oportunidade de participação ativa destes na construção de um serviço de saúde à sua medida, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados. Foi neste contexto que a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) estabelece parceria com o Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação da Universidade Nova de Lisboa (ISEGI-UNL) visando a realização destes estudos. Tem como objetivo apresentar um conjunto de resultados da satisfação dos utentes e da qualidade de serviços dos hospitais. De modo geral os doentes que participaram deste estudo estão maioritariamente satisfeitos com os hospitais que fizeram parte do estudo<sup>41</sup>.

- *The General Practice Assessment Survey (GPAS) / The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ)*
  - GPAS -*The General Practice Assessment Questionnaire* foi elaborado pelo *National Primary Care Research and Development center* de Manchester, tendo adotado um instrumento de avaliação da satisfação *The Primary Care Assessment survey (PCAS)*. O instrumento foi criado com o intuito de ser utilizado em amostras populacionais utilizadoras de cuidados de saúde primários. Foi confirmada a avaliação das propriedades psicométricas (a consistência interna) tendo sido aceite pela população do Reino Unido<sup>42</sup>.

Estrutura-se por 13 dimensões com um total de 53 questões. Essas dimensões são: 1) o acesso, 2) aspetos técnicos do cuidado, 3) a comunicação, 4) as relações interpessoais, 5) a confiança, 6) o conhecimento do doente, 7) os cuidados de enfermagem, (as 7 dimensões anteriores são de respostas múltiplas), 8) a admissão, 9) a continuidade de cuidados, (duas dimensões de respostas simples), 10) a referenciação, 11) a organização dos cuidados, 12) a recomendação, 13) a satisfação global (4 dimensões de resposta única).

- GPAQ – The General Practice Assessment Questionnaire, construído a partir do questionário GPAS que foi utilizado na investigação sobre avaliação da satisfação nos últimos anos, 2005/2006. Como dito anteriormente o questionário GPAS original foi criado a partir do PCAS, com a preocupação de tentar identificar dimensões da qualidade que são mais bem avaliadas quando interrogadas diretamente aos doentes. Assim, foram identificados os aspetos dos cuidados de saúde que são mais valorizados pelos doentes: a disponibilidade e a acessibilidade, as competências de comunicação, os atributos interpessoais, e a organização dos serviços. Houve uma adaptação e modificação do PCAS para ser aplicado à população britânica (UK) originando assim o GPAS, que após ter sofrido algumas alterações deu a origem ao questionário GPAS. A diferença entre eles é que este último é mais curto<sup>42</sup>.

Face ao exposto, em termos de argumentação orientada e, considerando os objetivos do nosso estudo, é imperativo que as medidas de satisfação, quer qualitativas quer quantitativas, sejam importantes ferramentas de pesquisa, planeamento e aperfeiçoamento de estratégias de gestão para avaliar a satisfação dos utentes acerca da qualidade dos cuidados recebidos<sup>7</sup> e para melhorar a qualidade dos serviços.

## **2.5. O Acordo político - Portugal /Cabo Verde - A evacuação de doentes**

- **Cabo Verde**

Descoberto ou achado por navegadores ao serviço de Portugal, na primeira metade do séc. XV, mais precisamente em 1460, o arquipélago a que se deu o nome de Cabo Verde, está localizado no oceano Atlântico, a 640 km da costa Africana<sup>43</sup>, Figura 2.1

Cabo Verde é um conjunto de dez ilhas, definidos em dois grupos: Barlavento, com Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal e Boavista e Sotavento com Maio, Santiago, Fogo e Brava<sup>43</sup>.



**Figura 2.1** - Localização do arquipélago de Cabo Verde/ Mapa de Cabo Verde - Fonte: INECV

A população residente de Cabo Verde anda à volta de 537,661 habitantes, dados de 2017, e, em 2030, a previsão é de 621,141. Cerca de 47,2% da população é jovem, com menos de 25 anos, sendo que 30,4% tem menos de 15 anos. Já a população com idade superior a 70 anos representa somente 4,1%<sup>44,45</sup>.

Cabo verde é classificado atualmente, pelo Banco Mundial, como país de rendimento médio<sup>46-48</sup>.

Dos países da sub-região da África Ocidental, Cabo Verde posiciona-se entre os melhores, no que diz respeito aos indicadores de estado de saúde da população.

- **Sistema de saúde Cabo-verdiano**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doenças, mas como a situação de completo bem-estar físico, mental e social. É um direito fundamental da pessoa humana gozar do melhor estado de saúde possível. Este aspeto deve ser assegurado sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição socioeconómica<sup>49</sup>.

Em Cabo Verde, o setor da saúde desempenha um papel importante no desenvolvimento económico e social, sendo visto como um investimento estratégico com o objetivo de proporcionar a redução de desigualdades entre os cidadãos<sup>50</sup>.

Nos últimos 30 anos o Sistema Nacional de Saúde de Cabo Verde (SNS) obteve progressos significativos, estando a cumprir a sua função de promover o bem-estar físico, mental e social da população e assegurar cuidados de saúde a todos os cidadãos Cabo-Verdianos<sup>46</sup>. Assim sendo, “o Sistema de Saúde cabo-verdiano também, de uma certa forma, tem uma ancoragem nos modelos de Bem-Estar Social. O direito à saúde encontra-se constitucionalmente reconhecido (artigo 70º), bem como a proteção social (artigo 69º) e pode ser considerado como sendo universal e tendencialmente gratuito”<sup>50</sup>. Tem como principal objetivo atingir um patamar de qualidade aceitável, assegurar o acesso aos medicamentos, prestação de cuidados gratuitos para os mais vulneráveis, nomeadamente, grávidas, crianças e doentes crónicos, assegurando assim, maior cobertura na prestação de cuidados de saúde para todos<sup>46</sup>.

Porém, não obstante as melhorias no sector, há ainda debilidades que pesam, impedindo o normal desenvolvimento e ganhos significativos. Entre essas fraquezas fazemos uma chamada de atenção para o caso das evacuações sanitárias inter ilhas e para o exterior, tendo elas um grande peso social e financeiro<sup>46</sup>.

Pode-se caracterizar o Sistema de Saúde Cabo-Verdiano, analisando-o em três momentos distintos: Em primeiro lugar, é um sistema de saúde desorganizado e mal definido, considerando o período da era colonial (até 1975); Em segundo lugar, é um sistema completamente estatal com limitações na liberdade de escolha (até 1991); Em terceiro lugar, é um sistema de saúde misto, conhecido como libertação do exercício privado da medicina, a partir de 1991 até aos nossos dias<sup>51</sup>.

Para ganhar a batalha da qualidade e dar resposta às necessidades dos doentes, é prioritário o incremento dos recursos financeiros, considerando o constante aumento dos custos com a saúde. O Ministério da Saúde, juntamente com o Instituto Nacional de Previdência Social, consoante as orientações do programa do governo, criou um Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS), contribuindo, desta forma, para um desenvolvimento nacional, harmonioso e equitativo<sup>51,52</sup>. Há toda uma visão estratégica do SNS, definida pelo governo de Cabo Verde no PNDS: garantir a saúde da população Cabo-Verdiana, construindo num contexto socioeconómico favorável e um serviço nacional de saúde universalmente acessível, eficaz e equânime. Essa visão firma-se em três grandes dimensões: a acessibilidade ao SNS, a eficácia dos serviços prestados e a equidade em termos de acesso<sup>50</sup>.

- **O Acordo de cooperação bilateral entre Portugal e Cabo Verde**

Os contextos geográfico e sociopolítico, por um lado, e as boas relações que Cabo Verde mantém com Portugal, por outro, favoreceram o estabelecimento de um acordo bilateral de cooperação no domínio da saúde. Este acordo define-se como um “conjunto de ações que envolvem o relacionamento Estado a Estado: dois estados soberanos que mantêm entre si um relacionamento cooperativo<sup>53</sup>.

Em 1977 estabeleceram-se acordos de cooperação bilateral em vários domínios, entre os quais, o da saúde, que contemplava a vinda de doentes para tratamento em Portugal, depois de estarem esgotados todos os meios de diagnósticos no país de origem<sup>4,54</sup>.

Esta oportunidade de cooperação bilateral, motivaria a promoção à melhoria da saúde da população, bem como o IDH, e em simultâneo, tendo efeito positivo no que diz respeito à redução da pobreza<sup>55</sup>.

Com o propósito de suprir as necessidades acima identificadas, foram estabelecidos acordos que regulam a assistência médica aos doentes evacuados, estabelecendo as responsabilidades e encargos para ambos os governos. Neste sentido, a cooperação estabelecida permite assegurar a despesa nos cuidados de saúde a cidadãos Cabo-Verdianos de acordo com uma quota (número máximo de doentes a evacuar por ano) pré-estabelecida e acordada com o país em questão, de acordo com o estipulado no artigo 1º do Decreto n.º 24-77 de 3 de março e no Decreto n.º 129-80 de 18 de novembro<sup>56</sup>. A Tabela 2.1 exibe o número máximo anual de doentes a evacuar por cada país. Contudo, de acordo com os dados recolhidos para a realização deste trabalho, o número de doentes evacuados ultrapassa o valor limite estipulado para Cabo Verde.

**Tabela 2.1** - Número máximo anual de doentes a evacuar por cada país

Pais de origem	Plafond anual acordado
Angola	200
Cabo Verde	300
Guiné-Bissau	300
Moçambique	50
São Tomé e Príncipe	200

Fonte: Direção-Geral da Saúde<sup>57</sup>

A evacuação para Portugal, ao abrigo do acordo para saúde, prevê uma sequência de procedimentos e responsabilidades entre Portugal e o país de origem: a assistência à

prestação de cuidados de saúde fica a cargo de Portugal enquanto as responsabilidades financeiras se encontram repartidas entre o país que acolhe, neste caso Portugal e o país de origem, de acordo com os critérios específicos estabelecidos no acordo<sup>56</sup>.

Em relação ao tratamento, Portugal compromete-se, na medida das suas possibilidades, desde que esgotados todos os recursos terapêuticos e de diagnósticos no país de origem, assegurar o tratamento em solo português. A assistência médica poderá resumir-se a tratamento em regime de ambulatório ou dar lugar a internamento em hospital<sup>4,56</sup>. As deslocações dos doentes ficam a cargo do país de origem, facilitando assim o processo (obtenção do visto e pagamento de viagem), bem como a receção do mesmo no aeroporto, até à instituição hospitalar previamente referenciada pela DGS (Direção Geral de Saúde)<sup>4,56,58</sup>.

Passa-se a apresentar no Quadro 2.3 ,em traços gerais, os principais compromissos de cada país no que diz respeito ao acordo de cooperação entre Portugal e Cabo Verde.

**Quadro 2.3 - Responsabilidades nos Acordos de Cooperação**

<b>Responsabilidades de Portugal</b>	<b>Responsabilidades do País de Origem</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistência médica hospitalar (internamento, hospital de dia e ambulatório);</li> <li>• Meios complementares de diagnóstico e terapêutica quando efetuados em estabelecimentos hospitalares ou suas dependências;</li> <li>• Transporte em ambulância do aeroporto ao hospital quando clinicamente exigido.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transporte de ida e volta do doente do/ao país de origem;</li> <li>• Deslocação do aeroporto ao local de destino;</li> <li>• Alojamento a doentes não internados, hospital de dia e ambulatório;</li> <li>• Alojamento após o tratamento ter sido dado por concluído pelas autoridades responsáveis;</li> <li>• Medicamentos e produtos farmacêuticos prescritos;</li> <li>• Funeral ou transladação do corpo em caso de morte;</li> <li>• Fornecimento de próteses e/ou outros meios de compensação que sejam comparticipados.</li> </ul>

Fonte: Direção-Geral da Saúde<sup>4</sup>

Em caso de gravidade do estado de saúde do doente, a Embaixada de Cabo Verde em Portugal, ou o próprio Ministério de Saúde de Cabo Verde (MSCV) comunica à DGS por telefone, fax, ou *e-mail* sobre a vinda do doente com máxima urgência, a DGS determina o hospital mais adequado para receber o doente em situação de urgência. Por sua vez

Portugal compromete-se a recolher o doente no aeroporto e transportá-lo até ao hospital em ambulância<sup>56</sup>.

Mais à frente serão expostas de forma simplificada o processo de evacuação e as responsabilidades entre Portugal e Cabo Verde, tendo **em conta que este estudo tem como foco os doentes evacuados de Cabo Verde.**

- **O Processo de evacuação de doentes de Cabo Verde**

A evacuação de um doente envolve alguns procedimentos, mais ou menos urgentes, e várias entidades de ambos os países.

O processo inicia-se com a apreciação da proposta de evacuação efetivada pelo médico responsável, por parte da junta Nacional de Cabo Verde.

A junta Nacional analisa e observa criteriosamente a fundamentação da evacuação para diagnóstico e/ou tratamento e emite parecer favorável relativamente à deslocação do doente para Portugal.

Numa segunda fase, o relatório da Junta Nacional é submetido à apreciação pelo Ministro da Saúde, após o parecer, dá-se a homologação pelo Ministro da Saúde de Cabo Verde formalizando o processo de evacuação.

Posteriormente, o parecer homologado é enviado à Embaixada de Cabo Verde em Portugal, que por sua vez, contacta formalmente a DGS, a fim da sua aceitação, no âmbito dos acordos de cooperação internacional<sup>4,54,56</sup>.

Após a entrada da documentação na DGS, esta faz o registo do processo de cada doente, em seguida esse processo será apreciado pelo médico responsável pela avaliação e orientação clínica dos casos.

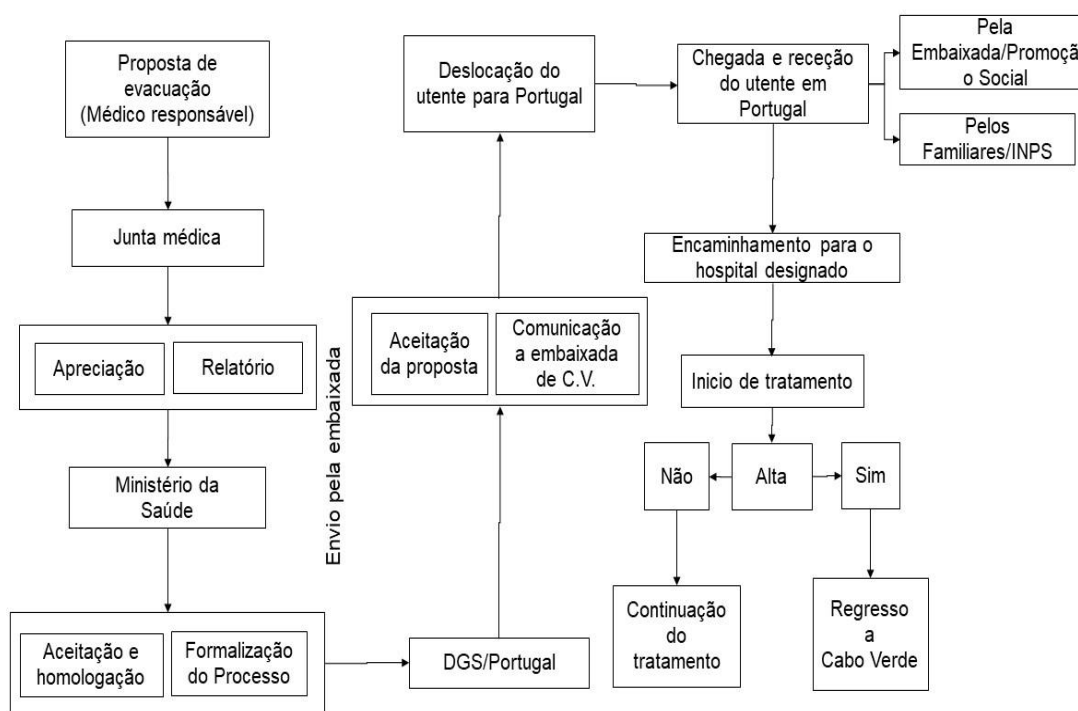
Após o despacho favorável, a evacuação do doente é aceite e o doente fica referenciado para um hospital público onde deve ser solicitada a assistência médica.

Finalizadas estas etapas, a DGS envia o ofício ao Serviço de Gestão de Doentes do hospital indicado pelo Médico, a requerer a marcação de consultas<sup>4</sup>.

A seguir à confirmação do hospital relativamente à data da consulta, a DGS irá transmitir essa informação à Embaixada de Cabo Verde em Portugal, à embaixada de Portugal em Cabo Verde e ao Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (SEF), de forma a facilitar a obtenção do visto específico, nesse caso por motivos de doença, e no contexto de evacuação orientada pela Junta Nacional<sup>4,58</sup>.

Por último, caberá à Embaixada de Cabo Verde em Portugal informar o Ministério da Saúde de Cabo Verde (MSCV) da marcação da consulta, para que possa diligenciar todos os procedimentos necessários para a deslocação do doente.

É de salientar que, por vezes há situações de urgência. Nestes casos, a Embaixada de Cabo Verde em Portugal ou o próprio MSCV comunica à DGS por telefone, fax e/ou email sobre a vinda do doente, e, por sua vez, a DGS determina qual o hospital mais adequado para receber o doente em situação urgente e informa o hospital da sua vinda<sup>4</sup>. A Figura 2.2 ilustra o processo de evacuação.



**Figura 2.2** - Esquema do processo de evacuação Fonte: Elaboração Própria

Existem dois meios de procedência da evacuação: o doente é evacuado através do INPS ou através da Promoção Social. O Quadro 2.4 caracteriza cada uma das entidades que tutelam os processos dos doentes.

**Quadro 2.4** - Caracterização dos serviços que promovem a evacuação em Cabo Verde

<b>Promoção Social</b>	<b>INPS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• É beneficiário todo o cidadão que se encontra no regime não contributivo;</li><li>• É feito um estudo socioeconómico e familiar do doente;</li><li>• A decisão de evacuação externa é da competência da Junta de Saúde;</li><li>• Os beneficiários evacuados devem apresentar-se, no prazo máximo de 24 horas, nos serviços competentes de representação diplomática ou consular no País de tratamento, acompanhados da guia de tratamento;</li><li>• Logo que cesse o tratamento médico e for considerado apto, o evacuado deve regressar a Cabo Verde.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• A inscrição no INPS constitui a primeira condição e é um dos requisitos fundamentais para o acesso às prestações atribuídas no âmbito do regime de segurança social;</li><li>• Os contribuintes são as entidades empregadoras e os trabalhadores por conta própria;</li><li>• Os segurados são os trabalhadores por conta de outrem;</li><li>• Os beneficiários são familiares com direito legal às prestações;</li><li>• A decisão de evacuação externa é da competência da Junta de Saúde;</li><li>• Os beneficiários evacuados devem apresentar-se, no prazo máximo de 24 horas, nos serviços competentes de representação diplomática ou consular no País de tratamento, nesse caso o INPS-CADE em Portugal, acompanhados da guia de tratamento externo e de bilhetes de passagem;</li><li>• Logo que cesse o tratamento médico e for considerado apto, o evacuado deve regressar a Cabo Verde;</li><li>• E no prazo de 24 horas após o seu regresso, o beneficiário deve apresentar-se nos serviços do INPS da sua ilha ou concelho de residência.</li></ul>

Fonte: Elaboração Própria

Em conclusão o processo tem o seu início no país de origem do doente e termina com o regresso ao país de origem, o que nem sempre acontece. Muitos doentes vêm como uma oportunidade de imigração e acabam por ficar, enquanto outros, por motivos que obstam o

regresso (tratamento) continuam a receber tratamentos até um dia obterem alta para regressar ao seu país de origem.

## **2.6. Formulação do problema de investigação – Seus elementos**

Partimos da questão de investigação: **Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?**

Como se pôde constatar na nota introdutória, o nosso tema emerge do sector da saúde, em que fenómenos como a qualidade e satisfação dos doentes são conceitos centrais que vão estar no centro da nossa preocupação, ao longo do presente estudo. Aliado a esses fenómenos, suportando-os em termos de envolvência, aparece outro fenómeno, a evacuação de doentes de um estado para outro, ao abrigo de um acordo bilateral. Através de observações deste processo, leituras de artigos e várias notícias que foram surgindo ao longo do desenvolvimento do referido processo de evacuação de doentes, surgiu a curiosidade de compreender o porquê de tanta expectativa e reclamações à volta do mesmo. Os fenómenos que nos preocupam são, o **processo de evacuação**, a **qualidade** nas diferentes fases do processo de evacuação vista através do **relacionamento** doentes/instituições de acolhimento e a **satisfação ou não** dos doentes face aos serviços prestados pelos diferentes profissionais da saúde.

O que sentimos é que há fragilidades no acordo político (pelo menos no que diz respeito ao cumprimento nas melhores condições dos parâmetros acordados no mesmo) que podem estar na origem de várias reclamações da parte dos doentes evacuados, sobre diferentes aspetos do processo de evacuação/tratamento/retorno ao país de origem. A interferência de ruídos no processo põe em causa o bem-estar dos doentes, gerando insatisfação e diminuindo as hipóteses de uma rápida recuperação.

Fazem parte do problema, as situações de diagnóstico no país de origem, a evacuação dos doentes, o acolhimento no país de destino, a morosidade no cumprimento de diferentes aspetos processuais de enquadramento e de subsistência e o acompanhamento/assistência ao longo e no fim do processo. O que causa e mantém o problema de insatisfação no seio dos doentes evacuados é a fragilidade das instituições dos dois países do acordo político e a adoção de comportamentos de “abandono” dos doentes à sua sorte, uma vez feita a evacuação.

Vários investigadores, debruçando-se sobre problemas semelhantes, pois não falamos aqui do processo de evacuação, mas do tronco comum da satisfação na saúde, aplicando instrumentos de recolha de dados para análise, têm vindo a mostrar resultados positivos que orientam para tomadas de decisão de correção de comportamentos e reestruturação de serviços, entre outros. Ressalta daqui alguma comparação entre doentes evacuados e doentes não evacuados, fazendo entrar em cena a aprendizagem de comportamentos da parte dos intervenientes, destinada a melhorar a saúde individual e coletiva.

Somos a propor uma situação desejável para substituir a situação problemática no seio dos doentes evacuados. Para acabar com as reclamações que encimam os problemas dos doentes evacuados, desenhamos a seguinte situação ideal: definir um ambiente desejável no país de origem, nos diagnósticos e nas prioridades de recrutamento de doentes, fora das situações de urgências; acompanhar o doente na evacuação; receber o doente no acolhimento; manter ligação ao doente no país de acolhimento orientando-o nas situações de inscrição junto das instituições legais do país de acolhimento, bem como das instituições de tratamento; orientar o doente evacuado na procura de alojamento; não faltar com os meios de subsistência/alojamento; visitar o doente regularmente em caso de internamente e, em caso ambulatorio, marcar reuniões a prazo, para monitorizar, vendo o desenrolar da situação de cada doente evacuado; orientar o doente para o retorno ao país de origem findo o tratamento, acompanhamento/diagnóstico no país de origem em tempos determinados, após regresso, a fim de evitar e/ou descobrir recaídas.

Para atingir o ponto ideal atrás descrito, uma sugestão vai no sentido de avaliar o grau de satisfação do doente evacuado em interação com as entidades e os técnicos que os atendem, e fazer tomadas de decisão consequentes, no sentido de eliminar a insatisfação. Uma segunda sugestão seria analisar o acordo político, tendo em conta a sua melhoria nos pontos em que é fraco, nomeadamente no alojamento no país de acolhimento, no cumprimento dos princípios financeiros para o sustento dos doentes e definir um programa de formação/aprendizagem para adoção de comportamentos eficazes, junto dos doentes e dos funcionários que os atendem, e definir uma perspetiva disciplinar para os incumprimentos. Um terceiro aspeto seria monitorizar o cumprimento do estabelecido no acordo, se andam ou não a serem cumpridos, de acordo com uma razoabilidade de execução.

Depois de termos examinado as relações que existem entre os diversos componentes do problema, quer nas situações constatadas, quer nas idealizadas, vamos prosseguir com o desenho de um quadro de referência, que congregue todos os elementos do problema,

assumindo um quadro de referência teórico. A natureza teórica do nosso quadro de referência para o estudo provém da revisão da literatura, em que foram analisadas várias escolas teóricas que já trabalharam áreas de estudos similares ao nosso, ainda que de doentes não evacuados.

## 2.7. Quadro de referência

Modelo de Avaliação das Dimensões da Satisfação (MADS) – Modelo EUROPEP.

Interação de três categorias de variáveis:

- a) Evacuação de doentes;
- b) Instituições e técnicos – serviços prestados;
- c) Tratamento de doentes evacuados

Para a elaboração do quadro de referência do presente estudo, partimos da questão inicial suportada pela revisão da literatura e formulação do problema e apresentamos os conceitos que serão examinados em estudo, os quais vamos precisar as suas relações, tendo em conta os objetivos do estudo: 1 – Conceito “**Evacuação de doentes: doentes PS e doentes INPS**”, 2 – Conceito “**Serviços prestados pelas entidades responsáveis**”, 3 - Conceito “**Atendimento prestado pelos profissionais nas diferentes fases do processo**”, 4 - Conceito “**Satisfação dos doentes Evacuados**”, 5 – Conceito “**Aspetos Sociodemográficos dos doentes evacuados**”.

A conceção do instrumento para a recolha dos dados empíricos será o modelo de avaliação da satisfação dos doentes na saúde, com base no modelo de avaliação **EUROPEP, Escola Teórica EUROPEP – European Task Force On Patien Evolution Of General Praticce.**

Este quadro de referência vai posicionar-se como uma ponte integrada entre o problema formulado/problemática do estudo e o desenho da investigação, para daí partirmos para a fase empírica do estudo: colheita de dados, análise, interpretação e discussão de resultados. O instrumento para a recolha de dados será concebido com base na interação dos doentes em situação de evacuação no país de origem, com instituições e técnicos no processo de atendimento e interações com outros, em igualdade de circunstâncias, no país de acolhimento/tratamento e com as interações com os hospitais de tratamento e os seus técnicos.

A revisão da literatura forneceu-nos orientações precisas sobre o “estado da arte” do conceito satisfação: diferentes escolas teóricas foram extraídas dessa revisão, cada uma delas suportando o seu instrumento de avaliação/medição da satisfação. Contudo, a

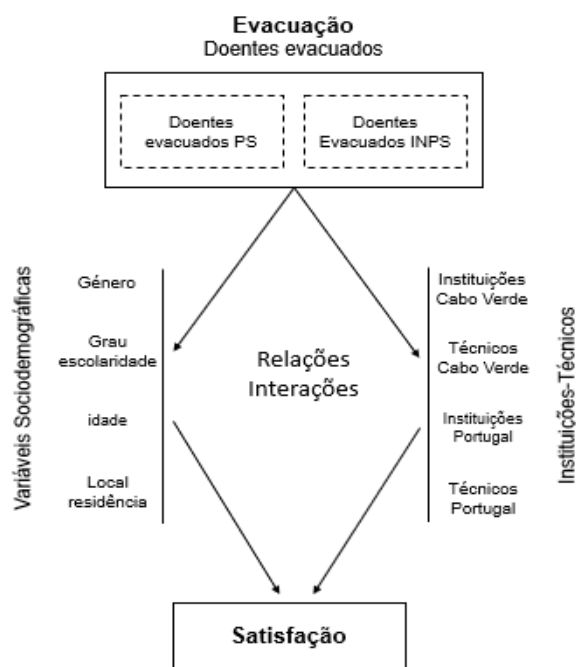
mesma revisão da literatura é pobre sobre a avaliação/medição da satisfação em doentes **evacuados**. Resta-nos analisar o acordo político entre Cabo-Verde e Portugal, trabalhar o conceito evacuação de doentes para cobrir, no questionário a conceber, o conceito evacuação.

Note-se que há um tronco comum nas escolas teóricas analisadas, faltando a cobertura do conceito **evacuação**, uma vez que este último não era objetivo dos estudos das diferentes escolas teóricas analisadas.

Colocaremos em evidência a perceção da importância da satisfação dos doentes evacuados, em interação com as instituições do ponto de partida e chegada e com os profissionais que com eles interagirão, em articulação com os dados sociodemográficos dos mesmos.

Compreende-se assim o problema e a emergência da pergunta que desencadeou a elaboração deste estudo: **Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?**

## 2.8. Questões de Investigação Precisas



**Figura 2.3** - Variáveis do Estudo

**Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?**

- Evacuação de doentes
- Serviços prestados pelas entidades responsáveis
- Atendimento prestado pelos profissionais nas diferentes fases do processo
- Tratamento dos doentes no país de acolhimento
- Satisfação dos doentes Evacuados

De forma a responder à pergunta que motivou a elaboração deste estudo, foram delineados os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Avaliar o grau de satisfação dos doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral da saúde estabelecido entre os dois países.

**Objetivos específicos:**

1. Descrever o processo de evacuação dos doentes no âmbito do acordo bilateral entre Portugal e Cabo Verde no âmbito da saúde;
2. Quantificar o grau de satisfação dos doentes evacuados de Cabo Verde tendo em conta as diferentes variáveis do processo de evacuação;
- 3 Comparar a satisfação global dos doentes assistidos pelo INPS e pela Promoção Social;
- 4 Identificar as dimensões da satisfação que mais influenciam a satisfação global dos doentes nas diferentes fases do processo de evacuação;
- 5 Contribuir para a reflexão desta temática produzindo, se pertinente, ferramentas potenciadoras de melhoria do serviço prestado.



## 3. Fase metodológica

### 3.1. Desenho da investigação

Na fase anterior, fase conceptual, foi definido o objeto de estudo do nosso processo de investigação e formulamos o problema. Vamos agora criar o plano lógico com vista a obter respostas válidas às questões dadas pela problemática da investigação.

A forma como construímos o desenho de investigação para o presente estudo espelha o controlo que queremos aplicar ao mesmo. Nunca conseguiremos eliminar todos os erros de uma investigação, mas poderemos esforçar-nos para diminuirmos ao mínimo as influências externas, aumentando assim a validade interna.

O desenho de um estudo define-se como o “conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permite explorar empiricamente as questões de investigação ou verificar hipóteses”. Este aspeto relaciona-o com o objetivo específico da investigação<sup>59,60</sup>.

### 3.2. Tipo de Estudo

Descritivo, de carácter exploratório, entre variáveis onde se pretende explorar, quer o relacionamento entre variáveis que demonstrem a satisfação dos doentes evacuados, quer o impacto de tomadas de decisão na adoção de melhorias em situações consideradas frágeis. Pretende-se descrever e explorar uma situação que “consiste em compreender fenómenos vividos por pessoas e/ou conceitualizar uma situação, discriminando os fatores que possam estar associados ao fenómeno em estudo”. Tem natureza quantitativa<sup>59</sup>, ou seja, implica traduzir em números opiniões e informações, a fim de as classificar e analisar<sup>61</sup>. O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que possam estar associados ao fenómeno em estudo. **Saliente-se que o exame dos tipos e dos graus de relações não é o objetivo deste nível de investigação.** É exploratório porque na revisão da literatura efetuada, não existem estudos sobre o efeito de medição da satisfação em doentes evacuados.

### 3.3. População e Amostra

- **População**

A população define-se como sendo um conjunto de indivíduos ou outros elementos de um grupo que têm características comuns, sobre a qual pretende-se tirar conclusões<sup>59,62</sup>. A população para as investigações do nosso estudo são todos os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, ao abrigo do acordo político, bilateral, no âmbito da saúde, entre Cabo Verde e Portugal, e que entraram em Portugal num período de tempo mínimo de 4 a 8 meses, e máximo de 30 meses, a contar da data do início do presente estudo. Esta população é evacuada, quer através da Embaixada de Cabo-Verde em Portugal, doentes de Promoção Social (PS), quer pelo Instituto Nacional de Previdência Social (doentes INPS).

- **Amostra**

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo. É uma réplica da população que deve ser representativa da população visada, isto é, as características conhecidas da população devem estar presentes na amostra selecionada<sup>59,63</sup>.

Assim que o investigador determina a população do estudo, deve definir os critérios de seleção dos seus elementos<sup>64</sup>. Na literatura existem dois tipos de técnicas de amostragem, a probabilística e a não probabilística. Neste estudo, optou-se pelo método de amostragem não probabilística. Este método é um procedimento de seleção segundo o qual, não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra, ou seja, baseia-se na seleção não-aleatória dos seus elementos dentro da população<sup>59,63</sup>. Esta amostragem de conveniência resulta de um procedimento de escolha fácil e acessível, em que permite escolher indivíduos que estão no local determinado e no momento certo.

Para a definição da amostra de conveniência deste estudo, foram selecionados os doentes evacuados que cumpriram simultaneamente, os seguintes critérios de inclusão:

- Serem doentes evacuados de Cabo Verde e que se apresentaram nas instituições de representação legal em Portugal, neste caso, na Embaixada de Cabo Verde em Portugal (PS), entre os dias 28 de maio a 29 de junho e no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), nos dias 3 de julho a 1 de agosto de 2018;
- Terem idade igual ou superior a 18 anos;
- Serem doentes evacuados e que se encontravam em Portugal entre 4 e 30 meses

- Aceitaram participar.
- **Tamanho**

Foram abordados um total de 306 doentes evacuados para participarem no estudo. De entre esses, 55 recusaram participar. A nossa amostra representa 82,02% da taxa de adesão da população em estudo.

N = 251

### 3.4. Meio

O estudo ocorreu nas seguintes instalações:

- Embaixada de Cabo Verde em Portugal - Serviço responsável pela evacuação dos doentes evacuados (SDE).
- Centro de Acolhimento de Doentes Evacuados de Cabo Verde (CADE), no INPS em Portugal (Prior Velho).

A escolha recaiu sobre esses dois meios porque são acessíveis, pois são pontos de convergência dos doentes evacuados, de acordo com as características da sua evacuação (Doentes evacuados PS – Doentes evacuados INPS)

### 3.5. Definições operacionais - variáveis do estudo

- **Fase da evacuação – As três primeiras dimensões do Questionário: 12 Itens**  
 Dimensão 1 - Médico assistente em Cabo Verde: Quatro itens  
 Dimensão 2 - Junta Médica em Cabo Verde: Quatro itens  
 Dimensão 3 - Instituto Nacional de Previdência Social INPS/Promoção Social:  
 Quatro itens
- **Fase do acolhimento e serviços prestados – a 4ª, a 5ª e a 6ª dimensões do Questionário: 13 itens**  
 Dimensão 4 - Embaixada Cabo Verde Portugal – Acolhimento e orientações: Quatro itens  
 Dimensão 5 - Embaixada Cabo Verde Portugal – Apoios fornecidos: Cinco itens  
 Dimensão 6 - INPS – CADE – Serviços prestados: Quatro itens

- **Fase de tratamento – Hospital tratamento Portugal: 4 itens**  
Dimensão 7 - Hospital Tratamento Portugal: Quatro itens
  
- **Satisfação doentes evacuados**
  - Na fase do processo de evacuação
  - Na fase de acolhimento e serviços prestados (Embaixada Cabo Verde; INPS – CADE)
  - Na fase do tratamento – Hospital Portugal

### 3.6. Instrumento de colheita dos dados – Questionário

Tendo por base o problema em estudo, as variáveis, o tipo de estudo e a amostra, o instrumento de recolha de dados selecionado foi o inquérito por questionário.

O questionário deverá cobrir as diferentes situações do desenvolvimento do trabalho, nomeadamente, das relações entre variáveis ou das diferenças entre grupos, de modo a responder aos objetivos e às questões de investigação<sup>59</sup>. Define-se como sendo um conjunto de perguntas que são respondidas pelo inquirido<sup>65</sup>, estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem, com o intuito de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos<sup>66</sup>.

O questionário pode comportar diversos níveis de estruturação, contendo perguntas fechadas onde o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis, ou pode conter perguntas abertas em que as respostas são escritas pelo inquirido<sup>67</sup>.

A avaliação da satisfação com **doentes evacuados**, como já referido atrás, ainda é uma área pouco explorada, daí não termos encontrado na literatura existente, abordagens a este nível. Serve-nos as bases da evacuação descritas no acordo político entre Portugal e Cabo-Verde. Para a construção do questionário para o nosso estudo, fez-se uma pesquisa da literatura científica, à procura de questionários validados e destinados a avaliar a satisfação dos doentes, com a prestação dos serviços, especialmente na área da saúde. Foram identificados vários instrumentos, entre eles o EUROPEP (*European Task Force on Patient Evaluation of General PracticeCare*), que serviu como base para a construção do instrumento de recolha de dados utilizado. É um questionário europeu, que tem vindo a ser desenvolvido e validado desde 1994. Mede essencialmente quatro dimensões, (1) cuidados médicos; (2) cuidados não médicos; (3) organização dos cuidados; e (4) qualidade das

instalações. No primeiro são abordadas as componentes interpessoais e técnicas, no segundo são abordados os cuidados de enfermagem e atenção prestada pelos secretários clínicos e no terceiro são analisadas a acessibilidade e os serviços prestados em geral.

O questionário EUROPEP avalia a satisfação dos doentes com os Cuidados de Saúde Primários. A partir dos seus dados pode-se avaliar e comparar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde. É composto por 23 questões, que estão agrupadas em 5 dimensões: 1- relação médico/doente; 2- assistência médica e técnica; 3- informação e apoio; 4- acessibilidade; 5- organização dos serviços. Utiliza a escala de *Likert* e os valores variam entre 1 mínimo e 5 máximo<sup>13</sup>.

Para conciliar o tronco comum da satisfação extraída do EUROPEP, com a particularidade do assunto (doentes evacuados), recorreu-se à legislação que regula o processo de evacuação externa, Regulação nº 37/94 de 16 de agosto, de modo a integrar domínios expressos na regulamentação vigente.

Assim, o questionário construído para a realização do presente estudo engloba 29 itens, agrupados em 7 dimensões, para avaliar a satisfação e 9 questões para levantar dados socio demográficos. Duas respostas destes últimos são abertas e as restantes fechadas (Anexo I).

Foram respeitadas as cinco regras básicas para a sua elaboração<sup>68</sup>:

- I. Foco – Cada pergunta deve incluir um único assunto específico;
- II. Clareza – As perguntas devem estar claras para os inquiridos, todos deverão ler e interpretá-la da mesma forma;
- III. Brevidade – As perguntas devem ser breves;
- IV. Vocabulário apropriado – Deve ser simples e o mais possível familiar aos inquiridos;
- V. Gramáticas – devem ser utilizadas formas gramaticais simples e não apresentar dupla negação.

Considerou-se ainda a aparência gráfica do questionário, neste caso a disposição das perguntas e o espaço entre elas, a dimensão e o aspeto estético do mesmo, permitindo assim, uma leitura clara e agradável das perguntas<sup>62,63</sup>.

O questionário foi dividido em duas partes: a primeira parte engloba 9 questões que permitem avaliar a caracterização socio demográfica da população em estudo, como o género, a idade, o grau de escolarização, a residência em Cabo Verde e a residência em Portugal. A segunda parte é composta por **sete dimensões** que se subdividem em 29 itens, que permitiram avaliar a satisfação dos doentes em relação (1) ao médico assistente em

Cabo Verde; (2) ao serviço prestado pela Junta Médica em Cabo Verde; (3) ao serviço prestado pelas principais entidades que assistem os doentes (INPS e a Promoção Social); (4) ao serviço prestado pela embaixada de Cabo Verde em Portugal; (5) aos apoios fornecidos pela embaixada de Cabo Verde em Portugal; (6) ao serviço prestado pelo INPS em Portugal e (7) ao serviço prestado pelo Hospital de tratamento em Portugal. Cada item continha cinco pontos ancoradas por descrições verbais nas extremidades (totalmente insatisfeito e totalmente satisfeito).

Após a conclusão do questionário e de forma a assegurar que este fosse de facto aplicável e que respondia efetivamente aos problemas levantados pelo investigador, primeiramente foi submetida à apreciação do Sr. Embaixador de Cabo Verde em Portugal, e a alguns funcionários da embaixada. Realizou-se um pré-teste a um número reduzido de pessoas (quinze pessoas), as quais pertencem a meios suficientemente diferentes dos meios dos autores do questionário<sup>66</sup> e a alguns doentes, com o objetivo principal de identificar perguntas-problema que justificassem uma modificação na estrutura do questionário, alterando-as ou retirando-as. Este passo possibilitou ainda identificar se as questões são compreendidas, permitindo evitar erros de vocabulário e de formulação, incompreensões e equívocos.

Do pré-teste não resultaram modificações no questionário. Algumas das sugestões propostas foram utilizadas para o aperfeiçoamento do instrumento em construção, assim sendo, não houve necessidade de fazer um novo pré-teste. Esta é uma etapa indispensável e permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redação e a ordem em que as perguntas estão colocadas<sup>64</sup>. A **Tabela 3.1** mostra o exemplo da estrutura do referido questionário.

**Tabela 3.1** - Estrutura do questionário e caracterização das variáveis

	Nº de questões	Nº de Item	Tipo de resposta	Escala de avaliação
Características sociodemográficas	Questão 1	Item 1	Fechada	Nominal
	Questão 2	Item 2	Fechada	Razão
	Questão 3	Item 3	Fechada	Ordinal
	Questão 4	Item 4	Aberta	Nominal
	Questão 5	Item 5	Fechada	Nominal
		Item 6	Aberta	Nominal

Avaliação da satisfação

	Questão 6	Item 7	Fechada	Nominal
		Item 8	Fechada	Nominal
	Questão 7	Item 9	Aberta	Nominal
	Dimensão 1	Item 10	Fechada	Escala de intervalo
		Item 11	Fechada	Escala de intervalo
		Item 12	Fechada	Escala de intervalo
		Item 13	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 2	Item 14	Fechada	Escala de intervalo
		Item 15	Fechada	Escala de intervalo
		Item 16	Fechada	Escala de intervalo
		Item 17	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 3	Item 18	Fechada	Escala de intervalo
		Item 19	Fechada	Escala de intervalo
		Item 20	Fechada	Escala de intervalo
		Item 21	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 4	Item 22	Fechada	Escala de intervalo
		Item 23	Fechada	Escala de intervalo
		Item 24	Fechada	Escala de intervalo
		Item 25	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 5	Item 26	Fechada	Escala de intervalo
		Item 27	Fechada	Escala de intervalo
		Item 28	Fechada	Escala de intervalo
		Item 29	Fechada	Escala de intervalo
		Item 30	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 6	Item 31	Fechada	Escala de intervalo
		Item 32	Fechada	Escala de intervalo
		Item 33	Fechada	Escala de intervalo
		Item 34	Fechada	Escala de intervalo
	Dimensão 7	Item 35	Fechada	Escala de intervalo
		Item 36	Fechada	Escala de intervalo
		Item 37	Fechada	Escala de intervalo
		Item 38	Fechada	Escala de intervalo

- **Validação do instrumento de recolha de dados**

A construção de um questionário obriga a proceder à avaliação da sua fiabilidade e validade, de forma a utilizar esse instrumento de medida com confiança. Existem diferentes métodos que permitem determinar a fiabilidade de um questionário, mas o mais utilizado pelos investigadores é a determinação da consistência interna do coeficiente Alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach<sup>62</sup>. A consistência interna designa a concordância existente entre todos enunciados individuais que constituem o instrumento de medida. Remete à homogeneidade de um conjunto de enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito, ou seja, os índices de consistência interna procuram medir a magnitude na qual as questões de um instrumento são equivalentes, em termos de medição do atributo que se propõem medir<sup>59</sup>.

O resultado do coeficiente de *Alpha* ( $\alpha$ ) de Cronbach varia entre 0 e 1, sendo excelente quanto mais próximo de 1 estiver o valor de  $\alpha$  e inaceitável quando se aproxima do 0. A consistência interna é: **Excelente** para valores de  $\alpha$  maior que 0,9; **Bom** para valores de  $\alpha$  entre 0,8 e 0,9; **Razoável** para valores de  $\alpha$  entre 0,7 e 0,8; **Fraco** para valores de  $\alpha$  entre 0,6 e 0,7; **Inaceitável** para valores de  $\alpha$  abaixo de 0,662. Para a avaliação da validade do instrumento, que se define como sendo o grau de precisão do mesmo, concebemos o presente questionário, que exhibe a capacidade de medir com rigor aquilo que se supõe medir. Uma das técnicas mais utilizadas na validação é a análise fatorial, o que pressupõe que as variáveis estão correlacionadas entre si. Existem vários testes estatísticos que podem ser usados para testar a adequação do modelo fatorial. Um deles é o método de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), índice que compara as magnitudes dos coeficientes de correlação amostra com os valores dos coeficientes de correlação parcial. Os valores do índice de KMO variam entre 0 e 1. A correlação entre as variáveis será maior, quanto mais próximo de 1 estiver o valor do índice<sup>62,63</sup>. Tendo em conta as variáveis em estudo, efetuou-se uma análise da validade das questões, com exceção aos referentes aos dados socio demográficos. A Tabela 3.2 que se segue mostra os valores *Alpha de Cronbach*, *KMO* e *teste de Bartlett* dos quais é possível classificar a fiabilidade e validade interna do questionário. Pode-se afirmar que o valor de *Alpha* varia entre 0,75 e 0,88, o que traduz uma consistência interna razoável. Em relação ao *KMO*, este varia entre 0,63 e 0,83, cujo valor  $P < 0,05$  (0,000) levando assim a um valor correlacional entre os fatores que varia entre o aceitável a bom.

**Tabela 3.2** - Valores *Alpha*, *KMO* e teste de Bartlett (sig).

	Fatores	ALPHA	KMO	P valor
<b>Médico Assistente</b>	S1	0,73	0,73	0,000
	S2			
	S3			
	S4			
<b>Junta médica</b>	S5	0,80	0,70	0,000
	S6			
	S7			
	S8			
<b>Serviço prestado pela Promoção Social.</b>	S9	0,67	0,63	0,000
	S10			
	S11			
	S12			
<b>Embaixada em Portugal</b>	S13	0,88	0,77	0,000
	S14			
	S15			
	S16			
<b>Apoios Embaixada em Portugal</b>	S17	0,85	0,79	0,000
	S18			
	S19			
	S20			
	S21			
<b>Serviço prestado pelo INPS</b>	S22	0,96	0,83	0,000
	S23			
	S24			
	S25			
<b>Hospital de Tratamento</b>	S26	0,82	0,77	0,000
	S27			
	S28			
	S29			

- **Aplicação do questionário**

Antes da aplicação do questionário foi necessário um pedido formal de consentimento a ambas as instituições em causa por questões éticas (Anexo II e Anexo III).

Para facilitar a aplicação do questionário, utilizou-se o serviço de evacuação da Embaixada de Cabo Verde nos dias do pagamento do subsídio mensal aos doentes, pois foi a oportunidade de poder encontrá-los, sendo que a maioria o recebeu presencialmente. Em relação aos doentes evacuados pelo serviço do INPS, é obrigatório a sua apresentação mensal, com exceção dos que se encontram internados e/ou impossibilitados de se apresentarem, logo a aplicação do questionário ocorreu nesses dias.

Na presença do inquirido procedeu-se da seguinte forma:

- Apresentação formal do investigador;
- Esclarecimento e entrega do questionário;
- Pedido de consentimento informado.

Sempre que possível a distribuição do questionário foi feita na presença de um familiar ou acompanhante com o objetivo de este esclarecer alguma dúvida que surgisse no decorrer do seu preenchimento, isto com o intuito de obter resultados fidedignos e livres de viés nomeadamente através da presença do investigador. Foram fornecidas as informações necessárias e as explicações do conteúdo do questionário, de forma a facilitar o preenchimento do mesmo. Posteriormente, o questionário foi preenchido pelo doente sozinho, sendo depois fechado num envelope por forma a manter o anonimato das respostas. É importante realçar que foi solicitado a todos os doentes que participaram a maior sinceridade nas respostas dadas.

No caso dos doentes que não soubessem ler nem escrever ou que, por alguma razão se encontravam impossibilitados de responder, foi dada a possibilidade de ser o familiar/accompanhante a ler e a preencher o questionário após opinião verbal do doente. Para os doentes no mesmo caso, mas sem familiar/accompanhante, o preenchimento foi feito pela investigadora após a leitura na língua materna dos doentes, o crioulo, de forma clara, não tendenciosa sem suscitar dúvidas, evitando viés.

A recolha de dados decorreu desde o dia 28 de maio à 29 de junho e 03 de julho até 01 de agosto (2018) e o tempo médio de preenchimento, foi de aproximadamente 25 minutos.

Os doentes que foram abordados evidenciaram disponibilidade para participar no preenchimento do questionário, com exceção de alguns que apresentaram certa resistência no preenchimento, acabaram por não aceitar participar. Neste caso 55 doentes não

responderam ao questionário, sendo 36 doente da Promoção Social (PS) e 19 do Instituto Nacional de Previdência Social. (INPS).

- **Recolha, armazenamento e apresentação dos dados**

A seguir à aplicação dos questionários, estes foram numerados, foi criada uma base de dados para armazenamento dos resultados dos itens do questionário no programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 22.0, programa que também foi utilizado para tratamento estatístico dos dados, e serão apresentados em formato de tabela e gráfico. Também foi utilizado o programa de *Microsoft Office Excel 2016* para a construção dos gráficos e das tabelas.

- **Aspetos éticos**

Qualquer que seja o tipo de estudo que envolva seres humanos levanta problemas de questões éticas e morais. Assim sendo, a ética define-se como “ciência da moral e a arte de dirigir a conduta (...) é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”<sup>64</sup>.

Quanto aos procedimentos formais e éticos, foi garantido o anonimato e certificada a confidencialidade dos dados obtidos. Todos os doentes foram informados sobre os objetivos do estudo, que o preenchimento do questionário é um ato voluntário e que estava garantida a confidencialidade da sua participação.

Diante disso, faz-se necessário tomar medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade das pessoas que participam nas investigações. Em suma, pode dizer-se que os códigos de ética para a investigação clínica contemplam cinco princípios fundamentais que devem ser cumpridos aquando da realização de qualquer projeto de investigação em que estejam envolvidos seres humanos. São eles: o direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato, à confidencialidade dos dados, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e, por último, o direito a um tratamento justo e leal<sup>62</sup>.

Foi necessária a obtenção do parecer favorável por parte das entidades envolvidas no processo de evacuação, de forma a garantir o cumprimento dos princípios éticos e das normas regulamentares correspondentes, para que o estudo desenrolasse. (Anexo IV)

Procedeu-se ao consentimento informado de forma escrita e verbal, de forma clara e concisa e foi obtido o consentimento de todos os participantes (Anexo V).

### 3.7. Plano de análise

- **Análise estatística dos dados**

As análises estatísticas escolhidas respeitam os postulados referentes às modalidades de distribuição da população, **normal**, e são apropriadas à qualidade dos dados:

- **Descritivas**

**Medidas de tendência central e de dispersão**, para descrever o relacionamento das variáveis que definem a satisfação dos doentes evacuados.

- **Comparativas**

**Testes *t de student***, para comparar o grau de satisfação entre os doentes evacuados (PS) e os doentes evacuados (INPS).

- **De correlação** para perceber qual o modelo mais explicativo, analisando as variáveis, tendo em conta o impacto na satisfação dos doentes.

- **Apresentação dos resultados**

Os resultados alcançados serão apresentados a partir de tabelas, quadros e figuras que ilustrarão os diversos resultados a partir das diferentes análises estatísticas.

Serão fornecidos os resultados pertinentes no que diz respeito à questão de investigação do estudo. Uma vez que o presente estudo é de natureza descritiva, a apresentação dos resultados comportará a descrição das variáveis e suas relações.

- **Interpretação dos resultados**

A interpretação dos resultados comportará o exame profundo das etapas do processo da investigação.

Os resultados serão interpretados no contexto do estudo e à luz de outros trabalhos de investigação, sob a forma de resultados estatísticos descritivos. Procuraremos estabelecer a relação entre os resultados obtidos e a questão de investigação. Para além da significação estatística dos resultados, teremos atenção à importância dos mesmos, em relação ao avanço dos conhecimentos e à prática profissional.

- **Discussão dos resultados**

A discussão dos principais resultados será feita em função do problema de investigação e da questão de investigação, estabelecendo comparações entre os resultados alcançados neste estudo com os resultados de outros trabalhos de investigação, ligados ao quadro de referência.

Tomaremos em consideração o âmbito da generalização dos resultados a outros contextos, ou não, realçando a sua importância. Do mesmo modo, a discussão dos resultados incluirá os limites conhecidos do estudo.

Serão discutidas, também, as falhas eventuais no processo de amostragem, constrangimentos na aplicação do desenho e dificuldades encontradas relativas à medida. Faremos recomendações para estudos posteriores ou para a realização do mesmo estudo em contextos diferentes ou com populações diferentes.

Redigiremos um resumo (abstract), ou uma breve descrição do problema, dos métodos e dos resultados alcançados, para, assim, se poder avaliar o conteúdo do relatório.



## 4. Fase empírica

Dimensões com escala para medir satisfação dos doentes evacuados;

Dimensões com escala para medir satisfação pelos serviços prestados e apoios por instituições e técnicos;

Dimensões com escala para medir satisfação no tratamento dos doentes evacuados.

Questões sociodemográficas dos doentes evacuados

### **Escalas da Avaliação da Satisfação**

- Escala de Avaliação da etapa “Evacuação de doentes”: Escala de Likert com inserção de itens desenvolvidos pela investigadora no desenvolvimento do presente estudo, para a Avaliação da Satisfação (dimensões 1,2,3 do questionário – 12 itens);
- Escala de Avaliação da etapa “Serviços prestados por instituições e apoios dos técnicos”: Escala de Likert com inserção de itens do Modelo EUROPEP, da Escola Teórica EUROPEP (dimensões 4, 5, 6 do questionário - 13 itens);
- Escala de Avaliação da etapa “Tratamento em Portugal”: Escala de Likert com inserção de itens do Modelo EUROPEP, da Escola Teórica EUROPEP (dimensão 7 do questionário – 4 itens).

### **Escalas de Características Sócio demográficas**

- Escala de caracterização do Género: Escala Nominal
- Escala de caracterização da Idade: Escala de Razão
- Escala de caracterização do Grau de Escolarização: Escala Ordinal
- Escala de caracterização da residência em Cabo Verde: Escala Nominal
- Escala de caracterização da residência em Portugal: Escala Nominal
- Escala de caracterização do acompanhante: Escala Nominal
- Escala de caracterização do tempo de estada em Portugal: Escala Nominal

Todas as escalas referenciadas atrás, utilizadas, estão agrupadas num único questionário.

## 4.1. Colheita de dados – Análise

De acordo com o previsto no Plano de análise:

- **Descritivas**

**Medidas de tendência central e de dispersão**, para descrever o relacionamento das variáveis que definem a satisfação dos doentes evacuados.

- **Comparativas**

**Testes *t de student***, para comparar o grau de satisfação entre os doentes evacuados (PS) e os doentes evacuados (INPS).

- **De correlação** para perceber qual o modelo mais explicativo, analisando as variáveis, tendo em conta o impacto na satisfação dos doentes.

## 5. Apresentação/interpretação e discussão dos resultados

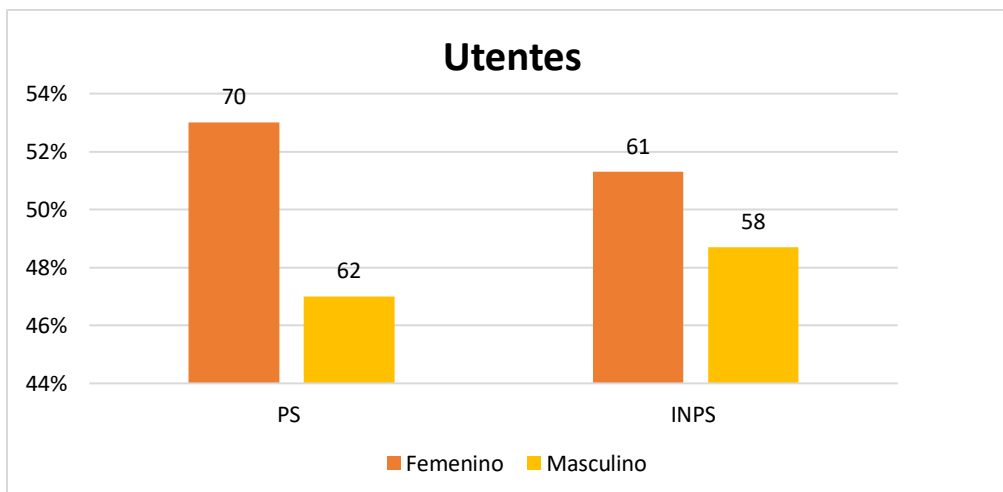
Neste capítulo efetua-se a apresentação dos resultados obtidos no estudo, sua interpretação à luz das questões de investigação e discutiremos os mesmos, tomando em consideração os limites do processo de investigação e a generalização dos resultados. Apresenta-se a caracterização da amostra e a análise das frequências relativas e absolutas das variáveis, sendo as mesmas descritas através das medidas de tendência central (médias -M) e medidas de dispersão (desvio padrão-DP).

Também se apresenta a análise correlacional efetuada, recorrendo a métodos de estatísticas paramétricas, uma vez que a dimensão da amostra é 251, ou seja, superior a 30. Dito isto e tendo como base o teorema do limite central, assumiu-se que a distribuição das médias segue uma distribuição normal. Estudaram-se ainda as relações/associações entre algumas variáveis em estudo de forma a dar resposta à pergunta formulada e aos objetivos pretendidos. É importante referir que em toda a análise correlacional considerou-se o nível de significância de  $p = 0,05$ .

### 5.1. Caracterização sociodemográfica dos doentes inquiridos

- **Género**

Pela observação do gráfico na Figura 5.1 é visível que o **género** feminino é o género dominante no que diz respeito à caracterização da amostra, onde 53% está associada à PS e 61% ao INPS. Pode-se observar que a diferença de valores entre o género feminino e masculino tem uma percentagem de 6% para a entidade de PS. Este valor é muito superior quando comparado com os 2,3% no que diz respeito à entidade do INPS.



**Figura 5.1** - Distribuição da amostra segundo género e entidade responsável (n=251)

### **Interpretação/Discussão**

Este estudo tem por base uma amostragem por conveniência, não probabilística e as conclusões limitam-se à amostra da investigação, não podendo ser extrapoladas para a população.

Relativamente à população que se pretendia estudar no início da investigação surgiu a necessidade de, na amostra constituída, considerar dois grupos separadamente: o grupo de doentes que se enquadra na entidade PS e o grupo de doentes enquadrados na entidade INPS. Esta opção revelou-se adequada ao estudo não só por ter em consideração as características dessas duas situações, mas também pelas diferenças dos resultados obtidos.

A prevalência do género feminino sobre o masculino vai de encontro ao constatado no levantamento dos dados sobre Cabo Verde, no capítulo 2, fase concetual, onde caracterizamos a sua população, tendo sido realçados os aspetos da sua juventude, em que o género feminino era superior ao masculino. Este aspeto coincide com as características da população Caboverdiana que, segundo dados do censo do INE (2016), tem maior representatividade o género feminino<sup>69</sup>. Os resultados alcançados a este nível, para além da sua significância no contexto do presente estudo, ganham relevo se atentarmos para o avanço dos conhecimentos nesta área, que orienta para situações futuras, para a predominância do género feminino relativamente ao masculino, a diferentes níveis.

Analisamos assim, ainda que com alguma cautela, pois a amostra do nosso estudo não é uma amostra aleatória, antes de conveniência.

Este resultado também pode indicar que durante o período da realização do questionário, as instituições onde foram realizados os questionários foram mais frequentadas por mulheres. Paralelamente, percebe-se que indivíduos do género feminino recorrem mais aos serviços de saúde, segundo estudos de Pereira e colaboradores, por estarem mais preocupadas com os cuidados da saúde <sup>70</sup>. Neste contexto é absolutamente normal que a evacuação tenha contado com mais doentes do género feminino. Outra razão para que o número de mulheres seja superior ao número de homens evacuados, pode estar relacionada com as especialidades médicas, por exemplo o cancro do colo do útero e da mama, naturalmente em contextos do género feminino.

- **Idade**

Na análise da distribuição da **idade** dos doentes segundo entidades responsáveis, Tabela 5.1, pode-se concluir que dos 251 inquiridos, a idade oscila entre 17 e 83 anos, correspondendo a uma idade média de M-45,6 anos e um desvio padrão DP-14,4. Ainda, é possível observar que os doentes ligados à entidade PS têm uma média de idade abaixo dos 40 anos (82 pessoas). Este valor representa uma percentagem aproximadamente de 62%, sendo que a idade oscila entre 17 e 69 anos, apresentando uma média de M-39,71 anos e um desvio padrão DP-12,5. Já para a entidade INPS a idade oscila entre de 18 e 83 anos, correspondendo-lhe uma idade média de M-52,1 anos e desvio padrão DP-13,7.

**Tabela 5.1** - Distribuição da idade segundo as entidades responsáveis

	<i>n</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<b>Total da amostra</b>	251	17	83	45,6	14,4
<b>PS</b>	132	17	69	39,7	12,5
<b>INPS</b>	119	18	83	52,2	13,7

### **Interpretação/Discussão**

Em relação à faixa etária percebe-se que existe uma diferença em relação às entidades em estudo. Com efeito, os dados revelam que doentes com menos de 40 anos estão mais representados na entidade PS e os doentes com idade superior a 40 anos são mais frequentes na entidade INPS. Estes números indicam que, tendencialmente, os doentes com mais idade são normalmente trabalhadores, têm melhores condições financeiras, decorrentes da sua situação laboral estável. Estes doentes são contributivos para o INPS e reúnem todas as condições para uma eventual evacuação sob a alçada desta instituição. O mesmo já não acontece com os doentes ligados à PS, que não trabalham ou nunca trabalharam, não contribuindo para o INPS. Nestes casos a evacuação só é possível através da própria entidade PS. Esses resultados vão ao encontro da situação do mercado de trabalho da população cabo-verdiana na qual tem aumentado o número das pessoas que estão em idade ativa e contributiva bem como um aumento na taxa de desemprego<sup>47</sup>.

- **Habilitações académicas/Grau de escolaridade**

No que diz respeito às **habilitações académicas**, observa-se na Tabela 5.2 que dos 119 doentes inquiridos da entidade do INPS, 31% (37), possui o ensino superior e logo a seguir com 29% (34) encontram-se os doentes que possuem o nível de escolaridade entre o 9º ano e o 12º ano. Com cerca de 16% (19) encontram-se os doentes que estudaram até a 4ª classe ou não sabe ler. Para os doentes inquiridos da entidade PS, é possível observar que dos 132 doentes, 13% (17) possuem o ensino superior e que o maior número de doentes, possui o nível de escolaridade entre 4ª classe e 9º ano, com uma percentagem total de 33% (43). Os restantes 33 doentes que compõem este grupo da PS tem um nível de escolaridade entre o 9º e o 12º ano, tendo este número uma percentagem de 25%.

**Tabela 5.2** - Distribuição por grau de escolaridade segundo as entidades responsáveis

	Grau de escolaridade	
	Até ao 9º ano	9º Até ao ensino superior
PS	82	50
INPS	48	71

Para perceber se o **grau de escolaridade** é diferente relativamente às entidades responsáveis, criaram-se duas categorias, Tabela 5.2., caracterizando assim este parâmetro. A primeira categoria representa o grau de escolaridade até o 9º ano sendo a

segunda categoria, do 9º ano até ao ensino superior. Sendo assim, verifica-se que existe uma associação significativamente positiva entre as duas categorias ( $\phi= 0,28$ ), contudo, mesmo que esta associação seja fraca, ela é significativa ( $P= 0,000$ ) e positiva. Nesse caso os doentes com maior grau de escolaridade estão distribuídos na entidade INPS e os com menor grau de escolaridade, tendencialmente estão associados à entidade PS.

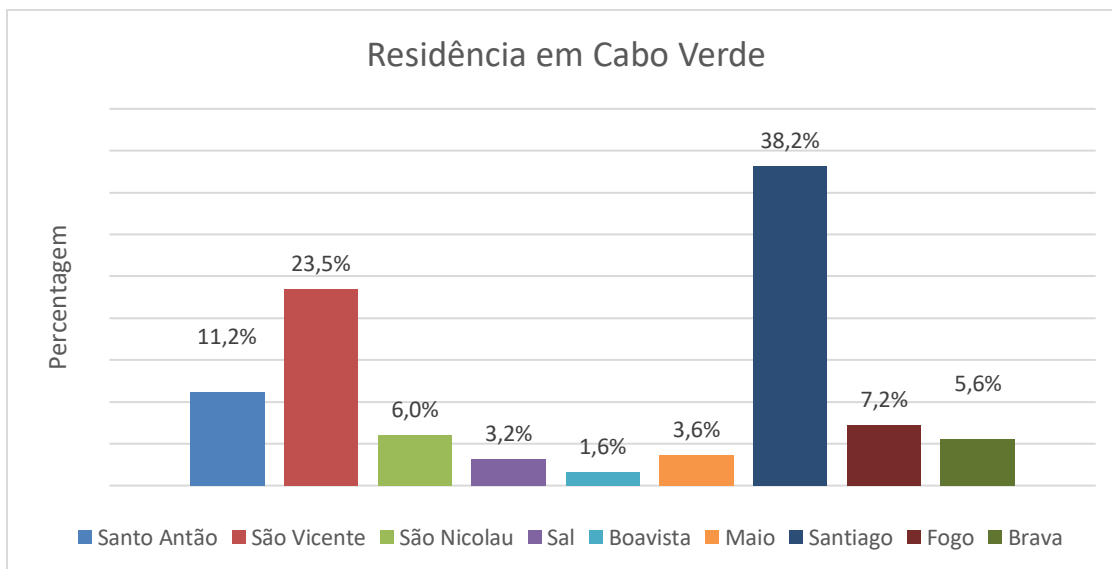
### **Interpretação/Discussão**

Comparando o nível de satisfação tendo em conta a idade, verifica-se que são os doentes com grau de escolaridade mais elevado (neste caso, doentes do INPS) que se revelam mais satisfeitos. Este resultado é confirmado quando se compara o nível de satisfação dos doentes enquadrados nas duas instituições, onde os resultados dos doentes da entidade PS são os que apresentam valores mais baixos de satisfação. Por sua vez, esses resultados vão de encontro ao estudo realizado por Oliveira *et al.*, em que o grupo dos doentes com nível de escolaridade mais elevado está mais satisfeito do que o grupo dos doentes com níveis de escolaridade mais baixos<sup>70</sup>.

Na sequência da constatação anterior verificou-se, no que diz respeito às questões de **atendimento dos profissionais em Cabo Verde** bem como no **esclarecimento do processo e do diagnóstico do médico assistente**, também em Cabo Verde, são os doentes com grau de escolaridade mais elevado os que se revelam mais insatisfeitos, o que se pode relacionar com o nível mais elevado de literacia e exigência. A literacia está relacionada com a capacidade que o doente tem para procurar e compreender informações relacionadas com a sua saúde, podendo assim fazer juízes e tomadas de decisão no dia a dia relativamente à saúde e à prevenção de doenças<sup>27,71</sup>.

- **Residência em Cabo Verde**

Do gráfico pertencente à Figura 5.2, observa-se que dos 251 doentes inquiridos 38,2% residem na ilha de Santiago, seguindo-se a ilha de São Vicente com 23,5%. Com menor valor percentual, temos a ilha da Boavista que apresenta uma percentagem de evacuação de 1,6%.



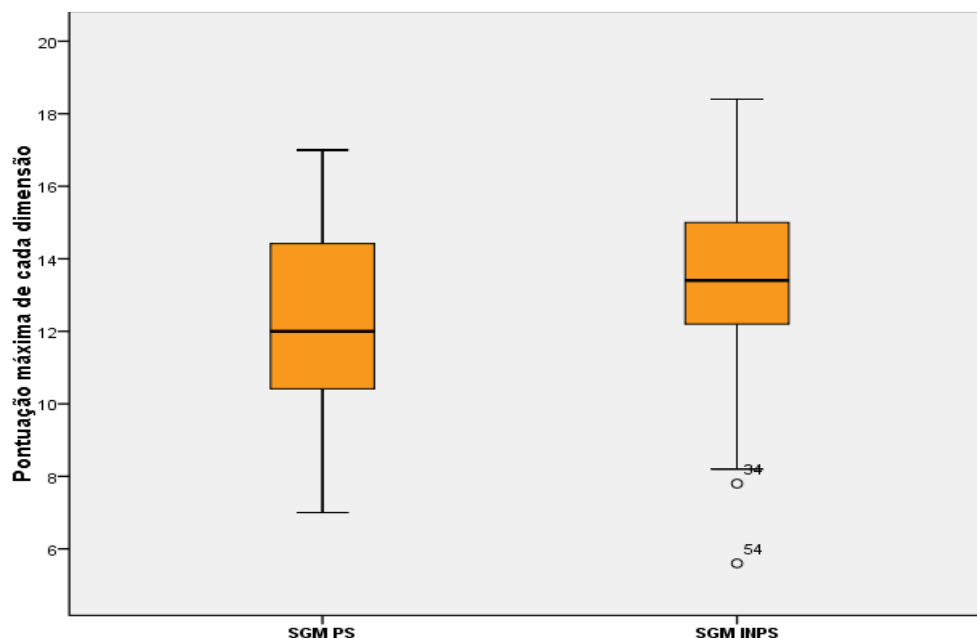
**Figura 5.2-** Distribuição da amostra por ilhas de residência em Cabo Verde

### Interpretação/Discussão

A maior representatividade de doentes tanto para Santiago como para São Vicente, deve-se ao facto de serem as duas ilhas com o hospital central do país, facilitando assim o acesso à saúde, ou seja, pelo facto de ter um hospital mais bem equipado com maior número de médicos especialistas e equipamentos apropriados para diagnósticos e/ou suspeitas. Já as ilhas Fogo e Santo Antão possuem um hospital regional sendo que nas restantes apenas existem delegacias de saúde e centros de saúde <sup>69</sup>.

## 5.2. Satisfação Global Média

A satisfação global média é ligeiramente superior para os doentes ligados à entidade INPS em relação aos doentes ligados à entidade PS. Como se pode verificar no gráfico da Figura 5.3, não existe grande variabilidade das respostas entre as entidades responsáveis (INPS e PS) apesar de apresentarem medianas diferentes. Assim, verifica-se que a satisfação global média é significativamente diferente para os doentes da entidade PS em relação aos doentes do INPS ( $p = 0,000$ ), sendo esta satisfação global média significativamente superior para os doentes ligado à entidade INPS (M-15,3).



**Figura 5.3** - Satisfação global média para cada entidade

### Interpretação/Discussão

A satisfação global média mais elevada nos doentes enquadrados na entidade INPS vai de acordo com as características da divisão da amostra (PS/INPS) para fins de caracterização. São efetivamente os doentes mais velhos e também os que têm um grau de escolaridade mais elevado que revelam um grau mais elevado de satisfação. Pode-se relacionar estes resultados, quer com as melhores condições oferecidas pelos serviços prestados pela entidade INPS, quer pelas expectativas relacionadas com a idade dos doentes. Isso vai de encontro com informações disponibilizadas na página da entidade em questão, em que, nos últimos anos, várias medidas foram adotadas para a melhoria da qualidade do serviço: uma dessas medidas foi a implementação do modelo de gestão de reclamações e implementação de ferramentas que permitem melhorar a prestação do serviço e a qualidade no atendimento, através da monitorização permanente dos vários parâmetros de gestão, nomeadamente, tempo de resposta, qualidade das respostas e eficiência do atendimento<sup>72</sup>. Para todos os efeitos, realçamos o fato de os resultados, em termos de Mediana, nas duas entidades, não se distanciarem muito um do outro, o que, por sua vez não legitima a satisfação dos doentes evacuados pela leitura dos dados estatísticos. No conjunto da amostra há insatisfação global média evidenciada e é este o aspeto a realçar. O nosso estudo parte para a avaliação da satisfação dos doentes evacuados, na sua

questão de partida, descrevendo e quantificando o processo de evacuação dos mesmos, em termos de objetivos, e os resultados devem ser analisados nesse contexto, logo, as melhorias de condições estabelecidas pelo INPS podem não ser suficientes para explicar a satisfação média dos doentes evacuados. Também a avaliação da satisfação dos doentes deve ser analisada nas diferentes fases do processo de evacuação, como veremos mais à frente.

Não nos esqueçamos que os dados do presente estudo foram obtidos através de um questionário da avaliação da satisfação, organizado em 7 dimensões e 29 itens, validado para o efeito. Este aspeto constitui um ponto forte do estudo. Contudo, se discutirmos esses resultados à luz da generalização dos mesmos, colidimos com a sua fragilidade, uma vez que a amostra não é aleatória, exigindo cautela na generalização dos mesmos para além da amostra.

### 5.3. Análise das dimensões que influenciam a satisfação no processo de evacuação

Verifica-se no **Quadro 5.1** e **Quadro 5.2** que, para ambas as entidades, a dimensão **hospital de tratamento em Portugal** é aquela que apresenta um melhor resultado ao nível da satisfação, sendo visível pelo valor da média e desvio padrão (para **PS**: M- 18,26 e DP- 2,18 e para o **INPS**: M- 17,26 e DP-2,15).

No que diz respeito à dimensão com menor resultado ao nível da satisfação, esta difere entre as duas instituições, sendo que para a PS, é possível verificar na Tabela 5.3 que a dimensão que menos satisfaz aos doentes é a de **apoios fornecidos pela embaixada**, com uma média de M-11,22 e um desvio padrão de DP-  $\pm 2,85$ . É de notar que a dimensão **serviço prestado pela embaixada** não apresenta valores de média e desvio padrão muito distantes da dimensão mencionada anteriormente (apoios fornecidos pela embaixada), media de M-11,92 e um desvio padrão de DP-  $\pm 2,71$ .

**Quadro 5.1** - Valores de média e desvio padrão para as dimensões relativamente à PS

Dimensões do questionário	Média	DP
Médico assistente em Cabo Verde	15,14	3,22

Junta médica em Cabo Verde	14,10	3,61
PS em Cabo Verde	12,79	2,91
Serviço prestado pela embaixada em Portugal	11,92	2,71
Apoios fornecidos pela embaixada em Portugal	11,22	2,85
Hospital de tratamento em Portugal	18,26	2,18

Analogamente aos doentes ligados à entidade PS, os doentes ligados à entidade INPS apresentam um menor grau de satisfação com as dimensões que envolvem os serviços prestados pela entidade a qual estão vinculados, sendo possível observar através da Tabela 5.4 que a dimensão com menor grau de satisfação apresentada é a dimensão **serviços prestados pelo INPS em Cabo Verde**, com média M-15,65 e desvio padrão DP- $\pm 2,52$ . Com valores aproximados está a dimensão **serviços prestados pelo INPS em Portugal** com média M-13,92 e desvio padrão DP- $\pm 2,59$ , levando assim a que esta dimensão seja a segunda que menos satisfaz os doentes.

**Quadro 5.2** - Valores de média e desvio padrão para as dimensões relativamente ao INPS

<b>Dimensões do questionário</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Médico assistente em Cabo Verde	15,29	2,74
Junta médica em Cabo Verde	14,30	3,17
INPS em Cabo Verde	15,65	2,52
Serviço prestado pelo INPS em Portugal	13,92	2,59
Hospital de tratamento em Portugal	17,26	2,15

### **Interpretação/Discussão**

Os resultados atrás alcançados e descritos em termos de resultados estatísticos colocam-nos nas fases do processo de evacuação (não na fase específica da evacuação – as três, primeiras dimensões do questionário, mas em todas as fases do processo). Interpretando

esses resultados à luz da problemática do nosso estudo, reparamos que a nossa preocupação espelhada na questão de partida, projetada nos objetivos e na formulação do problema coincidem: avaliar a satisfação dos doentes evacuados, tendo em conta os resultados alcançados, no equilíbrio da comparação parte teórica/parte empírica. Do mesmo modo, o quadro de referência no nosso estudo projeta as variáveis chave que dão corpo ao questionário aplicado para o levantamento dos dados junto da amostra, daí a fiabilidade dos mesmos.

Verificamos que há insatisfação, manifestada pela amostra, nos seus dois grupos PS e INPS, em todas as fases do processo de evacuação e em quase todas as dimensões concebidas e definidas operacionalmente para o levantamento de dados empíricos para a avaliação da satisfação. Os picos máximos de satisfação de cada uma das entidades, PS e INPS coincidem com a dimensão **Hospital de Tratamento em Portugal**, o que vai de acordo com estudos já realizados em Portugal cujos resultados mostravam a satisfação dos doentes com os serviços hospitalares e os seus técnicos<sup>73</sup>, enquanto os picos mínimos são, para a PS, **Serviços prestados pela Embaixada em Portugal e Apoios fornecido pela embaixada em Portugal**. Por outro lado, os mínimos para a entidade INPS coincidem com os **Serviços prestados pelo INPS em Portugal (CADE) e Junta Médica em Cabo-Verde**. Ao atentarmos para as características das duas frações, PS e INPS, reparamos que os doentes INPS, fazem descontos para a caixa de previdência social, enquanto os PS não, pois são a promoção social, ou seja, menos privilegiados. Ligado a esse conceito (trabalhador contributivo), há um cruzamento com o conceito sócio demográfico idade que nos mostra na revisão da literatura que são os trabalhadores mais velhos, os mais exigentes com a satisfação, à semelhança dos doentes com nível de escolaridade mais avançado. Também, ao analisarmos as dimensões, verificamos que a dimensão hospital de tratamento em Portugal reúne consenso em ambos os grupos.

As constatações atrás referidas, extraídas da amostra, são também as mesmas que a população alvo apresenta, de acordo com as reclamações colhidas no âmbito do preenchimento do questionário. Também estão previstas na formulação do problema, quando projetamos a situação ideal para resolver o problema. Sendo o tipo de estudo de natureza descritiva e sendo um dos objetivos – identificar as dimensões da satisfação que mais influenciam a satisfação global dos doentes evacuados nas diferentes fases do processo, projetamos no nosso quadro de referência teórico a melhor forma de alcançar resultados empíricos, com força para serem comparados com a parte teórica do estudo.

Os resultados assim obtidos são credíveis, considerando a problemática do estudo e o quadro de referência. Contudo a nossa amostra é de conveniência, não aleatória o que dificulta a generalização dos resultados para a população.

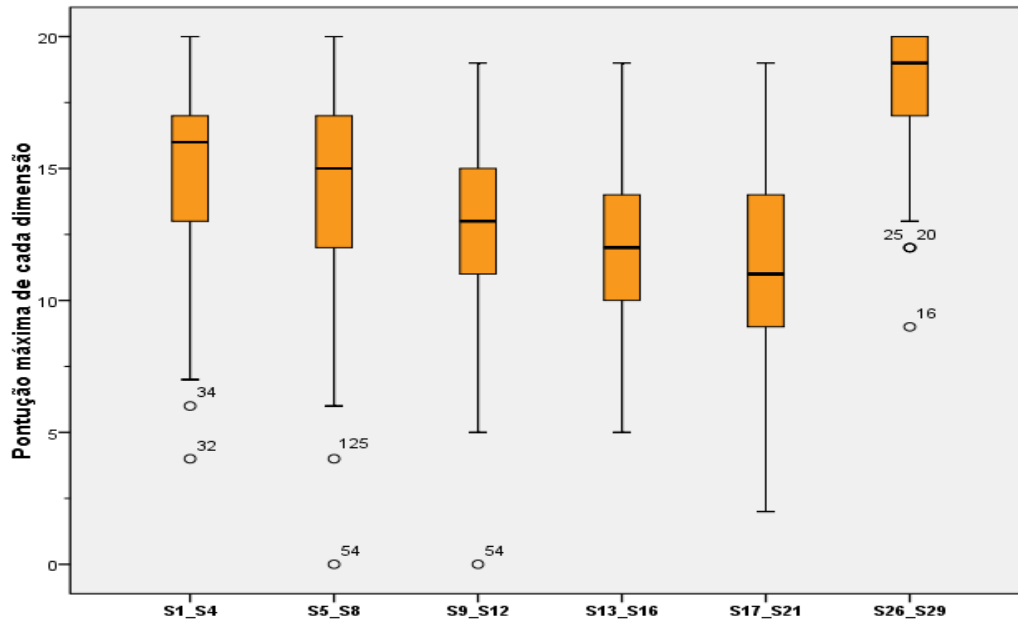
Não obstante essas limitações do estudo os resultados contribuem para o enriquecimento da teoria, resolução do problema da investigação e podem ter relevância em determinados contextos da prática profissional<sup>72</sup>.

#### **5.4. Satisfação dos doentes mediante cada dimensão**

Nas representações gráficas da Figura 5.4 e Figura 5.5, quer para a entidade PS quer para a entidade INPS, pretende-se demonstrar qual a dimensão que apresenta em termos médios a menor e maior classificação em relação à satisfação dos doentes e os *outliers*, ou seja, dados que se diferenciam drasticamente de todos, os pontos fora da curva. Cada dimensão está representada pelas variáveis (questões que compõe o questionário) que a constituem, como é possível ver nas figuras já mencionadas.

Analisando o gráfico da Figura 5.4 pode-se concluir que no caso dos doentes da entidade PS, os *outliers* apresentados são moderados e inferiores para a primeira dimensão **médico assistente em Cabo Verde**, segunda dimensão **Junta médica em Cabo Verde**, terceira dimensão **PS e INPS em Cabo Verde** e para a última dimensão **hospital de tratamento em Portugal**.

A dimensão que apresenta a mediana com valores mais baixos é a dimensão **apoios fornecidos pela embaixada**, com M-11,2, DP- 2,9. Esta dimensão apresenta maior variabilidade de respostas comparativamente às restantes dimensões. Com isso pode-se concluir que os doentes estão mais insatisfeitos com os apoios que a embaixada de Cabo Verde lhes oferece em Portugal.



**Figura 5.4-** Classificação em termos médios para cada dimensão da PS (n=132)

Para os doentes da entidade INPS é possível observar no gráfico da Figura 5.5 que os *outliers* são inferiores e moderados para a primeira (S<sub>1</sub> a S<sub>4</sub>), a quarta (S<sub>22</sub> a S<sub>25</sub>) e a quinta (S<sub>26</sub> a S<sub>29</sub>) dimensões e severo para a terceira dimensão (S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>). Em termos da mediana as dimensões: **junta médica em Cabo Verde** e **serviço prestado pelo INPS em Portugal**, são as que apresentam resultados menores. No que diz respeito à média e ao desvio padrão, a dimensão **serviço prestado pelo INPS em Portugal** é aquela que apresenta um menor valor dos mesmos, M-13,9 e DP-2,5, comparativamente às outras dimensões. Por último, em relação à maior variabilidade das respostas, a dimensão **junta médica em Cabo Verde** é superior às restantes.

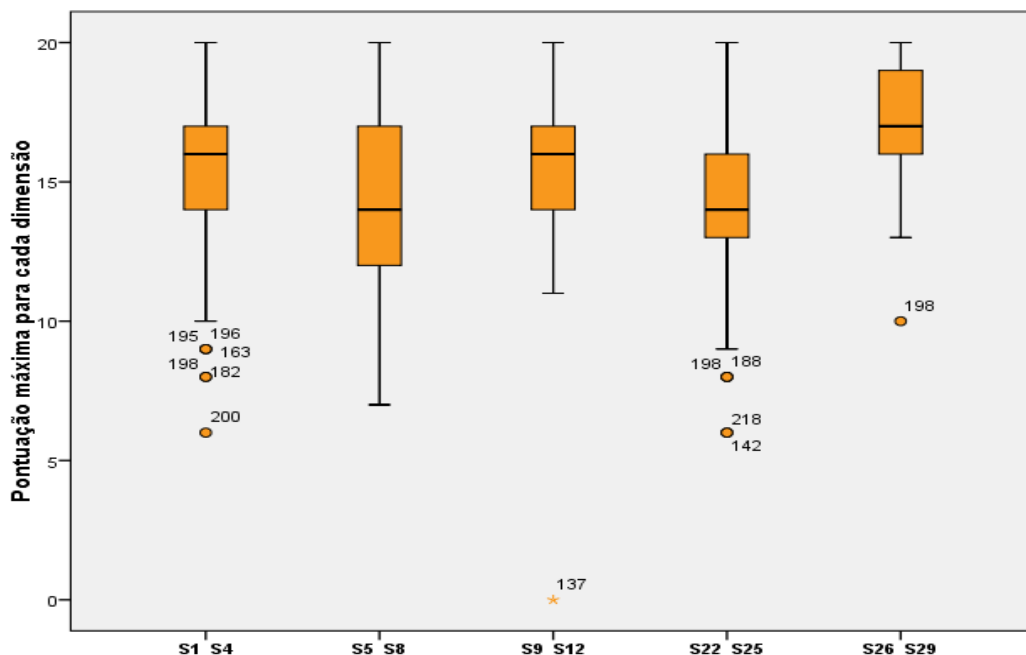


Figura 5.5 - Classificação em termos médios para cada dimensão do INPS (n=119)

### Interpretação/Discussão

A dimensão que apresentou o valor médio mais elevado foi **hospital de tratamento em Portugal** ( $\alpha$  0,82 e KMO 0,77) para ambas as entidades (INPS: M- 17,26 e PS: M-18,26), o que sugere que os doentes se consideram satisfeitos com o serviço em geral, desde o acolhimento no hospital, ao esclarecimento em relação ao diagnóstico e tratamento. Esta tendência é revelada também por estudos realizado pela ACSS e estudos da DGS, em hospitais de Portugal e a maioria dos doentes portugueses que participaram se manifestaram satisfeitos com o atendimento dos médicos e com os serviços de saúde em Portugal<sup>41,73</sup>. Na revisão da literatura/Enquadramento Teórico, Quadro 2.1 ,também encontramos o enquadramento deste fato nas perspetivas de Woodside *et.al.*, quando refere que a perceção do doente relacionado com a qualidade do serviço influencia a sua satisfação. Do mesmo modo, este autor sustenta que a satisfação do doente é um fenómeno pós-experiência, que reflete o quanto o paciente gosta ou desgosta do serviço. As dimensões que em termos da satisfação dos participantes, neste estudo, apresentam valores médios mais baixas são: **apoios da embaixada** (M-11,22) e **serviço prestado pela embaixada** (M-11,92) para a entidade PS; **serviço prestado pelo INPS em Cabo Verde** (M-15,65) e **serviço prestado pelo INPS em Portugal** (M-13,92) para a entidade INPS. Assim, os níveis mais baixos de satisfação dos doentes parecem estar relacionados

sobretudo com os apoios e os serviços prestados pelas duas entidades consideradas neste estudo.

Esta tendência de resultados está presente nas narrativas dos doentes, após aplicação do questionário, quando referem “sentir falta de acompanhamento social durante a primeira fase de adaptação no país”. Refira-se que muitas vezes são doentes que saem pela primeira vez do seu país de origem, muitos não falam português, outros estão descontentes com o valor do subsídio que recebem, revelando neste caso a influência da conjuntura económica na classificação da satisfação dos doentes para a dimensão relacionada com os apoios. Turner e Louis no **Quadro 2.1**, ao afirmar que a satisfação é largamente o resultado de expectativas concretizadas e função da perceção da discrepância entre os desejos individuais e as experiências atuais de cada um, proporcionalmente aos seus desejos, reforçam o pressuposto atrás descrito.

Sendo o presente trabalho um estudo empírico, descritivo, de carácter exploratório, entre variáveis onde se pretende medir o grau de satisfação dos doentes evacuados (neste caso a satisfação dos doentes mediante cada dimensão), navegamos ao longo do mesmo para demonstrar, descrevendo as relações que existem entre o objetivo do estudo, o seu quadro teórico e a interpretação que fazemos dos resultados. A avaliação que fazemos dos resultados é suportada pela validade do instrumento que recolheu os dados, mais especificamente nas duas dimensões onde encontramos maior grau de insatisfação com, respetivamente,  $\alpha$  0,88; KMO de 0,77 e  $\alpha$  0,96; KMO de 0,83, ver Tabela 3.2. Sabemos que, dada à não aleatoriedade da amostra, não podemos generalizar os nossos resultados, senão para a amostra, mas, com cautela podemos dizer que, neste caso preciso, os resultados podem-se estender à toda a população. Também é claro que as implicações para a teoria são de enriquecimento da mesma, enquanto para a investigação o contributo está na sistematização e na estruturação do instrumento que recolheu dados sobre a evacuação, com validades de KMO bastante aceitáveis. No campo das implicações nas práticas profissionais, após medirmos o impacto das dimensões poderemos fazer melhorias nas dimensões cujo impacto se manifestar superior.

## **5.5. Comparação entre as duas entidades relativamente às dimensões e a relação destas últimas com o grau de satisfação.**

Para comparar as duas entidades (PS e INPS) em função das suas dimensões, possível visualização no Quadro 5.3, foi realizado o teste *T-test Student* para, dentro da mesma amostra, grupos independentes em que se fez a avaliação de possíveis diferenças entre as médias das mesmas. Esta comparação tem como objetivo, avaliar a satisfação dos doentes relativamente às variáveis comuns das diferentes dimensões. Conclui-se que, para as primeiras quatro variáveis que compõem a primeira dimensão ( $S_1$  a  $S_4$ ) **médico assistente em Cabo Verde**, não há diferenças significativas. Os doentes estão igualmente satisfeitos, quer para a entidade INPS quer para a entidade PS. O valor  $p = 0,70$ , não rejeita a possibilidade de as médias serem idênticas (M-15,1 e M-15,3, para INPS e a PS respetivamente), indicando assim que não há diferenças a nível da satisfação entre os doentes da PS e os doentes do INPS.

A segunda dimensão ( $S_5$  a  $S_8$ ) **junta médica em Cabo Verde** apresenta conclusão semelhante à primeira visto que também não existem diferenças significativas a nível da satisfação entre os doentes da entidade PS e os doentes da entidade INPS, tendo em conta que o *valor p* = 0,64, logo não se rejeita a possibilidade de as médias serem idênticas (M-14,1 para PS e M-14,3 para a PS e INPS respetivamente).

Já na terceira dimensão ( $S_9$  a  $S_{12}$ ) **serviço prestado pela PS e pelo INPS em Cabo Verde**, existem diferenças significativas a nível da satisfação entre os doentes da entidade PS e os doentes da entidade INPS, tendo em conta que o valor  $p = 0,00$ , logo rejeita-se a hipótese nula, que é a possibilidade das médias serem idênticas, como se pode ver pelos valores das médias (M-12,8 e M-15,7, para a PS e INPS respetivamente). Assim sendo a satisfação média para os doentes que representam a entidade INPS é estatisticamente superior quando comparada à satisfação dos doentes que representam a entidade PS.

O mesmo acontece quando se comparam as duas entidades responsáveis, relativamente à última dimensão em comum ( $S_{26}$  a  $S_{29}$ ), hospital de tratamento em Portugal, pois verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas tendo em conta que o valor  $p = 0,00$ , o que significa que se rejeita a possibilidade das médias serem idênticas, logo a nível da satisfação entre os doentes da PS e do INPS existem diferenças, e em termos estatísticos a satisfação média é significativamente superior na PS (M-18,3).

**Quadro 5.3** - Comparação das médias e desvio padrão entre as duas entidades (INPS e PS) nas dimensões em comum

Variável (dimensões)	Entidade responsáveis	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Sig (2-tailed)</i>
S <sub>1</sub> a S <sub>4</sub>	INPS (n=119)	15,14	3,22	0,70
	PS (n=132)	15,29	2,74	
S <sub>5</sub> a S <sub>8</sub>	INPS (n=119)	14,30	3,61	0,63
	PS (n=132)	14,10	3,17	
S <sub>9</sub> a S <sub>12</sub>	INPS (n=119)	15,65	2,52	0,00
	PS (n=132)	12,79	2,52	
S <sub>26</sub> a S <sub>29</sub>	INPS (n=119)	17,3	2,15	0,00
	PS (n=132)	18,3	2,18	

Como forma de tentar perceber, considerando cada uma das dimensões, qual o item que apresenta menor satisfação média, construíram-se quadros salientando somente a média (de forma crescente) dos itens que chamaram mais a atenção. No

Quadro 5.4 , observa-se que, para os doentes que representam a entidade PS o item em que estes estão mais insatisfeitos é na última questão que compõe a dimensão (S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>) **tempo de espera para receber o subsídio em Cabo Verde** cujo valor da média é de (M-1,49).

Para a mesma entidade o segundo item com doentes insatisfeitos é a pergunta que compõe a dimensão (S<sub>17</sub> a S<sub>21</sub>), que corresponde a **qualidade do serviço prestado pela assistência social da embaixada em Portugal** com a média de M-2,19. A seguir encontra-se o item **gastos mensais face ao valor do subsídio que recebe** com média de M-2,46 e por último **o tempo de espera para receber o subsídio pela embaixada em Portugal** com uma média de M-2,61.

**Quadro 5.4** - Dimensão com menor grau de satisfação – PS

Dimensão	Item	Média	DP
<b>S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub></b>	Tempo de espera para receber o subsídio em Cabo Verde	<b>1,49</b>	<b>0,97</b>

<b>S<sub>17</sub> a S<sub>21</sub></b>	Qualidade do serviço prestado pela assistência social da embaixada em Portugal	<b>2,19</b>	<b>0,95</b>
	Gastos mensais face ao valor do subsídio que recebe	<b>2,46</b>	<b>1,34</b>
	O tempo de espera para receber o subsídio pela embaixada em Portugal	<b>2,61</b>	<b>1,30</b>

Quanto aos doentes da entidade INPS os itens em que estes manifestaram-se de forma insatisfeitos estão apresentados no Quadro 5.5. O item com menor grau de satisfação em termos médios é a **assistência prestada na receção em Portugal**, item que compõem a dimensão **Serviço prestado pelo INPS em Portugal**, cujo valor da média é de M-2,38. Em segundo encontra-se o item **clareza das informações oferecidas pela junta médica**, com uma média de M-3,34 e o terceiro e último item da mesma dimensão, **serviço prestado pela junta médica em Cabo Verde** com menor grau de satisfação é o item - **tempo de espera em relação à decisão da junta médica para a evacuação**, com a média de M-3,48.

**Quadro 5.5** - Dimensão com menor grau de satisfação – INPS

<b>Dimensão</b>	<b>Item</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>S<sub>22</sub> a S<sub>25</sub></b>	Assistência prestada na receção em Portugal-INPS	<b>2,38</b>	<b>1,19</b>
<b>S<sub>5</sub> a S<sub>8</sub></b>	Clareza das informações oferecidas pela junta médica	<b>3,34</b>	<b>1,01</b>
	Tempo de espera em relação à decisão da junta médica para evacuação	<b>3,48</b>	<b>1,19</b>

### **Interpretação/Discussão**

Quando se comparam os resultados das duas entidades em relação às 4 dimensões que têm em comum, com o intuito de avaliar a **satisfação global dos doentes**, verifica-se que relativamente à dimensão **serviço prestado pelas entidades INPS e PS** (itens S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>) existem diferenças significativas (p=0,000) sendo superior para o INPS. Estes resultados

suscitam também a questão do envolvimento dos colaboradores das duas entidades no apoio aos doentes, de acordo com a questão inicial, identificação e formulação do problema (problemática do estudo/fase conceptual) proporcionando-lhes informações com clareza e melhor atendimento. Este aspeto poderá ter tido um impacto significativo na satisfação dos doentes, como foi constatado no contacto direto com os doentes, na sessão da aplicação dos questionários.

O mesmo acontece no que diz respeito à dimensão **hospital de tratamento em Portugal**. De facto, verifica-se que há diferenças estatisticamente significativas, ( $p=0,000$ ) e a satisfação média é superior para os doentes que fazem parte da entidade PS (M-18,3). Este resultado pode estar relacionado com os aspetos mencionados no estudo realizado por Villaverde Cabral, em que o autor apresenta algumas hipóteses que justificam a satisfação mais elevada dos doentes: a primeira relacionada com as variações das necessidades dos diferentes grupos sociais e a segunda com o efeito da gratidão e a atitude de reconhecimento dos doentes<sup>74</sup>.

A comparação da satisfação entre os doentes PS e INPS da amostra do estudo pode ter implicações no que diz respeito a melhorias que poderão ser implementadas, no processo de evacuação dos doentes. Isso vai de acordo com o que diz Donabedian, que fundamenta a temática **“Qualidade na Saúde”** em três dimensões: a estrutura, o processo e o resultado<sup>16</sup>. Do mesmo modo, outros estudos mostram que deve ser uma preocupação do sistema de gestão das organizações, neste caso da saúde, direcionar esforços para identificar desafios, diagnosticar problemas e fixar objetivos com a finalidade de desenvolver projetos que levem à melhoria<sup>17,18</sup>.

## **5.6. Impacto das dimensões na satisfação global dos doentes**

Nesta secção serão apresentados, para cada entidade, os resultados do modelo de regressão linear que melhor explicam a satisfação global dos doentes. O objetivo é demonstrar o impacto que as dimensões que constituem o modelo têm na satisfação global dos doentes. Esses resultados serão analisados através de valores do coeficiente de determinação R Square ou  $R^2$ , que indica a capacidade explicativa do modelo, variando

entre 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, mais adequado será o modelo de correlação proposto<sup>60</sup>.

É importante realçar que a análise de regressão linear foi realizada separadamente no que diz respeito às entidades (PS e INPS) evitando assim multicolinearidade. Logo, fez-se necessário, durante a realização da mesma, retirar sempre uma dimensão aleatória para se obter um modelo mais explicativo. Assim sendo, do melhor modelo encontrado para cada uma das entidades, foi retirada a mesma dimensão: **hospital de tratamento em Portugal** (S<sub>26</sub> a S<sub>29</sub>), pois com a retirada dessa dimensão, em termos estatísticos mostrou ser mais explicativo e significativo, cujo respetivo  $p < 0,05$ .

O Quadro 5.6 indica os modelos mais explicativos de entre todos os modelos realizados através do programa SPSS:

Para o caso da PS, o modelo mais explicativo apresenta um coeficiente de determinação (R Square) de 0,957 (95,7%) e um valor  $p < 0,05$  podendo-se assim afirmar que o modelo em termos globais, é estatisticamente significativo para as dimensões **médico assistente em Cabo Verde** (S<sub>1</sub> a S<sub>4</sub>), **junta médica em Cabo Verde** (S<sub>5</sub> a S<sub>8</sub>), **serviço prestado pela PS em Cabo Verde** (S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>), **serviços prestado pela embaixada em Portugal** (S<sub>13</sub> a S<sub>16</sub>) e **apoios fornecidos pela embaixada de Cabo Verde em Portugal** (S<sub>17</sub> a S<sub>21</sub>). Estas dimensões evidenciam um impacto significativo na satisfação global dos doentes. Em relação ao valor de *B* este indica o impacto da dimensão na satisfação global dos doentes ligados à entidade PS e quanto maior for este valor, maior será o impacto na satisfação global. Dito isto, caso se pretenda melhorar um serviço por forma a aumentar a satisfação global dos doentes, melhorando o serviço que compõe a dimensão S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>, a satisfação global terá um impacto de 1,113.

No que diz respeito à entidade INPS, pode-se observar no Quadro 5.4 que o modelo mais explicativo apresenta um coeficiente de determinação (R Square) de 0,945 (94,5%) e um valor  $p < 0,05$ . Da mesma forma, à semelhança da entidade PS pode-se também afirmar que o modelo, em termos globais, é estatisticamente significativo com as dimensões **médico assistente em Cabo Verde** (S<sub>1</sub> a S<sub>4</sub>), **junta médica em Cabo Verde** (S<sub>5</sub> a S<sub>8</sub>), **serviço prestado pela INPS em Cabo Verde** (S<sub>9</sub> a S<sub>12</sub>), **serviços prestado pela INPS em Portugal** (S<sub>22</sub> a S<sub>25</sub>). Estas dimensões evidenciam um impacto significativo na satisfação global dos doentes. A dimensão com maior valor de *B*, 1,186, é o **serviço prestado pela INPS em Portugal** (S<sub>22</sub> a S<sub>25</sub>) logo, melhorando o serviço que compõe essa dimensão, é esperado um impacto significativo positivo de 1,186 na satisfação global dos doentes.

**Quadro 5.6** - Regressão linear

Dimensões	INPS			Dimensões	PS		
	B	R Square	p valor		B	R Square	p valor
S <sub>1</sub> a S <sub>4</sub>	1,137	0,945	0,000	S <sub>1</sub> a S <sub>4</sub>	<b>0,950</b>	0,957	0,000
S <sub>5</sub> a S <sub>8</sub>	1,148			S <sub>5</sub> a S <sub>8</sub>	1,064		
S <sub>9</sub> a S <sub>12</sub>	<b>1,107</b>			S <sub>9</sub> a S <sub>12</sub>	<b>1,113</b>		
S <sub>22</sub> a S <sub>25</sub>	<b>1,186</b>			S <sub>13</sub> a S <sub>16</sub>	1,095		
				S <sub>17</sub> a S <sub>21</sub>	1,051		

### Interpretação/Discussão

Relativamente aos itens que compõem cada dimensão, destacam-se alguns resultados mais salientes: são os doentes da entidade PS que apresentam médias mais baixas nos itens: **tempo de espera para receber o subsídio em Cabo Verde** da dimensão **serviços prestados pela entidade PS em Cabo Verde** (M-1,49) e nos itens, **qualidade do serviço prestado pela assistência social da embaixada em Portugal** (M-2,19); **gastos mensais face ao valor do subsídio que recebe** (M-2,46) e o **tempo de espera para receber o subsídio pela embaixada em Portugal** (M-2,61), todos referentes à dimensão **apoios fornecidos pela embaixada**. Estes dados reforçam os resultados já analisados anteriormente, confirmados por narrativas dos doentes, como: “sempre atrasam os pagamentos, nós estamos aqui sem família, não trabalhamos porque estamos no tratamento, se o subsídio se atrasar, como é que vamos fazer?”; “o meu médico não me deu alta, mas a embaixada acha que já não preciso mais ficar aqui e logo suspendem o subsídio.”; “depois de pagar a residência não sobra praticamente nada para comer, nem para o transporte, o que dificulta as nossas vidas”. Importa realçar que o item com a média mais baixa não faz parte da **dimensão apoio fornecidos pela embaixada**, sendo esta aquela que apresentou menor grau de satisfação dos doentes da instituição PS.

Para os doentes da entidade INPS, o grau de satisfação mais baixo foi atribuído aos seguintes itens: **assistência prestada na receção em Portugal** (M-2,38); **clareza das informações oferecidas pela junta médica** (M-3,34), ambos da dimensão **serviço prestado pelo INPS em Portugal**; e **tempo de espera em relação à decisão da junta médica para a evacuação** (M-3,48), relacionado com a dimensão **serviço prestado pela**

**junta médica em Cabo Verde.** Estes doentes parecem estar mais preocupados com questões que envolvem as informações e o tempo de espera para a tomada de decisão do que com a situação financeira, o que reforça a diferença existente em relação aos doentes das duas instituições. Esta tendência de resultados está presente também na narrativa dos doentes: “uma pessoa sente-se desamparada ao chegar aqui em Portugal, e, para os que não têm família torna-se muito difícil chegar e não saber para onde se dirigir”; “a junta médica não explica absolutamente nada, fizeram três a quatro perguntas e já está”; “esperei quase um ano para obter um parecer da junta médica, ninguém diz nada (...) fica-se à espera, até lhes apetecer”. Assim, no que diz respeito à situação financeira, pode-se concluir que apesar de esta ser um fator relevante e diferenciador na satisfação dos doentes, é mais dominante a preocupação neste campo para os doentes da PS, comparativamente aos doentes do INPS, que centram as suas preocupações em outros domínios, como: o diagnóstico e o tempo de espera para o tratamento.

Para uma possível intervenção futura com intuito de melhorar os serviços, salientam-se os resultados obtidos com a regressão linear, designadamente com o modelo que melhor explica a satisfação dos doentes. Para cada modelo, destaca-se a dimensão que maior impacto teria numa intervenção: para entidade PS **serviço da Promoção Social em Cabo Verde (B-1,113)** e para entidade INPS **Serviço prestado pelo INPS em Portugal (B-1,186)**. É importante realçar que para ambos os modelos escolhidos, não foi tido em conta a dimensão **hospital de tratamento em Portugal**, na medida em que esta não está sob a responsabilidade das entidades aqui consideradas, visto que o tratamento depende das regras e dos procedimentos do local onde cada paciente vai ser tratado.

Os dados obtidos e analisados e a discussão dos resultados permitem identificar fatores de satisfação e insatisfação dos doentes bem como as diferenças entre a situação nas duas entidades que estão envolvidos no processo de evacuação dos doentes de Cabo Verde para Portugal. Este é um contributo importante do estudo, na medida em que a partir dele se podem desenhar estratégias de melhoria do processo de evacuação, nomeadamente no que se refere à qualidade do serviço prestado pela PS em Cabo Verde e pelo INPS em Portugal, pois são essas duas dimensões que apresentam impactos mais significativos, logo, mais frágeis em gerar satisfação. Isto vai de acordo com os resultados do estudo MoniQuOr que orientam para tomada de decisão relativamente a melhorias a diferentes níveis (práticas profissionais)<sup>38,39</sup>. Voltemos à questão inicial do estudo, **“Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?”**. A partir

desta questão inicial, operacionalizaram-se objetivos para atingir resultados, após um longo processo de investigação, percorrendo as fases do mesmo: Problema, Problemática, Contextualização Teórica, Quadro de Referência, Desenho da Investigação e Critérios Empíricos para testarmos o problema face ao seu suporte teórico. Chegamos ao fim com a certeza de que mantivemos a coerência projetada no início do estudo. Ao analisarmos o impacto das dimensões na satisfação global dos doentes, pela regressão linear, encontramos o caminho para, após descobrir as dimensões mais frágeis nas duas entidades, estarmos em situações de propor melhoria nas mesmas. Como o processo é um processo dinâmico, as eventuais propostas de melhoria não podem ser feitas somente em algumas dimensões (as que teriam impacto elevado), mas em todo o processo, de acordo com a coerência exibida, tendo em conta **a satisfação global dos doentes evacuados**. Esta é a grande implicação do presente estudo e o seu contributo para a teoria, para a investigação e para a prática profissional.

## 5.7. Limites do estudo

- Amostra, não probabilística e de conveniência, o que limita a possibilidade de extrapolação para a totalidade da população. A amostra é ou não representativa da população em estudo? Este fato limita os resultados do estudo à amostra da população?

Por limitações de custo e/ou tempo, em cenários de investigação social não é possível, prático ou mesmo desejável obter amostras de tipo probabilístico (onde a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra é igual à dos restantes elementos). Pensamos que no presente estudo, existe, em parte, esta situação.

- O erro cometido ao fato de não se ter vislumbrado um elemento de 17 anos na seleção dos questionários, quando o limite é de 18 anos, constitui uma outra limitação do presente estudo. Assumimos este descuido, pois fere com a ética da maioridade, como critério de inclusão, ainda que, pensamos nós, em termos estatísticos, pouco ou nada se altera. Ainda assim é um dos limites do presente estudo.
- No conjunto dos conceitos/variáveis que foram estudados a partir das dimensões produzidas, poder-se-ia ter incluído a variável patologia bem como a tipologia o hospital de destino, o que aumentaria a importância dos resultados alcançados com

contributos para a teoria, Investigação e práticas profissionais reforçadas. Se tivéssemos que fazer o estudo novamente, hoje, certamente incluiríamos as variáveis patologia e Hospital de tratamento. Quando iniciamos o presente estudo, achamos que o grau de dificuldade em contornar situações de carácter sigiloso, nomeadamente patologia e hospitais, poderia, em termos de tempo e outros critérios éticos e campos deontológicos dificultar o ritmo do desenvolvimento do estudo. Mas, para todos os efeitos, este aspeto constitui um limite do presente estudo.

## **5.8. Recomendações futuras**

- Recomendamos que investigações futuras possam replicar o presente estudo, em novos estudos ou sobre a mesma população, possibilitando inferências estatísticas em termos de regressão, vendo o relacionamento entre as variáveis em estudo, através de hipóteses
- Recomendamos investigações cruzadas nos países que têm acordos bilaterais com Portugal, nomeadamente, Angola, Guiné Bissau, S. Tomé e Príncipe e Moçambique, o que seria de grande utilidade em termos de contributo para a teoria (doentes evacuados), ciência/Investigação (novos instrumentos de medição) e novos enquadramentos em termos da prática profissional.
- Investigações futuras poderão utilizar amostras mais amplas, outros limites de idade, tendo também em conta uma abrangência mais vasta em termos de regiões demográficas.



## 6. Conclusões

Este estudo teve o seu arranque com a constatação de um problema no setor da saúde em Cabo Verde, após ouvirmos falar do fenómeno evacuação de doentes de Cabo Verde para Portugal, para tratamento efetivo de Cabo-verdianos portadores de doenças que, em Cabo Verde, tinham já perdido a esperança de uma vida melhor. Havia um acordo bilateral entre os dois estados que suportava essa evacuação.

Assumiu-se desenvolver este estudo que teve como questão guião, **“Os doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral na saúde, estão satisfeitos com o serviço prestado nas diferentes fases do processo?”**.

Assumimos também como objetivo avaliar o grau de satisfação dos doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal, no âmbito do acordo bilateral da saúde estabelecido entre os dois países, para podermos ver se os doentes evacuados estavam ou não satisfeitos com os serviços prestados nas diferentes fases do processo de evacuação. Relatos de diversa ordem indicavam o descontentamento dos doentes evacuados e dos mesmos se falavam de horrores que aconteciam no país de acolhimento, após a evacuação.

Uma vez identificado o problema, procedemos à sua formulação no quadro de uma problemática de mudança, onde várias variáveis que suportam o corpo da investigação foram relacionadas. Realizou-se uma revisão da literatura sobre a saúde, a qualidade na saúde, a satisfação dos doentes com os serviços da saúde e fatores que influenciam essa qualidade, as dimensões da satisfação, diferentes estudos que abordaram este tema de investigação e, finalmente, analisamos profundamente o acordo bilateral entre Cabo Verde e Portugal. Analisamos diferentes autores que já tinham desenvolvido estudos sobre o assunto que suportavam o nosso estudo. Daí partimos para a elaboração de um quadro de referência e projetamos as variáveis chave que iriam ser orientadas para, após a sua operacionalização, a parte empírica do nosso estudo. Era necessário desenvolver um instrumento de recolha de dados, criterioso, que desse cobertura ao processo de evacuação dos doentes, uma vez que a revisão da literatura já nos tinha fornecido as dimensões necessárias para a avaliação da satisfação de uma forma geral, mas não de doentes evacuados ao abrigo de um acordo bilateral. Foi concebido, assim, um instrumento (questionário) que foi testado e validado com recursos a métodos e técnicas modernas de validação, sendo o mesmo um contributo do nosso estudo para a teoria, para a investigação e prática profissional.

O trabalho empírico procedeu à recolha de dados do processo de evacuação de doentes, servindo-se de dimensões/escalas para responder aos objetivos propostos. Deste estudo empírico retiraram-se algumas conclusões. Em primeiro lugar constatou-se que os doentes evacuados no âmbito do acordo bilateral, **não estão satisfeitos com os serviços prestados nas diferentes fases do processo de evacuação**. Também, foi possível concluir que, ainda que os doentes, definidos em dois grupos, Promoção Social (PS) e Instituto Nacional de Prevenção Social (INPS) estivessem satisfeitos com algumas dimensões da satisfação, no processo, isso não alteraria a primeira constatação de insatisfação global.

Concluiu-se ainda que, independentemente da situação dos doentes evacuados (PS e INPS), numa situação de comparação do seu grau de satisfação, esta não varia significativamente, mantendo a insatisfação global dos doentes evacuados, no processo de evacuação. Em segundo lugar, concluiu-se que, ainda que os cuidados de saúde sejam transversais aos dois géneros, masculino e feminino, o género feminino é o que tem mais preocupação com os cuidados da saúde. Da mesma forma, conclui-se que o hospital de tratamento no país de acolhimento é a única dimensão que satisfaz comumente aos doentes evacuados, independentemente da situação dos mesmos.

Os resultados apresentados pelo presente estudo podem conduzir a algumas implicações para os profissionais da saúde, para as instituições que estabelecem acordos bilaterais e para as representações institucionais no país de acolhimento dos doentes evacuados para tratamento.

Os doentes evacuados dão grande importância, não somente ao fato de serem evacuados, mas também à razoabilidade no decurso do processo de evacuação, dos serviços prestados ao longo do mesmo. Portanto, pode ser importante ter este aspeto em consideração quando se pretende evacuar doentes para países terceiros, ao abrigo de acordos bilaterais. Do mesmo modo, os doentes evacuados dão grande importância às representações do seu país no país de acolhimento, neste caso, Embaixada de Cabo Verde em Portugal (acolhe doentes PS) e INPS – CADE (acolhe doentes INPS).

Não se pode descurar, à margem dos resultados do estudo, uma chamada de atenção para a natureza dos acordos bilaterais, eventualmente, pensar em consequências para o não cumprimento e desenvolvimento do estipulado no mesmo, garantindo os direitos humanos em termos do previsto.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da amostra, não probabilística e de conveniência, o que limita a possibilidade de extrapolação para a totalidade da população. Este fato limita os resultados do estudo à amostra da população. Uma outra limitação tem a ver com o erro cometido ao fato de não se ter vislumbrado um elemento de 17 anos na seleção dos questionários, quando o limite era de 18 anos. Assumimos essa falta de atenção, pois fere com a ética da maioridade, como critério de inclusão, ainda que, pensamos nós, em termos estatísticos, pouco ou nada se altera. Apesar das limitações apontadas e de outras que possam vir a ser apontadas, considera-se que o estudo realizado permitiu conhecer melhor as atitudes dos doentes evacuados ao abrigo de um acordo bilateral, no que diz respeito ao grau de satisfação dos mesmos com os serviços prestados, fazendo chamadas de atenção para as instituições e para os profissionais de saúde que os acompanham. Investigações futuras poderão utilizar amostras mais amplas, outros limites de idade, tendo também em conta uma abrangência mais vasta em termos de regiões demográficas. Este estudo constitui apenas um pequeno contributo para o conhecimento da situação dos doentes evacuados ao abrigo de acordos bilaterais entre estados e das reações, em situações de avaliação dos doentes evacuados. O tema é atual, importante e pertinente. Muito há ainda a percorrer no campo da investigação nesta área, sendo um campo fértil de trabalho para outros investigadores.



## 7. REFERÊNCIAS

1. Pereira LF. Qualidade: Ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Quaidade em saude*. 2003 Jun;7:3–8.
2. Ferreira PL. Avaliação dos doentes de cuidados primários: Equadramento conceptual. *Revista Portuguesa Clinca Geral*. 2000;16(1):53–62.
3. Política Nacional de Saúde. Reformar Para Uma Melhor Saúde. Ministério da Saúde Cabo Verde. 2007;1–60.
4. SNS. Acordo no Domínio da Saúde entre Portugal e Cabo Verde [Internet]. Direção Geral da Saúde. Available from: <https://www.dgs.pt/relacoes-internacionais1/acordos/acordo-no-dominio-da-saude-entre-portugal-e-cabo-verde.aspx>
5. Pinto S, Silva E. Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Rev Enferm Ref*. 2013;III Série(nº 9):95–103.
6. Campos L, Saturno P, Carmeniro AV. A Qualidade dos cuidados e dos Serviços. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. 2010;
7. Mendes F, Montovani M de F, Gemito ML. A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*. 2013;nº 9:17–25.
8. Texto Editora L, editor. *Dicionário Universal da Língua Portuguesa*. 1ª. Lisboa; 1995.
9. Ribeiro ALA. O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. *Rev Ordem dos Enfermeiros*. 2005;16(March):53–60.
10. Ferreira PL, Luz A, Valente S, Raposo V, Godinho P, Felício ED. Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;2:53–62.
11. Chaves C, Duarte J, Amaral O, Coutinho E, Nelas P. Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da região centro de portugal. *INFAD Rev Psicol*. 2016;2:339–46.
12. Giovanella L, Lima JGC, Fausto MCR, Bousquat A, da Silva EV. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários : adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. *Ciencias e Saude Coletiva*. 2013;18:103–14.

13. Roque H, Veloso A, Ferreira PL. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. *Rev Saude Publica*. 2016;50:1–7.
14. Verma, D. e Sobti R. Patient's Perceptions of Medical Services. *J Serv Reserch*. 2002;Vol. 2. Nº:123–35.
15. Direcção Geral de Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 : Versão resumo [Internet]. 2013. p. 9–10. Available from: <https://pns.dgs.pt/>
16. Silva FP da. Avaliação da Qualidade do Serviço de Saúde : a visão do cliente. Universidade de São Paulo; 2014.
17. Neves A. A Gestão na Administração Pública. Pergaminho. 2002.
18. McIntyre T. A satisfação dos utentes dos serviços de saúde na região norte: Avaliação e divulgação. Administração Regional de Saúde do Norte Porto. 2002;
19. Ribeiro AL. Satisfação dos Utentes com os cuidados de enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida. Escola Superior de Enfermagem do Porto; 2003.
20. Donabedian A. The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988;260:1743–8.
21. Coyle J. Exploring the Meaning of 'Dissatisfaction' with Health Care: The Importance of 'Personal Identity Threat.' *Sociol Health Illn*. 1999;21(1):95–124.
22. Ferreira PL, Raposo V. Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF e de uma amostra de UCSP. 2015;99. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/2015.08.24-Relatório Final-VF.pdf>
23. Fitzpatrick R. Surveys of patient satisfaction: II - Designing a questionnaire and conducting a survey. *BMJ* [Internet]. 1991 May;302:1129–32. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1669839/pdf/bmj00125-0039.pdf>
24. Roy A. Carr-Hill. The measurement of patient satisfaction. *J Public Health Med*. 1992;14(3):236–49.
25. Sitzia J, Wood N. Patient Satisfaction: A Review of Issues and Concepts. *Social Science & Medicine*. 1997;45(12):1829–43.
26. Hall JA, Dornan MC. Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-analysis. *Soc Sci Med*. 1990;30(7):811–8.
27. Mårtensson L, Hensing G. Health literacy - a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci*. 2011;26:151–60.
28. Alves MJ. O Serviço Atendimento Permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem. Tese para obtenção de grau de mestre em ciencias de

- enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto. 2007.
29. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16:577–82.
  30. Meterko M, Rubin HR. Patient Judgments of Hospital Quality- A taxonomy. *Med Care.* 1990;28:9:10–4.
  31. Graça L. Para uma Teoria da Satisfação dos Utentes de Serviço de Saúde. *Esc Nac Saúde Pública.* 1994;
  32. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *Presse Med.* 1999;28:29:1610–3.
  33. Westaway MS, Rheeder P, Zyl DG Van, Seager JR. Interpersonal and organizational dimensions of patient satisfaction: the moderating effects of health status. *Int J Qual Heal Care.* 2003;15(4):337–44.
  34. Batista MJ, Florentim RJ dos S. A Satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o departamento de psiquiatria e saúde mental do centro hospitalar da cova da beira. *Rev Port Saúde Pública.* 2006;24 (1):21–35.
  35. Esperidão M, Leny Alves Bomfim Trad. Avaliação de satisfação de usuários. *Cien Saude Colet.* 2005;10:303–12.
  36. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry.* 1988;25(1):25–36.
  37. Ferreira PL, Raposo V. A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. 2006;285–96.
  38. IQS. MoniQuOr [Internet]. Instituto da Qualidade em Saúde. Available from: <https://www.iqs.pt/moniquor/>
  39. Pisco L, Biscaia JL. Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa De Saúde Pública* [Internet]. 2001;2:43–51. Available from: [https://www.researchgate.net/profile/Luis\\_Pisco/publication/266584295\\_Qualidade\\_de\\_cuidados\\_de\\_saude\\_primarios/links/545fac520cf27487b450a955.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Luis_Pisco/publication/266584295_Qualidade_de_cuidados_de_saude_primarios/links/545fac520cf27487b450a955.pdf)
  40. Unidade de Misão dos Hospitais S.A. (2004). Projecto ComuniCare: sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos Hospitais SA. 2003;
  41. ACSS-Asministração Central dos Sistema de saúde. Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação do Utente dos Hospitais EPE e SPA. Relatório dos Hosp EPE e SPA. 2009;
  42. Ramsay J et. al. The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Fam Pract.* 2000;17(5):372–9.
  43. Cabo Verde. Catálogo do Património Natural Territorial de Cabo Verde: Projeto 7

- maravilhas de Cabo Verde. 1ª Ed. Tipografia Santos L, editor. Praia; 2015.
44. Ministério das Finanças. PEDS - Plano Estratégico de Desenvolvimento Sustentável. 2018.
  45. Instituto Nacional de Estatística - INE. Projeções Demográficas de Cabo Verde 2010-2030. Praia; 2013.
  46. Cabo Verde no Contexto do Desenvolvimento Sustentável: Relatório à Conferência Rio +20. 2012;32.
  47. INE - Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Por Tema: Estatísticas das famílias e condições de vida [Internet]. 2018. Available from: <http://ine.cv/estatisticas-por-tema/>
  48. The World Bank. O Banco Mundial em Cabo Verde - contexto [Internet]. Available from: <https://data.worldbank.org/country/cabo-verde>
  49. WHO - World Health Organization. Constitution of WHO: principles [Internet]. World Health Organization; 2016 [cited 2018 Jan 4]. Available from: <http://www.who.int/about/mission/en/>
  50. Furtado C. Governação do sistema de saúde em Cabo Verde. 2008; Available from: <http://www.portaldoconhecimento.gov.cv/handle/10961/201>
  51. MSSS - Ministério da Saúde e da Segurança Social. Documentos [Internet]. [cited 2018 Apr 5]. Available from: <http://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite?limit=20&limitstart=20>
  52. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016. 2012;1. Available from: [http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning\\_cycle\\_repository/cabo\\_verde/cabo\\_verde\\_pnds\\_vol\\_i\\_2012\\_2016\\_versao\\_final\\_01\\_100313.pdf](http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/planning_cycle_repository/cabo_verde/cabo_verde_pnds_vol_i_2012_2016_versao_final_01_100313.pdf)
  53. Rodrigues, L. C., Martins, J. F. e Fernandes TM. Manual de Cooperação para o Desenvolvimento. Ina E, editor. Lisboa; 2011. 72 p.
  54. Henriques MA. A imigração PALOP em Portugal. O caso dos doentes evacuados. Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais da Universidade Nova de Lisboa [Internet]. 2012; Available from: <http://sociologico.revues.org/573>
  55. IPAD - Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento. Estratégia da cooperação portuguesa para a saúde. Cooperação portuguesa. 2010;1-36.
  56. Serviço Nacional de Saúde. Cooperação com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa -Evacuados. ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, IP. SNS.

57. SNS. Direção Geral da Saúde: Assuntos internacionais - Cooperação para desenvolvimento [Internet]. Available from: <https://www.dgs.pt/assuntos-internacionais/areas-de-intervencao/coop-para-o-desenvolvimento/cabo-verde.aspx>
58. Ministérios dos Negócios Estrangeiro e Comunidades. Embaixada de Cabo Verde em Portugal: Doentes Evacuados [Internet]. [cited 2017 Nov 8]. Available from: <https://embaixadadecaboverde.pt/doentes-evacuados>
59. Fortin M-F. Fundamentos e etapas do processo de investigação. LUSODIDACTA, editor. 2009.
60. A. Gouveia de Oliveira. Bioestatística, Epidemiologia e Investigação: Teoria e Aplicações. LIDEL, editor. 2009.
61. Lundin IB. Modelo de um plano de pesquisa. In: Lundin IB, editor. Metodologia de Pesquisa em Ciências Sociais. Maputo; 2016. p. 39.
62. Hill MM, Hill A. Investigação por Questionário. 2ª Edição. Sílabo E, editor. Lisboa; 2005.
63. Fortin M-F. O Processo de Investigação: da concepção à realização. 2ª ed. Lusociência, editor. Loures; 2000.
64. Fortin M-F. O Processo de Investigação - da concepção à realização. LUSOCIÊNCIA, editor. 1999.
65. Gil AC. Como elaborar projectos de pesquisa. 4ª. atlas, editor. São Paulo; 2002.
66. Ghiglione R, Mantalon B. O Inquérito. 4ª. Celta, editor. Oeiras; 2001.
67. Fortin M-F. O Processo de Investigação: da concepção à realização. 3ª ed. Lusociência, editor. Loures; 2003.
68. Coelho PS, Vilares MJ. Satisfação e lealdade do cliente: Metodologias de avaliação, gestão e análise. Editora E, editor. Lisboa; 2005.
69. INE - Instituto Nacional de Estatística. População e Censo [Internet]. 2016 [cited 2017 Nov 25]. Available from: <http://ine.cv/estatisticas-por-tema/populacao-e-censo/>
70. Oliveira A, Albuquerque C, et al. Satisfação dos utentes numa unidade de cuidados de saúde primários do interior. Revista Servir. 2016;62–7.
71. Saboga-Nunes LA, Araújo MCPa de, Boff E teresinha de O, MARTINS RA de S, Tracana RB, Carvalho GS. Níveis de Alfabetização/Literacia para a saúde em duas populações de diferentes níveis de escolaridade na construção da cidadania. In: Boff ET de O, Pansera-de-Araujo MC, Carvalho GS, (Org), editors. Interações entre conhecimento, valores e prática na educação em saúde. Editora Un. Ijuí; 2016. p. 57–88.

72. INPS. Instituto Nacional de Previdencia Social: sistema de gestão do atendimento. [Internet]. [cited 2018 Nov 17]. Available from: [http://www.inps.cv/index.php?option=com\\_content&view=article&id=217:inps-tem-um-novo-sistema-de-gestao-do-atendimento&Itemid=48](http://www.inps.cv/index.php?option=com_content&view=article&id=217:inps-tem-um-novo-sistema-de-gestao-do-atendimento&Itemid=48)
73. DGS - Direção Geral da Saúde. Estudo de Satisfação dos Utentes do Sistema de Saúde Português. Departamento de Qualidade na Saúde. 2015 May;1–29.
74. Hespanhol A, Ribeiro O, Pereira AC. Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João: Satisfação dos Utentes. Arq Med. 2005;19(5–6):191–7.

## **Anexos**

Passa-se a apresentar os documentos que se consideram pertinentes para melhor apreciação do presente trabalho.

**Anexo I** - Questionário construído para o estudo

**Anexo II** - Autorização do serviço PS- SDE, Embaixada de Cabo Verde em Portugal

**Anexo III** - Autorização do serviço INPS – CADE

**Anexo IV** - Parecer do Serviço de Doentes Evacuados

**Anexo V** - Termo de consentimento informado

## Anexo I – Questionário construído para o estudo



### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO – QAS-CV

#### Estudo com doentes evacuados de Cabo Verde para Portugal

Este questionário tem como objetivo obter informações sobre a satisfação dos doentes evacuados/acompanhantes de Cabo Verde para Portugal no âmbito do acordo bilateral estabelecido entre os dois países. Os resultados obtidos irão ser utilizados num projeto de investigação de teor académico, sendo apresentados de forma resumida numa Tese de Mestrado na área da Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve. A análise desses resultados irá contribuir para a melhoria dos serviços prestados no âmbito do referido acordo.

As vossas opiniões e experiências são de extrema relevância para a realização deste testudo. Por favor responda com a máxima sinceridade, pois as respostas são confidenciais e anónimas. O questionário leva cerca de 10 minutos a completar.

Esse estudo foi aprovado pela Comissão do conselho administrativo e de Ética das entidades que fazem parte do estudo, neste caso, a Embaixada de Cabo Verde em Portugal e o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), representado em Lisboa, pelo Centro de Acolhimento dos Doentes Evacuados (CADE).

Ao responder ao questionário está a aceitar participar no trabalho referido. Agradeço a sua disponibilidade e participação nesse trabalho de investigação.

Obrigada!

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

1. Género

Feminino	
Masculino	

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

3. Grau de escolarização

Não Sabe Ler	
Até 4ª Classe	
Entre 4ª e 9º ano	
Entre o 9º e o 12º ano	
Ensino Superior	

4. Ilha de residência em Cabo Verde \_\_\_\_\_

5. Residência em Portugal

Pensão	
Casa de Familiares	
Outra	

Qual? \_\_\_\_\_

6. Encontra-se acompanhado?

Sim	
Não	

6.1. Se respondeu sim, por quem?

Familiar	
Amigo/vizinho	

7. Há quanto tempo está em Portugal?

\_\_\_\_\_

Considerando toda a sua experiência no processo de evacuação qual é o seu grau de satisfação? Use a escala de 1 a 5 onde 1 significa “totalmente insatisfeito” e 5 “totalmente satisfeito”, marque com um <b>X</b> a sua opinião.	Grau de satisfação					
	Totalmente insatisfeito				Totalmente Satisfeito	Não se aplica
	1	2	3	4	5	0
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito ao seu médico assistente em Cabo Verde</b>						
1. Tempo de espera para a 1ª consulta						
2. Esclarecimento na 1ª consulta em relação ao seu estado de saúde						
3. Envolvimento do médico assistente nas decisões do seu tratamento						
4. Orientações para as fases seguintes relativamente ao processo de evacuação						
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito ao serviço prestado pela junta médica em Cabo Verde</b>						
5. Tempo de espera em relação à decisão para evacuação						
6. Assistência prestada pela junta médica						
7. Clareza das informações dadas						
8. Preparação para as próximas fases do processo de evacuação						
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito ao INPS e a Promoção Social</b>						
9. Tempo de espera para a evacuação						
10. Atendimento dos profissionais desse serviço						
11. Clareza das informações dadas						
12. Tempo de espera para receber o subsídio inicial						
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito ao serviço prestado pela embaixada de Cabo Verde em Portugal</b>						
13. Assistência prestada na receção em Portugal						
14. Conforto e comodidade do alojamento disponibilizado						
15. Atendimento dos profissionais desse serviço						
16. Acompanhamento durante o processo de tratamento do doente						
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito aos apoios fornecidos pela Embaixada de Cabo Verde em Portugal</b>						
17. Tempo de espera para receber o subsídio em Portugal						
18. Gastos mensais face ao valor de subsídio recebido						
19. Qualidade da refeição(almoço) fornecida pela embaixada						
20. Qualidade do serviço prestado pela assistência Social da embaixada em Portugal						
21. Transporte para deslocamento às consultas e tratamento (Passe)						
<b>Avalia o grau de satisfação no que diz respeito ao serviço prestado pelo INPS em Portugal</b>						
22. Assistência prestada na receção em Portugal						
23. Tempo de espera para receber o subsídio em Portugal						
24. Acompanhamento durante o processo de tratamento						
25. Atendimento dos profissionais desse serviço						
<b>Avalie o grau de satisfação no que diz respeito ao serviço prestado pelo Hospital de tratamento em Portugal</b>						
26. Tempo de espera pelo início do tratamento						
27. Acolhimento pela equipa do Hospital						
28. Esclarecimento e clareza no seu diagnóstico						
29. Assistência prestada pela equipa do hospital						

## Anexo II - Autorização do Serviço de Doentes Evacuados - PS



Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa  
Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde

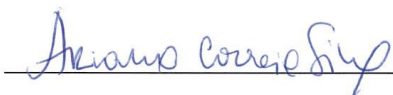
Para: Serviço de Doentes Evacuados – Embaixada de Cabo Verde

Assunto: Pedido de Autorização aos Serviços de Doentes Evacuados - Embaixada de Cabo Verde)

Eu, Ariana Correia Barros Silva, aluna do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup>, com carácter de urgência, a confirmação do Serviço de Doentes Evacuados para a realização do estudo descritivo (não experimental) “Avaliação da Satisfação dos utentes evacuados no âmbito do acordo bilateral- Cabo verde e Portugal”.

A avaliação da satisfação dos utentes será efetuada através da aplicação de um questionário.

O estudo obteve parecer positivo do Serviço de Doentes Evacuados (SDE- Embaixada de Cabo Verde) (em anexo).



Ariana Correia Silva

AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE DONTES EVACUADOS – EMBAIXADA DE CABO VERDE

Autorização: Sim  Não

Data: 17/05/2018

Assinatura(s): 

Coordenadora do Serviço Doentes Evacuados

## Anexo III - Autorização do Serviço de Doentes Evacuados - INPS



Instituto Politécnico de Lisboa  
Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Lisboa  
Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias de Saúde

Para: Instituto Nacional de Previdência Social- CADE

Assunto: Pedido de Autorização ao Serviço de Doentes Evacuados – INPS

Eu, Ariana Correia Barros Silva, aluna do Mestrado em Gestão e Avaliação de Tecnologias em Saúde, venho por este meio solicitar a V. Ex<sup>a</sup>, com carácter de urgência, a confirmação do Serviço de Doentes Evacuados – INPS para a realização do estudo descritivo (não experimental) "Avaliação da Satisfação dos utentes evacuados no âmbito do acordo bilateral- Cabo verde e Portugal".

A avaliação da satisfação dos utentes será efetuada através da aplicação de um questionário.

O estudo obteve parecer positivo dos Serviços de Doentes Evacuados (INPS-CADE) (em anexo).

Ariana Correia Silva

AUTORIZAÇÃO DO SERVIÇO DE DONTES EVACUADOS – INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDENCIA SOCIAL –CADE

Autorização: Sim  Não

Data: 29/05/2018

Assinatura(s):

Coordenador do Serviço Doentes Evacuados: INPS-CADE



## Anexo IV – Parecer do Serviço de Doentes Evacuados



*República de Cabo Verde*

Embaixada

### PARECER DO SERVIÇO DE DOENTES EVACUADOS – EMBAIXADA DE CABO VERDE

**Estudo, Título**

*“Avaliação da satisfação dos utentes evacuados no âmbito do acordo bilateral- Cabo Verde e Portugal”*

Após encontro com a pesquisadora no dia 17 de maio de 2018 e análise do pré-projecto, estando o estudo de acordo com as normas do Serviço (SDE), deliberou-se emitir **parecer favorável** sobre a realização do mesmo.

Embaixada de Cabo Verde, Serviço de Doentes Evacuados presente no encontro, 17 de maio de 2018

Coordenadora do Serviço: Dra. Celecina Lima

Pelo exposto, emitiu-se a 22 de maio de 2018, **parecer favorável**.

Coordenadora do Serviço Doentes Evacuados

  
Dra. Celecina Lima

Avenida do Restelo, 33 · 1449-025

Serviço:

E-mail:

Telefone:

Fax:

Geral

pt.info@mneec.gov.cv

21 304 14 40

21 304 14 66

Consulado

pt.consulado@mneec.gov.cv

21 304 14 60



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE TECNOLOGIA DA SAÚDE DE LISBOA**  
**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DA UNIVERSIDADE DO ALGARVE**

**Termo de Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_ declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia do trabalho de investigação intitulada “Avaliação da satisfação dos doentes evacuados no âmbito do acordo bilateral no domínio da saúde : Portugal e Cabo Verde”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar continuar sem nenhum prejuízo para a minha pessoa. Sei também que os dados do questionário, por mim respondido serão usados somente para fins científicos e destruídos pela investigadora após o estudo. Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados mantendo assim o anonimato. Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar. Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação.

Depois do anteriormente referido, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

---

(Participante)