



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa Hospitalar: Impacto do Ambiente Físico e Social

Inês Filipa Mira Catrapona

Orientação: Professora Doutora Maria de Fátima Campos
Bernardo

Co-orientação: Professora Doutora Carla Sofia Carrilho
Lopes Santarém Semedo

Mestrado em Psicologia

Área de Especialização | Psicologia Clínica
Dissertação

Évora, 2019

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**

Mestrado em Psicologia

Especialização em Psicologia
Clínica

**Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta
Externa Hospitalar: Impacto do Ambiente Físico e
Social**

Inês Filipa Mira Catrapona

Orientação:

Professora Doutora Maria de Fátima Campos
Bernardo

Co-orientação:

Professora Doutora Carla Sofia Carrilho Lopes Santarém
Semedo

Esta dissertação inclui as críticas e sugestões feitas pelo júri

Évora, 2019



Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa Hospitalar: Impacto do Ambiente Físico e Social

Agradecimentos

Em primeiro lugar, ao Hospital do Espírito Santo de Évora, e em especial ao Dr. Hugo Quintino e à Coordenadora Administrativa Catarina Caetano, cuja preocupação com os seus utentes fez nascer o tema que edificou esta dissertação, o meu muito obrigada por me abrir(em) as portas e me permitir(em) ser uma ferramenta nesta busca pela melhor prestação de serviços possível.

À Professora Fátima Bernardo, pela orientação, comprometimento e concessão dos seus conhecimentos aos propósitos desta dissertação, e pela paciência eterna para os inúmeros e-mails e mensagens.

Aos meus pais, sem os quais o meu percurso universitário nunca teria sido possível. Obrigada pelo apoio incondicional, mesmo nos momentos de maior frustração. Mãe, professora, amiga, parceira de escrita e detentora dos melhores conselhos que recebi, e cuja confiança em mim nunca vacilou; Pai, porto seguro, com todo o teu orgulho e certeza inabalável nas minhas capacidades.

À minha madrinha, pelo investimento que sempre fez em mim, como se de uma filha de tratasse, e por ser o exemplo vivo de que o esforço compensa sempre.

À Professora Doutora Andreia Dionísio, o meu muito obrigada pela disponibilidade, amabilidade, partilha de conhecimentos e palavras de encorajamento, que tanto significaram para mim nos momentos em que me senti mais derrotada.

Ao Armando, pelo constante e inesgotável apoio, paciência e invejável serenidade nos momentos de maior desespero. Pelo conhecimento e competências, sem os quais os elementos gráficos desta dissertação não existiriam. Por secar, uma e outra vez, as minhas lágrimas e transmitir força para continuar. Sem a tua presença, dedicação e carinho, não teria conseguido alcançar nem metade dos meus objetivos...

À Catarina Relvas, à Catarina Póvoa e à Andreia Nepomuceno, pelo apoio e esforço partilhado, sem os quais a recolha de dados nunca teria terminado. E, claro, pela amizade insubstituível de tantos anos, que me concedeu um espaço livre de julgamento para expressar as minhas lamentações, dúvidas, anseios, frustrações e (muitas) lágrimas. Meninas, quem era eu sem vocês na minha vida?...

Por fim, aos utentes do HES, sem os quais esta investigação teria sido impossível.

Percepção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa Hospitalar: Impacto do Ambiente Físico e Social

Resumo

O ambiente físico constitui a primeira impressão que o indivíduo recebe do meio hospitalar, existindo evidências de ligações diretas entre *design* e o desconforto psicofisiológico dos pacientes (Arneill & Devlin, 2002), e as suas repercussões na percepção da qualidade do serviço. Contudo, estes aspetos continuam dissociados das práticas da prestação de cuidados. O objetivo deste estudo consistiu na avaliação da percepção de qualidade geral da sala de espera da consulta externa no HESE, tendo por base a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001), aplicada ao meio hospitalar, com enfoque nos ambientes físico e social.

Foram inquiridos 132 utentes, através das escalas de Percepção da Qualidade Hospitalar (PHEQI), Percepção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar (adaptado para a sala de espera) e Percepção da Qualidade Geral (PQG).

Os resultados indicaram duas dimensões da Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) como fortes preditoras da PQG.

Palavras-chave: Hospital; Ambiente Físico; Ambiente Social; Qualidade Percebida; Teoria do *Design* de Suporte.

Outpatients' Perceived Hospital Quality: The impact of physical and social environments

Abstract

In a healthcare settings, the physical environment is the first impression that the patient receives, and several studies have shown the existence of direct connections between the design and the psychological and physical distress (Arneill & Devlin, 2002), as well as the repercussions on the service's perceived quality. However, little attention has been given to these characteristics, for the clinical method tendentially focus on the care giving aspects.

The aim of this investigation is to evaluate outpatient's perceived hospital quality, according to Ulrich's Theory of Supportive Design (1991; 2001), by focusing on the social and physical environments. We surveyed 132 participants, using the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQI), the Supportive Hospital Environment Design Scale (SHEDS) and the Perceived General Quality Scale (PQG).

The results showed that two dimensions of Ulrich's Theory of Supportive Design (1991; 2001) have strong, predictive, relations, regarding the Perceived General Quality.

Keywords: Hospital; Physical Environment; Social Environment; Perceived Quality; Theory of Supportive Design.

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introdução | 9 |
| 2. Enquadramento Teórico | 10 |
| 2.1. Ambientes Físico e Social Hospitalares | 10 |
| 2.2. Teoria do <i>Design</i> de Suporte | 12 |
| 2.2.1. Suporte Social | 13 |
| 2.2.2. Distração Positiva | 15 |
| 2.2.3. Perceção de Controlo | 18 |
| 2.3. O serviço de Consulta Externa e o contexto da Sala de Espera | 21 |
| 2.4. Perceção de Qualidade do Serviço | 25 |
| 3. Formulação do Problema de Investigação | 27 |
| 3.1. Objetivos da investigação | 28 |
| 4. Método | 28 |
| 4.1. Participantes | 28 |
| 4.1.1. Caracterização do contexto | 29 |
| 4.2. Instrumentos | 31 |
| 4.3. Procedimento | 33 |
| 5. Resultados | 34 |
| 5.1. Procedimento de análise de dados | 34 |
| 5.2. Análise fatorial exploratória | 34 |
| 5.3. Análises de consistência interna dos instrumentos | 35 |
| 5.4. Análise descritiva das escalas | 36 |
| 5.5. Variáveis sociodemográficas e a Perceção do Espaço Hospitalar | 38 |
| 5.5.1. Local de residência | 38 |
| 5.5.2. Primeira experiência hospitalar no HESE VS utentes habituais ... | 39 |
| 5.5.3. Presença de Acompanhante(s) | 39 |
| 5.5.4. Género | 40 |
| 5.5.5. Meio de Transporte e Dificuldades de Mobilidade | 40 |
| 5.5.6. Grupos etários | 41 |
| 5.6. Relações entre as variáveis em estudo | 42 |
| 5.7. Preditores da Perceção da Qualidade Geral | 43 |
| 6. Discussão | 45 |
| 7. Limitações e Investigações futuras | 50 |
| 8. Conclusão | 52 |
| 9. Bibliografia | 54 |
| Anexos | 62 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Caracterização da amostra | 28 |
| Tabela 2. SHEDS – Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais e variância explicada | 35 |
| Tabela 3. Valores da consistência interna | 36 |
| Tabela 4. Estatísticas Descritivas das escalas | 36 |
| Tabela 5. PHEQI – Estatísticas Descritivas por item | 37 |
| Tabela 6. T-Student e médias da distribuição residencial da amostra: Évora VS Restantes | 38 |
| Tabela 7. T-Student e médias da amostra: 1ª visita ao HESE VS utentes habituais | 39 |
| Tabela 8. T-Student e médias para a distribuição da amostra por género | 40 |
| Tabela 9. T-Student e médias para a distribuição da amostra com e sem dificuldades de mobilidade | 40 |
| Tabela 10. Resultados da ANOVA e médias para os Grupos Etários | 41 |
| Tabela 11. Correlações de <i>Spearman</i> para as variáveis em estudo | 42 |
| Tabela 12. Resultado da Regressão: Fatores preditores da Perceção da Qualidade Geral | 43 |

Índice de Gráficos e Figuras

| | |
|--|----|
| Gráfico 1. Distribuição da amostra pela localidade | 29 |
| Figura 1. Axonometria da Sala de Espera do Serviço de Consulta Externa – perspetiva entrada – balcão | 30 |
| Figura 2. Axonometria da Sala de Espera do Serviço de Consulta Externa, perspetiva balcão – entrada | 31 |

Índice de Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Termo de Consentimento Informado | 63 |
| Anexo 2. Questionário Sócio Demográfico | 64 |
| Anexo 3. PHEQI – Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental | 65 |
| Anexo 4. Supportive Hospital Environment Design Scale (SHEDS) | 66 |
| Anexo 5. Avaliação da Percepção da Qualidade Geral | 67 |
| Anexo 6. Mapa Comportamental | 68 |
| Anexo 7. Axonometrias | 69 |

Lista Braquigráfica

PHEQI – Perceived Hospital Environmental Quality Indicators

SHEDS – Supportive Hospital Environment Design Scale

PQG – Perceção da Qualidade Geral

HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora

AFE – Análise Fatorial Exploratória

Cf. – Conferir

E.g. – “Por exemplo”

1. Introdução

Dentro de um contexto hospitalar, o paciente cria a expectativa de ser cuidado da melhor forma possível, por profissionais capacitados e conhecedores dos últimos avanços médicos e procedimentos de saúde. Mas essas expectativas podem ser abaladas quando entramos num ambiente austero, pouco adequado as necessidades emocionais de quem o frequenta.

A literatura mostra, claramente, os efeitos negativos das características físicas dos hospitais no *stress*, na depressão, na ansiedade e na saúde em geral. Contudo, os hospitais modernos, embrenhados no diagnóstico, na cura e no tratamento, assumem-se enquanto espaços barulhentos, desordenados, desvalorizando os efeitos prejudiciais do ambiente hospitalar na saúde física e psicológica dos pacientes (Schweitzer, Gilpin & Frampton, 2004; Andrade, Lima, Fornara & Bonaiuto, 2012).

Autores como Dilani (2006) têm vindo a sublinhar a existência de uma interação entre a saúde e o ambiente envolvente, focando-se na consideração de que o ambiente físico é vital para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social (Dilani, 2014; Zhao & Mourshed, 2017). Vários foram os investigadores que já desbravaram a temática em múltiplos estudos, nomeadamente na área do *design* de ambientes de saúde, colocando o enfoque no impacto que as características físicas dos mesmos podem exercer no *stress*, mas igualmente no bem-estar e recuperação dos pacientes (Stall, 2012; Ulrich, Zimring, Zhu, DuBose, Seo, Choi, Quan & Joseph, 2008).

Arneill e Devlin (2002) afirmam que o ambiente físico constitui a primeira impressão que o indivíduo recebe do meio hospitalar, sendo que várias ligações diretas têm vindo a ser estabelecidas entre *design* e o desconforto psicológico e fisiológico. Para uma grande parte dos utentes de um hospital, a ida a este local reveste-se de medo, ansiedade, *stress* e incerteza (Beaukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012), uma vez que são locais onde situações desagradáveis podem acontecer, pelo que a simples ida a um serviço de saúde pode constituir-se como uma experiência geradora de grande inquietude, quer física, quer psicológica.

Desta forma, será importante garantir que o ambiente hospitalar é um espaço acolhedor dos seus utentes, potenciador da sua recuperação e estabilidade emocional e indutores de calma e confiança, pois a saúde não é mais que a apoteose de um equilíbrio intrínseco de todas as partes que nos constituem, físicas, psíquicas e sociais.

Neste contexto, a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) centra-se na importância dos aspetos físicos dos espaços hospitalares, na promoção do bem-estar, e em particular, na promoção do suporte social, da perceção de controlo e das distrações positivas. Esta teoria tem sido, nos últimos anos, alvo de avaliação através de universos amostrais em contexto hospitalar, nomeadamente derivados do serviço de internamento (e.g., Andrade, Devlin, Pereira & Lima, 2017; Andrade & Devlin, 2016; 2015), contudo, a literatura referente ao efeito mediador dos ambientes físico e social hospitalares nas perceções dos utentes de consulta externa tem sido descurada. Assim sendo, consideramos relevante conduzir um estudo com os utentes deste serviço específico, uma vez que estes podem encontrar-se na sala de espera do serviço de consulta externa durante várias horas, sentindo, inevitavelmente, os efeitos da qualidade do ambiente que lhes é proporcionado.

Desde modo, a investigação a que nos propusemos tem como objetivo geral a avaliação da qualidade do espaço de espera. Tendo por base a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001), aplicada ao contexto hospitalar (e.g., Arneill & Devlin, 2002), adotando um enfoque tanto no ambiente social como no ambiente físico do mesmo.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Ambientes Físico e Social Hospitalares

O ambiente físico pode ser definido como o espaço arquitetónico ou aspetos do *design* interior que constituem estímulos e que caracterizam o contexto de saúde em questão (Dijkstra, Pieterse & Pruyn, 2006). O ambiente social refere-se, por sua vez, à humanização desse mesmo contexto, ou melhor, às potenciais relações e interações sociais que nele podem surgir. Estas são dimensões praticamente fusionais, uma vez que ambas compõem o ambiente construído (“*designed environment*”), funcionando enquanto sistema, dentro do qual elementos físicos interagem de forma complexa com a estrutura social e com as necessidades e objetivos do indivíduo (Zimring, 1981).

O *design* do ambiente físico pode afetar o ajuste entre o indivíduo e o contexto de forma direta e indireta. Por um lado, existem os aspetos físicos do *design* que, diretamente, podem constituir um suporte para o paciente durante a sua visita, ou frustrar a sua experiência hospitalar. Exemplos destes elementos são os níveis de iluminação, a qualidade acústica e a temperatura, que podem não se encontrar ajustadas às necessidades dos utentes. Por outro lado, o ambiente exerce uma influência indireta no paciente através

do próprio *layout* do espaço, considerando a dimensão deste, bem como organização dos elementos e a sua disposição. Tal estrutura pode ser potenciadora da interação social, mas, simultaneamente, inibidora da mesma, se o contacto que permite for indesejado (Zimring, 1981; Suess & Mody, 2017).

Vários estudos concluíram que as perceções dos pacientes relativas ao ambiente hospitalar têm sido associadas a sentimentos de ansiedade, fadiga, desconforto e, acima de tudo, *stress*, decorrentes da sobrelotação do espaço, do ruído e da confusão. Zimring (1981) define o *stress* ambiental como resultante das interações dinâmicas entre a pessoa e o ambiente, ocorrendo quando existe um desajuste entre as necessidades do indivíduo e os aspetos do meio. Trata-se, assim, de um processo no qual os *stressores* do meio colocam uma ameaça ao organismo, sendo que as respostas geradas fisiologicamente podem ser extremamente nocivas para o próprio sujeito, mais do que os próprios *stressores*. Estes podem preceder um acontecimento físico, ter uma duração maior e continuar a gerar a resposta de *stress* mesmo após o acontecimento ter decorrido (Baum, Singer & Baum, 1981).

Neste seguimento, é possível entender como o *stress* experienciado pelos utentes de um hospital se trata de um efeito negativo que pode, diretamente e de forma adversa, ter impacto em outros resultados de saúde (Ulrich *et al.*, 2008). Como tal, os pacientes têm relatado a necessidade de privacidade, de sentir o espaço como convidativo e acolhedor, por forma a enfrentar as dificuldades decorrentes dos seus estados de saúde (e.g., Douglas & Douglas, 2004; Van Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Não é fácil inserirmo-nos em ambientes pouco familiares, como são aqueles dos hospitais e outras clínicas, sendo que estes podem constituir-se como uma fonte significativa de *stress*, surtindo um impacto negativo no processo de cura e no bem-estar dos indivíduos (Devlin & Arneill, 2003). Portanto, se o espaço for cuidado e adequado às necessidades dos seus utilizadores, transmitirá, ao paciente, uma imagem positiva de que os médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde se preocupam com a apresentação e funcionalidade do espaço para servir o utente da melhor forma possível (Leather, Beale & Santos, 2003), mitigando assim os efeitos deletérios reportados, através da concretização de melhorias ao nível do *design* (LaVela, Etingen, Hill & Miskevics, 2015; Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016).

Desta forma, podemos afirmar que os ambientes físico e social hospitalares desempenham um papel significativo nos indicadores objetivos e subjetivos de *stress* dos

pacientes, o que sugere que um ambiente mais adequado pode garantir, não só, condições de bem-estar facilitadoras da recuperação dos pacientes (Ulrich *et al.*, 2008; Morais, Andrade, Bernardes & Pereira, 2015), como também uma melhoria nas avaliações que os mesmos fazem, relativas aos profissionais de saúde (Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016; Andrade *et al.*, 2017).

Ulrich (1991), que tem estudado, durante décadas, o impacto do ambiente físico na redução do *stress* e na promoção do bem estar, afirma, em relação aos ambientes hospitalares, que o *design* de um espaço hospitalar deveria objetivar a construção de instalações de saúde que promovessem o bem-estar ao criar um espaço envolvente terapêutico, que seja sentido como um apoio psicológico – “*healing environments*” – já que este aspeto contribui e facilita o *coping*, por parte dos pacientes, do *stress* inerente à doença. A importância desta premissa tem sido, por várias vezes, comprovada através da investigação, que aponta para as conexões fortemente estabelecidas entre o meio hospitalar e os resultados dos pacientes (e.g., Devlin & Arneill, 2003; Andrade, Lima, Devlin & Hernández, 2014; Laursen, Danielsen & Rosenberg, 2014).

É este conceito de “*healing environment*”, que podemos entender enquanto “ambiente de cura”, que define todo o potencial que os aspetos do *design* detêm para desempenharem funções terapêuticas, no sentido de reduzir a fadiga cognitiva bem como outras fontes de mal-estar psicológico. Estes elementos de *design* não são, por si mesmos, fatores diretos de atenuação de estímulos negativos, mas sim veículos indiretos de recursos que constituirão fontes de alívio do *stress*. Este alívio pode ser concretizado ao providenciar repouso, recuperação ou contemplação, ao criar elementos de *design* tais como janelas, componentes de movimento e ao conceder contacto direto com a natureza ou com representações desta (Evans & McCoy, 1998; Larsen, Larsen & Birklund, 2013).

2.2. Teoria do *Design* de Suporte

Nos anos 70, Roger S. Ulrich começou por desenvolver a sua investigação, focando-se nas características físicas dos ambientes, nomeadamente na exposição a elementos da natureza e o impacto desta no bem-estar geral dos indivíduos. Tais pesquisas viriam a despertar o seu interesse sobre qual a população que mais beneficiaria do contacto com a natureza. Foi no seguimento desta questão que Ulrich dirigiu o seu foco para os ambientes hospitalares e, nos anos 90, desenvolveu a Teoria do *Design* de Suporte.

Esta teoria concetualiza a forma como o ambiente (físico e social) hospitalar afeta o bem-estar (físico e emocional) do paciente, propondo que este meio em particular poderá contribuir para a redução do *stress* dos pacientes, ao ser concebido de forma a promover o acesso ao Suporte Social e a Distrações Positivas, bem como uma Perceção de Controlo sobre a envolvente física e social. Ulrich (1991) afirma que os efeitos decorrentes deste *design* de suporte, serão complementares aos fármacos e outros procedimentos médicos, no que concerne à recuperação.

São estas as três dimensões que edificam a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich, que pode ser utilizada para descrever e interpretar as necessidades (e.g., contacto com um espaço exterior, controlar a luz e/ou a temperatura, conforto, segurança ou, ainda, a possibilidade de interação social) dos utentes de um hospital, bem como para desenvolver estratégias que permitam alcançar esse mesmo *design* de suporte (Molzhan, 2013; Andrade & Devlin, 2015; 2016). Esta teoria encerra, assim, o potencial de tornar os cuidados de saúde mais seguros, detentores de maior qualidade e mais centrados nos pacientes (Zimring & Bosch, 2008).

Em seguida, serão aprofundadas as dimensões anteriormente referidas, bem como as premissas sob as quais estas foram consolidadas.

2.2.1. Suporte Social

A essência do suporte social assenta na existência de um conjunto de pessoas em que o sujeito pode confiar, pessoas essas que transmitem afeto e preocupação para com ele e que se disponibilizam para o auxiliar, alimentando assim o sentimento de pertença e de rede social. Com o desenvolver da investigação teórica, compreendeu-se que o suporte social contribui para uma adaptação positiva do sujeito a diferentes e difíceis situações, bem como para o desenvolvimento pessoal e, ainda, como um mecanismo de *coping* face aos efeitos nocivos do *stress* (Saranson, Levine, Basham & Sarason, 1983; Santos, Ribeiro & Lopes, 2003; Andrade *et al.*, 2017). Podemos entender este funcionamento ao considerar a forma como os laços sociais afetam o bem-estar físico e psicológico, uma vez que as relações são multifacetadas, e dentro das mesmas são desempenhados múltiplos papéis com diversas funções (e.g., Thoits, 2011).

Portanto, a necessidade de aceder ao suporte social advém do facto da presença de amigos ou familiares poder constituir-se como um fator psicossocial preponderante para o processo de cura, para a criação de um sentimento de pertença e segurança, bem

como ao nível da diminuição da ansiedade e *stress*, num ambiente potencialmente ameaçador como é o de um hospital (Schwartzler & Leppin, 1991; Ulrich, 1991; Park, 2007; Ulrich, Berry, Quan & Parish, 2010; Larsen, Larsen & Birklund, 2013; Devlin, Andrade & Carvalho, 2015; Malkin, s.d).

Desta forma, o espaço hospitalar deverá proporcionar as condições necessárias a que a rede social de apoio possa estar presente e desempenhar as suas funções de suporte emocional, aquando de situações clínicas potencialmente ansiogénicas e angustiantes.

Mediante as características físicas do espaço, por exemplo, em termos de dimensões, o suporte social pode constituir-se como um aspeto facilitador ou como um obstáculo à experiência hospitalar positiva (Ulrich, 1991; 2001). Isto é, ainda que seja benéfico para o paciente o contacto com os seus familiares ou amigos, quando o contacto social é indesejado, pode ser sentido como falta de privacidade, ao invés de uma forma positiva de apoio. Assim, o utente deverá igualmente ter acesso a alguma privacidade, a espaços mais reservados, que lhe permitam controlar a sua exposição social, uma vez que a concentração de demasiadas pessoas no mesmo espaço pode invalidar o propósito do acesso ao suporte social (e.g., McLaughlan).

Assim, para que os espaços hospitalares sejam facilitadores de um suporte social positivo, será indispensável a concretização de determinadas características físicas, por forma a permitir aos utentes um maior contacto com a sua rede social de apoio (Zimring, 1981; Ulrich, 1991; Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018). Tal pode ser alcançado ao providenciar espaço e lugares sentados suficientes, internet (e.g., Skype) e privacidade (visual e auditiva) suficiente para conversar ou realizar chamadas (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Devlin *et al.*, 2015). Este sentimento de suporte social pode, também, ser conseguido através de partições flexíveis, o que oferece aos utentes uma escolha: esperar num espaço aberto, conjuntamente com os restantes pacientes, ou num espaço mais protegido (Rompay & Dijkstra, 2010).

Igualmente, a simples organização da mobília dentro do espaço de espera pode ser um fator preponderante de suporte, em termos de orientação, privacidade e como mediadora do potencial para a interação social. Uma organização facilitadora da interação e comunicação (e.g., sociopetal) implica a existência de componentes amovíveis, por forma a providenciar distâncias interpessoais confortáveis, fácil contacto visual e conforto físico. Por outro lado, uma organização que crie obstáculos à interação social (e.g., sociofugal) ao forçar os utilizadores do espaço a partilhar distâncias interpessoais

pouco confortáveis – demasiado próximas ou demasiado distantes –, resulta num desencorajamento da interação (Evans & McCoy, 1998).

Uma outra forma de potenciar a interação social e, conseqüentemente, o suporte necessário aos pacientes, sem colocar em causa a sua privacidade, será através da música ambiente. Dentro de um contexto de saúde, em que o espaço pode apresentar condições adversas à comunicação, a música ambiente poderá promover as relações de suporte social, ao criar um ambiente de maior tranquilidade, dado o seu efeito positivo na redução do *stress* e da ansiedade (e.g., Tansik & Routhieaux, 1999; Dijkstra *et al.*, 2006; Dijkstra, 2009; Rompay & Dijkstra, 2010), e assim, potenciar a partilha dos utentes com os seus acompanhantes.

2.2.2. Distração Positiva

A Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich considera como distrações positivas, elementos ambientais que desencadeiam emoções ou sentimentos positivos, atraem a atenção e o interesse do indivíduo e que, eventualmente, podem criar efeitos positivos no sistema psicofisiológico do mesmo (Jiang, Powers, Allison & Vicent, 2016).

De acordo com Kaplan (1995), os processos atencionais exigem um esforço constante e significativo, por forma a manter o foco e a concentração nas tarefas ou em algo que desperta o interesse no momento. A diversidade e quantidade de situações a que diariamente somos expostos exigem enormes doses de atenção, o que frequentemente acaba por conduzir à fadiga psicológica, aumentando a probabilidade de cometer alguns erros, de dificuldades nas tomadas de decisão, bem como no controlo das emoções, que se tornam mais voláteis à medida que a fadiga aumenta (Abbott, Taff, Newman, Benfiel & Mowen, 2016).

Neste seguimento, a distração é aqui entendida como um mecanismo de *coping*, ou seja, opera como uma estratégia que permite ao sujeito lidar com a situação geradora de *stress*, ansiedade ou mal-estar, ao existir um estímulo, ou experiência, exterior que capte a atenção involuntária, gerando uma oportunidade de reflexão para o indivíduo, ao mesmo tempo que o transporta, mentalmente, para outro lugar, onde pode restaurar a sua atenção voluntária (Kaplan & Kaplan, 1989; Laumann, Gärling & Stormark, 2001; Felsten, 2009).

Estímulos ativos podem desempenhar o papel de distrações positivas, tal como a música ambiente. Este elemento pode influenciar a quantidade de tempo que o utente está

disposto a esperar (e.g., North & Hargreaves, 1999), o que num contexto de sala de espera pode ser benéfico. Estudos realizados sobre este aspeto em particular mostraram que a música clássica, dentro do contexto acima mencionado, pode reduzir os sentimentos de ansiedade e *stress*, podendo inclusive aumentar a perceção de atratividade e de qualidade do espaço (e.g., Dijkstra, 2009).

Considerando que os seres humanos são seres multissensoriais, e as neurociências têm revelado evidências de que vários tipos de experiências sensoriais podem ser, de facto, terapêuticos e benéficos para o sistema imunitário, as distrações positivas postuladas pela Teoria do *Design* de Suporte funcionam como estímulos que podem combater desconforto e ansiedade dos pacientes. Estas distrações podem incluir “(...) material de leitura, fotografias, posters ou arte representativa da natureza” (Devlin *et al.*, 2015; Pati & Nanda, 2011), ou ainda o acesso a espaços exteriores ou vistas agradáveis e relaxantes.

Ulrich (1991) reforça a observação de elementos da natureza como uma das maiores contribuições para a diminuição das reações fisiológicas ansiogénicas, uma vez que a contemplação permite redirecionar os recursos psicológicos e as funções cognitivas superiores para estímulos reconfortantes (Malkin, s.d.; Devlin *et al.*, 2015),

Múltiplos são os estudos que têm demonstrado que pacientes em recuperação cujos quartos têm vista para espaços exteriores com elementos da natureza, registam uma maior redução do *stress* percebido, nomeadamente em situações pré e pós-operatórias. Tal produz uma diminuição na utilização de analgésicos, por comparação com pacientes que não usufruem de uma vista exterior (e.g., Ulrich, 1984; 2002).

A premissa da exposição à natureza tem sido manifestamente suportada por vários autores, concretizando-se em mudanças positivas a nível psicofisiológico e emocional (e.g., Dijkstra, Pieterse & Pruyn, 2008; Baldwin, 2012; Beukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012), nas quais se verifica o aumento de sentimentos positivos, enquanto que ansiedade, raiva e outras emoções negativas diminuem.

Jardins bem planeados providenciam, não só, panoramas revigorantes da natureza, mas permitem a já mencionada redução de *stress* e ansiedade através de outros meios, como o acesso ao suporte social e ao controlo (no que concerne ao ambiente clínico angustiante) (Ulrich *et al.*, 2008).

O tema dos espaços jardinados têm-se tornado um tópico emergente no contexto da saúde mental, bem como dentro dos cuidados de saúde em geral. Autores como Hartig

e Marcus (2006) salientam que, à semelhança do que acontece com a arquitetura do espaço interior, os jardins não são, por si, curativos, e que esta conceção errónea deve ser evitada ao máximo. Contudo, destacam que esta noção está fortemente associada com um conceito de saúde vasto, dentro do qual existe um claro reconhecimento de que o ser humano, dentro de um continuum físico, mental e social, pode mover-se entre graus maiores e menores de saúde (Connellan, Gaardboe, Riggs, Due, Reinschmidt & Mustillo, 2013).

Apesar de as distrações positivas beneficiarem os utentes dentro do meio hospitalar, é necessário mantê-las dentro de parâmetros intermédios de estimulação, pois demasiada estimulação pode tornar o ambiente demasiado agitado causando assim uma sobrecarga dos processos cognitivos, dificultando o foco da atenção e concentração, aumentando o *stress* (Wohlwill, 1974).

Em contrapartida, a falta ou insuficiência de elementos estimulantes pode conduzir ao aborrecimento ou, em casos extremos, à privação sensorial. Esta última pode ainda reduzir os recursos do sujeito para lidar com os desafios colocados pelo contexto.

Estes níveis de estimulação são decorrentes das propriedades físicas do interior do espaço, como a intensidade e/ou complexidade das mesmas. Ruído e luminosidade intensos, cheiros incomuns ou pungentes, cores quentes, todos eles aumentam a estimulação. Paralelamente, também a lotação do espaço e a diminuição das distâncias interpessoais são indutoras de estimulação e *stress* (Evans & McCoy, 1998).

Num estudo realizado por Pati e Nanda (2011), foram introduzidos, de forma aleatória, seis aspetos distratores em duas salas de espera, através de ecrãs, com dois objetivos principais: avaliar o comportamento dos pacientes a aguardar tratamento, bem como a experiência de espera dos seus acompanhantes.

Os resultados desta investigação mostraram que as introduções de distrações positivas estavam associadas a um aumento da tranquilidade, bem como menores níveis de movimento, o que, segundo as autoras, sugere um efeito moderador destes aspetos distratores sobre o comportamento geral dos pacientes. Igualmente, tais resultados traduzem, ainda, que a presença de distrações positivas pode mediar os níveis de *stress* e ansiedade associados à espera dentro do contexto hospitalar.

Um dado específico que Pati e Nanda (2011) destacam relaciona-se com a forma como as distrações positivas, neste estudo em particular, foram transmitidas, nomeadamente através de ecrãs. Estes atraíram uma maior atenção por parte dos utentes

do que os aspetos físicos dos espaços de espera de cada ambiente (e.g., portas, tetos, janelas, etc.), elementos estes que são o foco regular para a concretização de alterações estéticas. Tal resultado sugere que a existência de distrações positivas eficazes encerra um potencial para o aumento da atratividade do espaço de espera dos hospitais, que não passa necessariamente por alterações físicas ao *design*.

O facto de as distrações positivas gerarem uma alteração no foco da atenção dos utentes, permite também um aumento da privacidade, e conseqüentemente uma maior perceção de controlo, pois a sensação de estar a ser observado diminui face à existência de outros aspetos promotores de interesse.

2.2.3. Perceção de Controlo

A perceção de controlo constitui uma das motivações mais básicas do ser humano, alicerçada na crença de que o sujeito detém poder suficiente para influenciar não só os seus comportamentos e estados internos, mas também para agir sobre o ambiente que o envolve para obter resultados desejados (Wallston, Wallston, Smith, & Dobbins, 1987; Lee & Brand, 2005).

No que diz respeito à Teoria do *Design* de Suporte, providenciar um sentimento de controlo relaciona-se com o criar de uma oportunidade para que o paciente possa exercer influência em um ou mais aspetos da sua vida, dentro de um espaço que não é seu, mesmo quando o controlo da sua saúde não está nas suas mãos.

A situação de doença coloca, ao paciente, inúmeros problemas que são causadores de *stress* e, muitos deles, incontroláveis (e.g., Andrade & Devlin, 2015). As próprias acomodações hospitalares podem incrementar a sensação de falta de controlo, uma vez que estas frequentemente são barulhentas, confusas, sem possibilidades de garantir a privacidade do paciente nem o controlo da luminosidade ou temperatura dos espaços (Zimring, 1981; Winkel & Holahan, 1985; Ulrich, 1991).

Um outro aspeto do ambiente hospitalar que afeta, significativamente, a perceção de controlo dos utentes, diz respeito à orientação dentro do espaço. Perante uma situação *stressante*, sentir-se vulnerável face ao caos que tantas vezes caracteriza o momento de espera dos pacientes pode potenciar sentimentos de ansiedade e frustração. Se o *layout* do espaço permitir uma visão integral dos percursos (e.g., onde se dirigir e como proceder) e um acesso imediato a informação correta (e.g., sinalização perceptível e fácil de localizar), o utente sentir-se-á mais confiante e em controlo da sua experiência

hospitalar, e conseqüentemente, mais satisfeito com o serviço (Rompay & Tanja-Dijkstra, 2010).

Andrade e Devlin (2016) procuraram explorar os efeitos moderadores das diferenças individuais, no que concerne à desejabilidade de exercer controlo. Assim, num estudo experimental onde os participantes foram distribuídos, aleatoriamente, por duas condições distintas, as autoras mediram a desejabilidade de controlo e apresentaram um cenário de hipotética hospitalização. Neste último, a dimensão da Percepção de Controlo foi manipulada através da presença, ou ausência, de um dispositivo remoto que permitia aos participantes o ajuste dos elementos físicos do espaço. Os resultados mostraram que deter controlo sobre o contexto predizia positivamente a redução do *stress* entre sujeitos com uma alta desabilidade de controlo, enquanto que entre sujeitos que registaram uma baixa desejabilidade de controlo, esta relação moderadora não foi significativa.

Na sequência do desenvolvimento da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich, vários estudos procuraram comprovar o impacto do ambiente físico, e em particular destas três dimensões, na diminuição do *stress*. Num estudo experimental conduzido por Andrade e Devlin (2015), foi solicitado aos participantes que considerassem uma hipotética situação de internamento. Mediante esta situação, a amostra foi distribuída por diversos *settings*, em que cada um proporcionava diferentes números de estímulos associados à percepção de controlo, suporte social e/ou distração positiva.

Os resultados desta investigação corroboraram as premissas da Teoria do *Design* de Suporte, indicando que quanto maior o número de elementos presentes no *setting*, menor o nível de *stress* esperado, especialmente no que diz respeito às dimensões do suporte social e da distração positiva. Contudo, a percepção de controlo não se verificou preditora da relação entre o ambiente e a redução dos níveis de *stress*.

De acordo com as autoras, tal resultado pode estar relacionado com os elementos utilizados para manipular o constructo em questão (e.g., regulação da temperatura e da luz), sendo que os participantes poderão tê-los considerado como características comuns do *setting*.

À semelhança destes resultados, também Andrade e colegas (2017) concluíram que os pacientes cujos quartos providenciavam um maior número de elementos associados ao suporte social (e.g., *wi-fi*, telefone) e às distrações positivas (e.g., televisão, quadros, janela de grandes dimensões), reportavam uma maior redução nos níveis de *stress*. Mais uma vez, também nesta investigação a percepção de controlo não se verificou

mediadora do *stress*, levando as autoras a concluir que, possivelmente, deter controlo sobre o seu ambiente poderá não ser, necessariamente, um fator facilitador de adaptação ao contexto. Ademais, os efeitos da perceção de controlo poderão estar dependentes de características intrínsecas do indivíduo, como seja em termos do desejo de controlo (e.g., Breemhaar & Van den Borne, 1991; Andrade & Devlin, 2016; Tanja-Dijkstra & Andrade, 2018).

Um outro estudo, ainda, conduzido por Trochelman, Albert, Spence, Murray & Slifcak (2012), numa clínica em Ohio, onde se procedeu à recolocação de pacientes para novas instalações, teve como objetivo determinar quais os aspetos do ambiente eram percecionados como melhorados, inalterados ou agravados, por forma a antecipar qual o cuidado a ter face às necessidades de futuros pacientes e suas famílias, e por forma a aumentar a satisfação para com o ambiente físico.

Estas novas instalações foram planeadas e construídas tendo por base as premissas da Teoria do *Design* de Suporte. De entre os vários elementos construídos, os autores do estudo destacam as grandes janelas nos quartos dos pacientes, a existência de sofás-cama para os visitantes, casa de banho privativa espaçosa e uma parede de cabeceira com um espaço recuado para alojar o equipamento necessário e, ainda, arrumação extra para os pacientes.

De entre os testemunhos recolhidos pelos autores, destacam-se a grande satisfação para com o *design* geral dos novos quartos, bem como a aprovação praticamente unânime dos janelões (Distração Positiva). Às questões "*O que notou que está diferente em comparação com o espaço anterior*" e "*Estas diferenças afetam-no e se sim, como?*", quase um terço dos pacientes apontaram o facto de terem um quarto privado bem como o facto de poderem ajustar o termostato (Perceção de Controlo). A adição do sofá-cama foi apreciada tanto pelos pacientes como pelos seus familiares, que se mostraram satisfeitos com a possibilidade de um espaço onde descansar ou dormir, dentro do quarto do paciente (Suporte Social).

Grande parte dos pacientes, bem como os seus familiares, reportaram sentir-se mais felizes, menos ansiosos, mais relaxados, menos *stressados*, mais confortáveis e mais independentes dentro das novas instalações. De uma forma geral, a atmosfera das novas instalações foi descrita como sendo menos hospitalar e mais hospitaleira.

Este estudo, para além de demonstrar os efeitos reais da aplicação da Teoria de *Design* de Suporte de Ulrich, mostra também o porquê de esta ser uma das populações

que mais beneficia da mesma. Dentro de um espaço por muitos considerado pouco convidativo, esta teoria cumpre o propósito para o qual foi criada inicialmente ao fornecer pistas concretizáveis de como tornar um ambiente hospitalar mais acolhedor e reconfortante. Ainda que direcionado para os quartos, os resultados de estudo podem ser extrapolados para outros espaços, como a sala de espera (e.g., Arneill & Devlin, 2002).

Considerando as associações existentes na literatura, entre o grau de atratividade do espaço de espera e a percepção de qualidade do serviço hospitalar, torna-se evidente a aplicabilidade real desta dimensão da Teoria do *Design* de Suporte, por forma a modular a experiência de saúde dos indivíduos.

2.3. O serviço de Consulta Externa e o contexto da Sala de Espera

Talvez possamos encarar o serviço de consulta externa como o departamento cujo funcionamento mais reflete na imagem do hospital, uma vez que é neste que, maioritariamente, ocorre o primeiro contacto do utente com os profissionais que o acolhem. Múltiplas são as razões que levam os pacientes à consulta externa, e como tal, é o serviço que, a par das urgências, mais sofre com potenciais momentos de sobrelotação, grandes tempos de espera e conseqüentemente, diminuída satisfação com o serviço e formação de más primeiras impressões (Sharma & Chowhan, 2013; Nimlyat & Kandar, 2015).

Assim sendo, a apresentação dos espaços de espera do serviço de consulta externa deve ser cuidada, por forma a diminuir potenciais *stressores* ambientais e a garantir um maior conforto aos pacientes e seus acompanhantes, bem como uma maior percepção da qualidade do serviço que lhes é prestado (e.g., Tsai, Wang, Liao, Lu, Sun, Lin & Breen, 2007; Zhao & Mourshed, 2017).

A espera é um aspeto transversal a todos aqueles que atravessam uma experiência hospitalar, desde a identificação e diagnóstico do problema de saúde, até ao tratamento e prognóstico da doença. Considerando que até ao momento não existe um modelo operacional em que o tempo de espera seja inexistente, o que pode ser executado neste contexto é a modulação da experiência de cuidados de saúde (Pati & Nanda, 2011; Jian, Powers, Allison & Vicent, 2016). Neste sentido, o ambiente das salas de espera pode contribuir para que os pacientes se sintam mais seguros, confortáveis e relaxados, o que também influenciará a sua percepção da qualidade do serviço prestado (Grönroos, 1984; Lovelock & Wirtz, 2011; Beaukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012).

Cerca de 50% dos pacientes associam o ambiente físico das salas de espera com sensações de aborrecimento, ansiedade ou ambas, inclusive os pacientes que se encontram a aguardar procedimentos ou consultas de rotina (Biddiss, McPherson, Shea & McKeever, 2013). O tempo despendido nestas áreas reservadas à espera permite que os pacientes vagueiem por entre momentos de reflexão e ruminação sobre os cenários possíveis para a sua condição de saúde, sejam estes reais ou imaginados, positivos ou negativos (Beaukeboom, Langeveld & Tanja-Dijkstra, 2012).

A redução do tempo de espera antes de um tratamento ou de outros procedimentos de saúde tem vindo a ganhar atenção, especialmente devido ao reconhecimento de que esta não é, de facto, a melhor parte da experiência hospitalar e de que desempenha um papel significativo na satisfação geral para com os cuidados de saúde (Pati & Nanda, 2011; Fenko & Loock, 2014; Jian, Powers, Allison & Vicent, 2016).

Existe uma diferenciação importante entre o tempo de espera real e o tempo de espera percebido, isto é, a perceção subjetiva que o utente tem do tempo de espera. E importa esclarecer aqui esta distinção, uma vez que a literatura tem mostrado que é a perceção da espera que maior impacto tem nas respostas dos pacientes. Os sujeitos que percecionam os períodos de espera como aceitáveis, tendem a realizar uma avaliação mais positiva do ambiente hospitalar e da sua experiência geral de cuidado, relatando também menos ansiedade (Fenko & Loock, 2014).

Espaços de espera bem projetados podem providenciar oportunidades de preparação emocional e psicológica que contribuirá para a diminuição dos níveis de ansiedade do individuo, e que funcionará, simultaneamente, como um suporte durante toda a experiência hospitalar (Tanner, 2002).

Dentro de um contexto de sala de espera, pode ocorrer uma transmutação em termos de identidade pessoal, na qual existe uma passagem de “individuo” para “paciente”, modificação esta que pode ser agravada pela suspensão de um envolvimento ativo e pela redução da perceção de controlo e da liberdade para se movimentar e, acima de tudo, do ambiente em que o sujeito se encontra (Bidiss *et al.*, 2013).

Becker e Douglass (2008), num estudo desenvolvido para examinar a relação entre a perceção da qualidade, o serviço, o tempo de espera e a atratividade do ambiente físico hospitalar, determinaram que quão mais atrativo for este último, maior será a perceção da qualidade dos cuidados médicos e a redução dos sentimentos ansiogénicos.

Neste seguimento, é possível compreender a importância de realizar melhorias na experiência de espera dos utentes, ao reduzir os efeitos negativos da mesma. Tal pode ser concretizado através de um *upgrade* de elementos específicos do espaço de espera, tais como a iluminação, a cor, o *layout* do espaço, que têm sido indicados como mediadores da percepção do tempo durante a espera (Fenko & Loock, 2014).

No que diz respeito às salas de espera, estudos anteriormente realizados examinaram determinados tipos de distrações positivas e os seus efeitos terapêuticos (Arneill & Devlin, 2002; Fenko & Loock, 2014). Estas incluem plantas interiores, reais ou artificiais, arte decorativa (fotografias da natureza e quadros/pinturas), elementos tecnológicos e *wi-fi*. Ulrich e colegas (2008) sugeriram, também, que grandes janelas com vista para a natureza ou elementos desta deveriam ser concebidas não só nos quartos dos pacientes, mas também nas salas de tratamento e de espera.

Ulrich (2002) postula uma ideia evolucionista segundo a qual o ser humano se encontra predisposto a sentir a natureza, e representações desta, como revigorante. Este conceito (“restoration”) baseia-se no pressuposto de que o mundo em que vivemos é extremamente complexo, exigindo um esforço suplementar dos nossos sistemas cognitivos e emocionais, esforço esse para o qual não estamos, necessariamente, preparados ou adaptados (Schweitzer, Gilpin & Frampton, 2004). Como tal, e enquanto sistemas biológicos, acredita-se que os nossos recursos possam ser esgotados por ação contínua do ambiente caótico a que somos expostos diariamente. Será neste seguimento que a exposição à natureza exerce o seu efeito revigorante, dentro de um espaço babélico, como pode frequentemente ser o de um hospital. Assim, providenciar aos pacientes dos hospitais, e aos seus familiares e amigos, acesso à natureza através de vistas agradáveis (por meio de janelas), espaços interiores ou exteriores jardinados, e/ou até arte decorativa com referências naturais (e.g., Wyles, White, Hattam, Pahl, King & Austen, 2017), pode ajudar a potenciar o sentimento de bem-estar subjetivo (Ulrich, 2002; Ulrich *et al.*, 2008; Wyles *et al.*, 2017), não só pelo acesso a distrações positivas, mas também pelo potenciar do sentimento de suporte social.

Paralelamente aos aspetos estéticos, a disposição da mobília desempenha simultaneamente um papel relevante e consolidador do ambiente. Deverá ser confortável para os utentes do hospital, e respeitar a organização dos serviços no espaço hospitalar correspondente. A literatura aponta também que, não são apenas os “doentes” o público alvo de um hospital, mas também as suas famílias e amigos. Para estes, ter um familiar

ou pessoa querida a passar por tratamentos ou intervenções médicas, pode constituir-se como uma experiência difícil e, em alguns casos, traumática, pelo que o espaço também deve ser dirigido a eles. Encontramos, assim, um elemento do *design* que poderá constituir uma forma de concretizar a dimensão do Suporte Social. A música ambiente pode, igualmente, ser um fator de redução de *stress* e ansiedade bastante positivo, uma vez que permite aumentar o sentimento de privacidade ao anular o ruído humano (e.g., Tansik & Routhieaux, 1991).

Portanto, a teoria de Ulrich vem, assim, criar um modelo de execução do espaço hospitalar, que poderá potenciar a forma como o serviço de saúde é prestado, bem como a perceção de qualidade do mesmo, influenciado pela apresentação e características do espaço, nomeadamente da sala de espera. Importa, aqui, esclarecer a ideia que edifica a teoria de Ulrich e que visa a transformação do *design* dos espaços hospitalares, por forma a torná-los num suporte psicológico a quem neles despende o seu tempo e confia a sua saúde. Não é a arquitetura do espaço que diretamente beneficia ou potencia a recuperação dos pacientes, mas sim os elementos físicos e sociais do contexto hospitalar que podem contribuir para melhorias psicologicamente mensuráveis que aumentam a satisfação do paciente e a segurança em cada uma das suas visitas ao hospital, ao mesmo tempo que reduzem a sua ansiedade e inquietação (Theodore, 2016).

Uma vez que a qualidade de serviço tem vindo a adquirir, cada vez mais, uma maior importância, é impreterível que os serviços sejam capazes de aperfeiçoar, modificar e modernizar as missões a que se propuseram no seu início, por forma a obter não só vantagens competitivas sustentáveis, mas também a satisfação e lealdade dos utentes (Yarimoglu, 2014). São os pacientes os veículos de transmissão da imagem do hospital que frequentam e, por conseguinte, a sua satisfação é um dos aspetos mais relevantes a ter em consideração aquando da gestão de um espaço nosocómio. Vários são os estudos que têm demonstrado que os serviços de consulta externa dos hospitais acarretam vários problemas, como a sobrelotação, os atrasos nos atendimentos, o comportamento dos profissionais de saúde, entre outros. Igualmente, o tempo de espera a que os pacientes são sujeitos une-se com os demais condicionamentos acima mencionados (Grönroos, 1984; Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985; Lovelock & Wirtz, 2011; Sharma & Chowhan, 2013).

2.4. Percepção de Qualidade do Serviço

O conceito de qualidade nos cuidados de saúde assume uma relevância cada vez maior dentro do sistema de saúde, mas, infelizmente, é bastante ambíguo. Estudos anteriormente realizados sugerem que a cristalização de um conceito de *qualidade* é difícil, maioritariamente, por duas razões.

Por um lado, estamos perante um conceito relativo, e como tal, apesar da possibilidade de existirem perspetivas pautadas por aspetos semelhantes, estas nunca são totalmente idênticas. Por outro lado, este conceito é utilizado nos mais variados contextos, isto é, trata-se de um constructo que tem vindo a ser aplicado quer em hospitais, como em empresas, fábricas, faculdades, entre muitos outros âmbitos. Em cada um destes, *qualidade* assume um significado diferente, pelo que é importante considerar este conceito em função da conjectura em que se insere (Elassy, 2014).

“A qualidade é uma questão atemporal em permanente mutação e construção, embora o seu significado e abrangência tenda a evoluir, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças na envolvente, dependendo a sua construção da vontade das pessoas e das organizações, em serem melhores e em exigirem um desenvolvimento natural e social mais justo e equilibrado, que permita a sustentabilidade” (Lopes, 2007).

Ainda assim, e por forma a cingir-nos à investigação em causa, podemos estabelecer uma importante distinção entre duas vertentes que constituem este construto: a qualidade real e a qualidade percebida. A essência desta diferenciação está no facto de a literatura suportar que é a qualidade percebida que mais significativamente afeta a satisfação do utente para com o serviço (Arneill & Devlin, 2002).

Qualquer setor de serviços que preze resultados qualitativos positivos deverá, sempre, valorizar a satisfação do cliente, pois é esta que ditará o regresso do mesmo (Lee, 2011; Andrade, Lima, Devlin & Hernández, 2014). Neste sentido, e tendo em consideração o setor dos cuidados de saúde, será imprescindível perceber as experiências dos seus utentes e famílias e examinar os aspetos que mais contribuem para a satisfação dos mesmos (e.g., Rice, Ingram & Mizan, 2008).

Os estudos realizados no âmbito da qualidade percebida sugerem que esta percepção de qualidade subjetiva é fortemente modelada pela empatia, amabilidade e cordialidade que os profissionais dirigem ao utente. Mas antes, existe uma díade relacional entre o paciente e o espaço que o acolhe, espaço este onde ocorrerá então a

transmissão desses sentimentos, que será afetada pelas características físicas do mesmo (e.g., Arneill & Devlin, 2002; Morais et al., 2015).

Fornara (2005) investigou, separadamente, quais os preditores de satisfação dos pacientes internos e externos, uma vez que são condições distintas que abarcam condições de saúde igualmente diferentes. Os resultados do estudo sugeriram que o conforto físico-espacial e as relações com os profissionais de saúde prediziam a satisfação dos pacientes internos, enquanto que a satisfação dos pacientes externos tinha, somente, como preditor o conforto físico-espacial.

Num estudo realizado por Lee (2011), os participantes reportaram desconforto relativamente ao *layout* do espaço de espera. Igualmente, relataram incómodo devido à sobrelotação do espaço com outros utentes doentes, sons desagradáveis e indesejados, tais como tosse, a televisão, conversas dispersas que não conseguiam deixar de ouvir. Para alguns dos participantes que sofriam de dores provocadas pela doença, os assentos não lhes permitam adotar uma posição mais confortável. Mencionaram, ainda, a monotonia do ambiente físico.

A satisfação para com o ambiente assume-se como um preditor significativo da satisfação geral, dentro dos contextos dos cuidados de saúde. A investigação existente indica que, para um ambiente ser satisfatório, este deve ser concebido segundo as necessidades dos utentes do mesmo, bem como das suas famílias e amigos (Ulrich *et al.*, 2008). Para que os profissionais de saúde e os *designers* envolvidos possam compreender essas necessidades, devem primeiro entender e conhecer quais os aspetos físicos do espaço que servem os pacientes de forma apropriada. Por exemplo, ainda que uma sala de espera do serviço de atendimento externo possa ser considerada esteticamente aprazível, o *design* da mesma não será adequado ao utente se dificultar a visão dos ecrãs ou a audição das chamadas (Lee, 2011).

Um espaço bem executado deve providenciar um ambiente confortável e esteticamente prazeroso (através do uso da cor, decoração, etc., como anteriormente mencionado), vistas agradáveis a partir das janelas existentes, iluminação adequada e guias ou panfletos informativos úteis (Ulrich *et al.*, 2008). Problemas relacionados com a orientação dentro dos espaços hospitalares são indutores de *stress* e causadores de desorganização, ao mesmo tempo que exercem um impacto significativo nos pacientes externos e visitantes, que estão frequentemente pouco familiarizados com a planta do espaço. Um sistema de localização é indispensável nestas situações, e não se limita,

somente, a melhores placas de sinalização ou linhas coloridas nos corredores. Ao invés, os hospitais devem providenciar um sistema que inclua elementos de coordenação, como por exemplo números e sinais facilmente perceptíveis e visíveis; direções verbais claras e consistentes; informação digital ou em papel, clara e concisa; e um *setting* físico de fácil leitura (Ulrich *et al.*, 2008).

A criação de uma experiência hospitalar satisfatória não é só positiva para o paciente; esta será igualmente benéfica para o serviço de saúde, uma vez que a avaliação que será feita pelo utente, em conjunto com a disseminação da mesma, pode trazer uma vantagem competitiva, especialmente se tivermos em consideração as constantes alterações nos seguros de saúde e nas abrangências da cobertura dos mesmos (Suess & Mody, 2017).

3. Formulação do problema de investigação

Com a evolução da investigação ao longo dos anos, tornou-se cada vez mais notório o interesse (e relevância), dentro da comunidade científica, relativo ao impacto dos elementos do ambiente físico hospitalar nos utentes dos mesmos (e.g., Andrade *et al.*, 2013; Stall, 2012; Ulrich *et al.*, 2008). De facto, vários são os estudos dentro desta temática que, recentemente, utilizam universos amostrais em contexto hospitalar, nomeadamente do serviço de internamento, contudo, a literatura sobre o efeito dos ambientes físico e social hospitalares nas perceções dos utentes de consulta externa é algo parca. Assim sendo, consideramos relevante abordar este grupo amostral específico, no contexto da sala de espera, uma vez que os pacientes do serviço externo podem despender grande parte do tempo à espera da sua consulta (Fenko & Loock, 2014), sentindo, inevitavelmente os efeitos da qualidade do ambiente que lhes é proporcionado.

Assim, o objetivo desta dissertação é testar a aplicabilidade da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) no contexto do espaço de espera, adotando um enfoque tanto no ambiente social como no ambiente físico do mesmo, por forma a avaliar a qualidade percebida dos serviços prestados na consulta externa. Ou seja, pretende-se estudar o papel da percepção de controlo, suporte social e distrações positivas, existentes no contexto do ambiente físico e social percecionado pelos pacientes da consulta externa, e o impacto destes na qualidade percebida. Paralelamente, objetiva-se também, com esta investigação, realizar um diagnóstico sobre qual a percepção dos utentes face ao espaço de espera do hospital utilizado neste estudo.

3.1. Objetivos da Investigação

1: Explorar, em que medida a Perceção da Qualidade Geral do serviço, as várias dimensões da Qualidade Percebida do Ambiente Hospitalar (PHEQI) e as dimensões da Escala de Perceção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar variam, em função das variáveis sociodemográficas (e.g. escalões etários, género e local de residência), e das variáveis relacionadas com a frequência do serviço, meio de transporte, e presença de acompanhante.

2: Explorar quais as dimensões dos questionários PHEQI e SHEDS são preditores da Perceção da Qualidade Geral.

4. Método

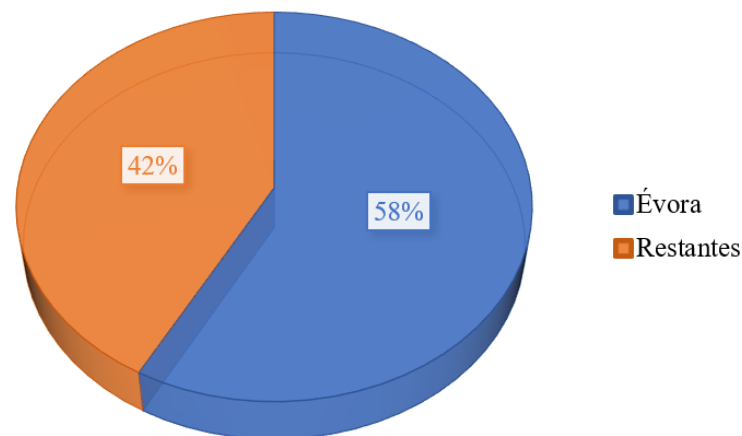
4.1. Participantes

Para a aplicação sistemática de questionários, considerou-se um total de 132 participantes (N = 132), 77 do sexo feminino e 55 do sexo masculino. Todos os participantes são utentes da consulta externa do Hospital do Espírito Santo de Évora, com uma média de idades de 48,27 e com um desvio-padrão de 17 (SD = 17,648). A amostra caracteriza-se, assim, como sendo não-probabilística de conveniência, considerando que todos os participantes deste estudo foram abordados de forma direta e imediata.

Tabela 1. *Caraterização da amostra*

| | N | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Grupos Etários | | |
| < 25 anos | 18 | 13,6 |
| 25 – 64 anos | 87 | 65,9 |
| + 65 anos | 27 | 20,5 |
| Total | 132 | 100,0 |
| Género | | |
| Feminino | 77 | 58,3 |
| Masculino | 55 | 41,7 |
| Total | 132 | 100,0 |
| 1ª visita ao HESE | 8 | 6,1 |

Gráfico 1. *Distribuição da amostra pela localidade*



A maioria dos protocolos de recolha de dados foram preenchidos por utentes que já antes haviam recorrido aos serviços do HESE (94%), sendo que o número de indivíduos questionados durante a sua primeira visita foi bastante reduzido, apenas 6% (Ver Tabela W.). Verificou-se também que a maioria da população (58%) reside em Évora, enquanto que os restantes (42%) se distribuem pelas restantes áreas residenciais do Alentejo.

4.1.1. Caracterização do contexto

A presente investigação decorreu no Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), mais especificamente na sala de espera do serviço de consulta externa.

O percurso do utente até ao espaço de espera concretiza-se, normalmente, através da porta principal do Edifício do Hospital do Patrocínio, passando pelo *hall* de entrada – onde se encontra o bar, o balcão da entidade de segurança, máquinas automáticas de senhas, elevadores e acessos ao serviço de pediatria bem como a pisos superiores – e seguidamente por um corredor cuja sinalética (assinalada no pavimento) remete para três áreas de serviços, azul, verde e amarela.

A sinalética existente no pavimento apenas guia desde a entrada até aos vários serviços. A restante sinalética encontra-se afixada nas paredes e teto, sendo a mais imediata de localizar (Anexo 6)

A sala de espera do serviço de consulta externa, com cerca de 182 m², é delimitada, do corredor que conecta os vários serviços, por cinco pilares, constituindo um espaço aberto que os utentes ocupam através dos lugares sentados a eles destinados, bem como junto às janelas e pilares do corredor comum às três diferentes áreas. Verifica-se,

nos momentos de maior afluência, o congestionamento da passagem que conduz aos restantes serviços (Figura 1 e Figura 2).

Nesta área de espera, existe um balcão de atendimento e informação, onde os pacientes são redirecionados para as especialidades de consulta, tornando assim este espaço numa sala de espera geral. Esta é ocupada, maioritariamente, de duas formas: pelo grupo de pessoas que aguardam pela sua vez para se dirigirem às salas de espera secundárias, e pelo grupo de pessoas que estão em fila ou sentadas a aguardar a sua vez para resolver algum assunto no balcão de atendimento, como realizar marcações, pagar taxas moderadoras e/ou pedir declarações de presença.

O mobiliário existente no espaço denota o efeito do tempo e do uso, em alguns elementos. Este é constituído por conjuntos de cadeiras que, sendo fixos, não permitem alterações na sua disposição. Considerando a composição aberta do espaço físico, com a existência de uma zona de passagem justaposta à sala de espera, bem como o facto de incluir o balcão de atendimento no mesmo espaço, o ruído torna-se intenso, em particular, nos momentos de maior afluência aos serviços.

Figura 1. Axonometria da Sala de Espera do Serviço de Consulta Externa – perspetiva entrada – balcão.

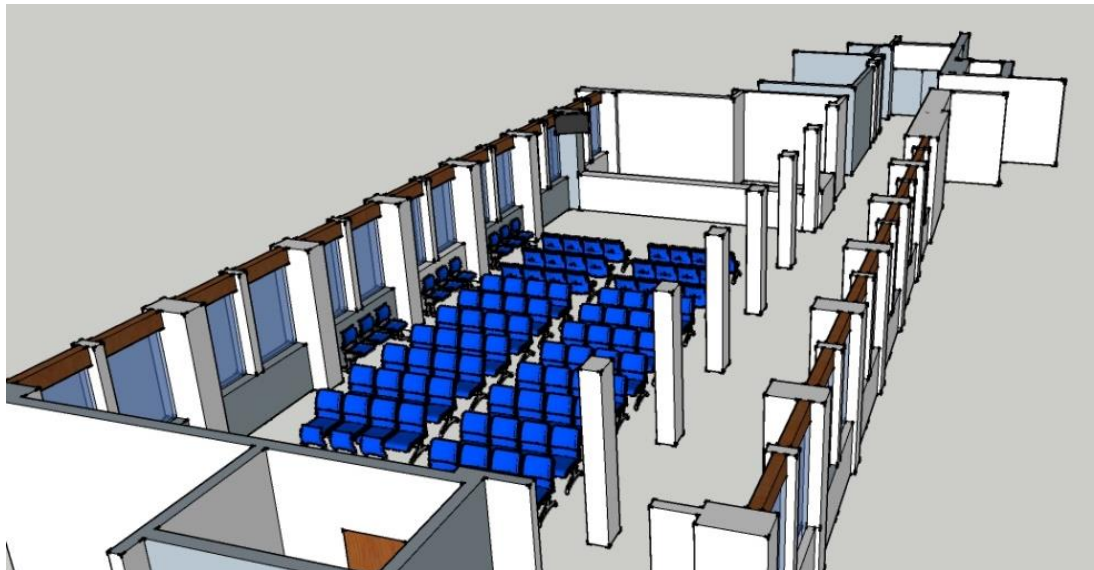
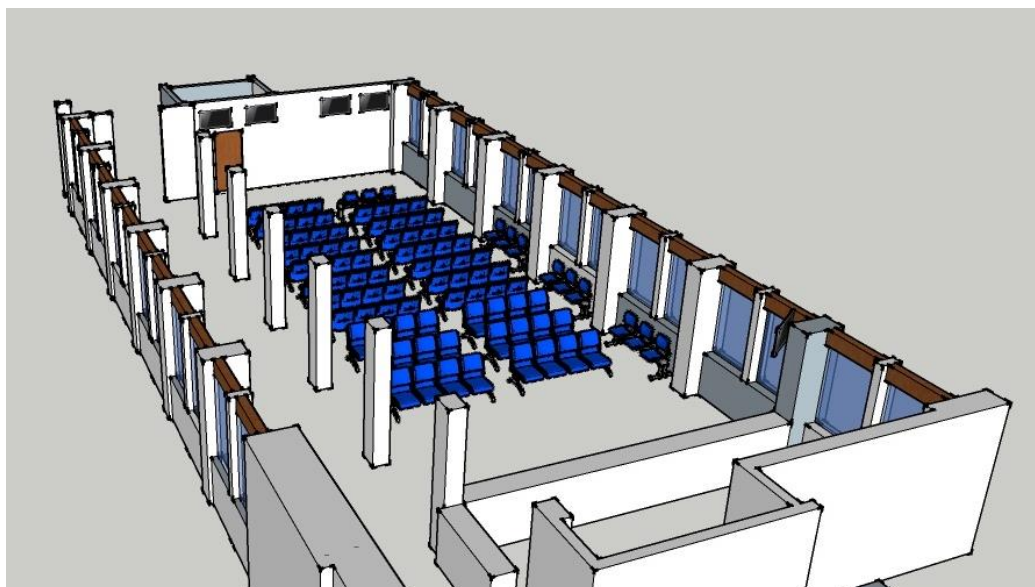


Figura 2. Axonometria da Sala de Espera do Serviço de Consulta Externa, perspectiva balcão – entrada.



4.2. Instrumentos

Numa pré-fase da investigação, foram desenhadas e realizadas 11 entrevistas semiestruturadas, seguindo informações previamente recolhidas junto dos administrativos do HESE, por forma a apurar os parâmetros a cobrir pelos instrumentos quantitativos.

As entrevistas constituíram-se como uma abordagem inicial não só à recolha de dados, mas também ao funcionamento do serviço de consulta externa e às perspetivas dos utentes do mesmo.

A informação recolhida através deste método de trabalho mostrou-se igualmente útil na adaptação do instrumento SHEDS ao contexto do espaço de espera.

Posteriormente, para a aplicação sistemática de questionários, foram utilizados três instrumentos complementares, que a seguir se descrevem.

(1) *Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQI)* de Andrade, Lima, Fornara e Bonaiuto (2012) que avalia a qualidade ambiental física do espaço hospitalar.

Neste estudo, foi utilizada a versão reduzida do PHEQI (28 itens) (Morais *et al.*, 2015) que avalia sete dimensões, nomeadamente Aspetos Físicos e Espaciais, através de 6 itens – 1, 2, 3, 4, 5 e 6; Temperatura e Qualidade do Ar, através de 4 itens – 7, 8, 9 e

10; Orientação, também através de 4 itens – 11, 12, 13 e 14; Vista e Iluminação, através de 3 itens – 15, 16 e 17; Tranquilidade, através de 3 itens – 18, 19 e 20; Relações Sociais e Organizacionais, através de 6 itens – 21, 22, 23, 24, 25 e 26 e Privacidade, através 2 itens – 27 e 28. Os itens contemplados nestas escalas são afirmações que expressam uma avaliação ambiental, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos, sendo 0 “discordo totalmente” e 4 “concordo totalmente”. Cada uma das sete escalas abrange itens positivos e negativos, por forma a controlar o enviesamento de respostas (Andrade, Lima, Fornara & Bonaiuto, 2012).

Para a análise estatística, os itens 3, 4, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27 e 28 foram invertidos, por se encontrarem na forma negativa.

(2) *Escala de Perceção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar* – sala de espera (SHEDS – Sala de Espera), construída para espaços de espera, com base no trabalho de Andrade e Devlin (2015, 2017), que mede a perceção da qualidade do ambiente através da análise das sensações experienciadas pelos utentes, como a perceção de controlo, através de 9 itens – 5, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18 e 22; a distração positiva, através de 7 itens – 1, 2, 3, 6, 12, 19 e 23; e o suporte social, também através de 7 itens – 4, 8, 11, 16, 17, 20 e 21, totalizando assim 23 questões, a responder numa escala tipo-Likert de 5 pontos, correspondendo “1” a discordo totalmente e “5” a concordo totalmente.

Para a análise de dados, foram invertidos os itens 7, 9, 10, 13, 15, 18 e 22, uma vez que estes se encontravam na forma negativa.

A adaptação deste questionário passou pela tradução e adaptação dos itens constituintes para o contexto de sala de espera. Face à impossibilidade de transferência total do conteúdo de alguns itens, outros foram criados para cobrir todas as dimensões avaliadas. Após esta tarefa, foi realizado um pré-teste da escala, numa tentativa de apurar a compreensão das afirmações. Foram, então, realizados ajustes nos itens onde se verificaram dificuldades e um novo pré-teste foi efetuado, antes de utilizar a escala na obtenção de dados para o estudo em questão.

(3) *Escala de Avaliação da Perceção de Qualidade Geral (PQG)*, de Raposo, Alves e Duarte (2008) que mede a satisfação geral, face à qualidade, dos utentes. Esta escala inclui uma medida de satisfação, de desconformação de expectativas, de desconformação de necessidades e de desconformação face a um ideal.

Constitui-se por quatro questões, cujas respostas são cotadas numa escala de Likert de 11 pontos, sendo: (0) “muito insatisfeito” a (10) “muito satisfeito”; (0) “nada”

a (10) “totalmente”; (0) “nada” a (10) “totalmente” e (0) “muito distante” a (10) “muito próximo”, respetivamente (Raposo, Alves & Duarte, 2009; Andrade, Lima, Pereira, Fornara & Bonaiuto, 2013).

O protocolo de recolha de dados incluía, ainda, uma secção reservada à recolha de dados sociodemográficos, como o género, a idade, localidade, se se encontrava acompanhado, qual o tempo de deslocação até ao HESE, qual o meio de transporte utilizado, se o participante tinha algum tipo de dificuldades de mobilidade, qual a especialidade da consulta, e se era a primeira vez que se encontrava nos serviços do HESE.

4.3. Procedimento

Em primeiro lugar, procedeu-se ao pedido de autorização para a realização da investigação à Comissão de Ética da Universidade de Évora, autorização essa que foi recebida em maio de 2018. Posteriormente foi enviado um pedido de autorização para a realização da investigação para a Comissão de Ética para a Saúde do HESE e Conselho de Administração do mesmo, autorização esta que foi concedida em maio de 2018.

Em maio de 2018 deu-se início à recolha dos dados por questionário, que terminou em junho de 2018. O recrutamento dos participantes (e conseqüente recolha de dados) foi realizado nos espaços de espera do HESE. Foi fornecido um consentimento informado a todos os participantes, no qual foram informados sobre o objetivo do estudo, de que a sua participação era voluntária, podendo desistir a qualquer momento e, ainda, de que todos os dados recolhidos eram confidenciais.

A aplicação dos questionários foi realizada nos vários espaços de espera disponíveis pelos quais os participantes estavam distribuídos, nos quais, dado o contexto, não foi possível controlar o ambiente nem os estímulos distratores. A supervisão do preenchimento teve como objetivo o esclarecimento de eventuais dúvidas e o auxílio dos utentes que, por algum motivo, não podiam preencher por si próprios o protocolo de recolha de dados.

Os instrumentos foram apresentados aos participantes individualmente, após uma primeira abordagem direta e identificação do aplicador.

5. Resultados

5.1. Procedimento de análise dos dados

Os dados foram inseridos no programa IBM SPSS 21.0. Iniciou-se o procedimento pela análise da consistência interna (*Alpha* de Cronbach) dos itens das escalas PHEQI, SHEDS e PQG. Seguidamente foi verificada a estrutura fatorial da Escala de Percepção do Design de Suporte do Ambiente Hospitalar – adaptação para espaços de espera. Por último, foi realizada uma regressão linear múltipla, com a finalidade de testar a hipótese sob estudo.

5.2. Análise fatorial exploratória

Inicialmente, procedemos à testagem da estrutura fatorial da Escala de Percepção do *Design* de Suporte do Ambiente Hospitalar – adaptação para espaços de espera, constituída por um total de 23 itens (Tabela 2). A Análise Fatorial Exploratória (AFE) trata-se de uma técnica de análise exploratória de dados, cujo propósito é o de descobrir e analisar a estrutura de um conjunto de variáveis interrelacionadas, de modo a construir uma escala de medida para fatores que, de alguma forma, controlam as variáveis originais (Marôco, 2014).

Através da AFE procedeu-se, então, à extração de fatores pela técnica dos componentes principais, com rotação *varimax*. A consistência interna de cada componente foi medida com o *Alpha* de Cronbach.

Após a análise fatorial, foram retirados 6 itens (itens 5, 7, 11, 12, 14, 18), pois apresentavam um peso fatorial baixo. A escala ficou, assim, com 17 itens, distribuídos por 3 fatores, que explicam um total de 62,634% da variância.

O primeiro fator, que denominamos de suporte social, é constituído por 6 itens e explica 26,193% da variância. Por sua vez, o segundo fator, denominado Percepção de Controlo, é constituído por 5 itens, e explica 20,695% da variância. Por último, o terceiro fator, correspondente à Distração Positiva, é constituído por 4 itens, que explicam 15,747% da variância (ver Tabela 2).

Tabela 2. *SHEDS – Análise fatorial exploratória: pesos fatoriais e variância explicada*

| Análise Fatorial | | | |
|---|----------------|-----------------------|--------------------|
| Itens | Fatores | | |
| | Suporte Social | Percepção de Controlo | Distração positiva |
| Enquanto estou à espera, posso desfrutar da companhia das pessoas que me acompanham. | ,885 | ,173 | ,100 |
| Esta sala de espera permite-me estar com as pessoas que me acompanham à consulta. | ,862 | ,215 | ,059 |
| No espaço de espera, posso estar a conversar com a família e amigos que me acompanham. | ,788 | ,083 | -,096 |
| Este espaço de espera proporciona um ambiente que permite aos acompanhantes estarem connosco. | ,786 | ,224 | ,055 |
| Neste espaço estou à vontade para conversar. | ,622 | ,458 | ,059 |
| As pessoas que me acompanham à consulta sentem-se confortáveis neste espaço de espera. | ,574 | ,234 | ,320 |
| Sinto que, neste espaço, tudo é confuso. | ,199 | ,774 | ,036 |
| A presença de muitas pessoas neste espaço deixa-me incomodado. | ,093 | ,768 | ,157 |
| Neste espaço não me sinto à vontade. | ,080 | ,756 | ,047 |
| Neste espaço de espera, sinto-me frequentemente perdido. | ,377 | ,710 | -,035 |
| Neste espaço sinto que não tenho privacidade. | ,316 | ,587 | -,111 |
| Nesta sala de espera, a minha atenção é atraída para coisas interessantes. | -,129 | ,090 | ,830 |
| Nesta sala de espera, existem objetos que atraem a minha atenção. | -,061 | ,021 | ,792 |
| Nesta sala de espera, o tempo passa rápido. | ,219 | ,157 | ,709 |
| Há muito para explorar e descobrir nesta sala de espera. | ,288 | -,258 | ,607 |
| % de Variância Explicada | 26,193 | 20,695 | 15,747 |

5.3. Análises de consistência interna dos instrumentos

Foi testada a consistência interna dos itens de cada instrumento utilizado na presente investigação, com o objetivo de perceber se as propriedades métricas das escalas se mantiveram.

Tabela 3. *Valores da consistência interna*

| Escala | Número de itens | Alpha de Cronbach |
|--|-----------------|-------------------|
| PHEQI – Aspetos Físicos e Espaciais | 6 | .667 |
| PHEQI – Temperatura e Qualidade do Ar | 4 | .562 |
| PHEQI – Orientação | 4 | .775 |
| PHEQI – Vista e Iluminação | 2 | .569 |
| PHEQI – Tranquilidade | 2 | .514 |
| PHEQI – Relações Sociais e Organizacionais | 6 | .811 |
| PHEQI – Privacidade | 2 | .453 |
| SHEDS – Suporte Social | 7 | .881 |
| SHEDS – Distração Positiva | 7 | .736 |
| SHEDS – Perceção de Controlo | 9 | .815 |
| PQG – Perceção da Qualidade Geral | 4 | .811 |

Na escala PHEQI, as dimensões da Privacidade, Temperatura e Qualidade do Ar, Tranquilidade e Vista e Iluminação obtiveram um valor de *alpha* de Cronbach considerado abaixo do que seria aceitável (.65). Para estas duas últimas, após uma segunda análise da consistência interna, optou-se por eliminar os itens 16 e 18, por forma a aumentar o valor do *alpha* das respetivas dimensões. Ainda assim, os valores continuaram abaixo do que seria aceitável.

5.4. Análise descritiva das escalas

As análises das estatísticas descritivas das escalas em estudo mostraram (Tabela 4) que, de uma forma geral, as respostas dadas pelos utentes a cada escala se encontram ligeiramente acima da média. Ainda assim, é a escala SHEDS_Suporte Social que regista um valor mais significativo face à média. Por outro lado, estes resultados mostram também que a escala PHEQI_Privacidade e SHEDS_Distração Positiva são as que mais se encontram abaixo da média, o que poderá indicar que os aspetos avaliados pelos itens de cada uma destas escalas são aqueles que reúnem maior insatisfação por parte dos participantes do estudo.

Tabela 4. *Estatísticas Descritivas das escalas*

| Escalas | Nº de itens | Valor mínimo e máximo (possível) | Média | Desvio-Padrão |
|-----------------------------------|-------------|----------------------------------|---------|---------------|
| PQG | 4 | 0-40 | 24.0303 | 7.19196 |
| PHEQI_Tranquilidade | 2 | 0-8 | 5.5606 | 1.21854 |
| PHEQI_Vista e Iluminação | 2 | 0-8 | 5.0303 | 1.74714 |
| PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | 6 | 0-24 | 14.9848 | 3.58748 |

| | | | | |
|--------------------------|---|------|---------|---------|
| PHEQI_Temperatura e Ar | 4 | 0-16 | 10.9394 | 2.39196 |
| PHEQI_Orientação | 4 | 0-16 | 10.8258 | 3.20423 |
| PHEQI_Relações Sociais | 6 | 0-24 | 15.0227 | 4.09331 |
| PHEQI_Privacidade | 2 | 0-8 | 3.4015 | 1.44550 |
| SHEDS_Distração Positiva | 4 | 4-20 | 8.4621 | 2.74461 |
| SHEDS_Suporte Social | 6 | 6-30 | 22.4167 | 4.44310 |
| SHEDS_Perceção Controlo | 5 | 5-25 | 16.8485 | 3.97028 |

Por forma a obter uma visão mais precisa sobre as escalas do PHEQI, uma vez que os itens nelas contemplados nos dão *insight* concreto sobre o ambiente físico, foram realizadas estatísticas descritivas, por item, deste instrumento (Tabela 5).

Tabela 5. *PHEQI – Estatísticas Descritivas por item.*

| Itens | Média | Desvio-Padrão |
|---|-------|---------------|
| 1. A mobília é de boa qualidade. | 2.689 | .8115 |
| 2. As paredes, os pavimentos e os tetos têm cores bonitas. | 2.417 | 1.0632 |
| 3. Os lugares sentados (ex.: cadeiras, sofás) são pouco cómodos. | 1.970 | 1.1521 |
| 4. As paredes, os pavimentos e os tetos estão em más condições. | 1.500 | .9846 |
| 5. A mobília está em boas condições. | 2.712 | .8428 |
| 6. A mobília está em más condições. | 1.364 | .9018 |
| 7. O nível de qualidade do ar é adequado (nem demasiado húmido, nem demasiado seco). | 2.795 | .8078 |
| 8. A temperatura é inadequada (está demasiado quente ou demasiado frio). | 1.576 | 1.0347 |
| 9. O sistema de climatização do ar é eficiente. | 2.773 | .8789 |
| 10. O ar é irrespirável. | 1.053 | .9022 |
| 11. A entrada deste/a serviço/sala de espera é claramente reconhecível. | 2.758 | 1.0709 |
| 12. A sinalética permite encontrar facilmente aquilo que se procura. | 2.735 | 1.0973 |
| 13. Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis. | 2.924 | .8878 |
| 14. Há poucos sinais para orientação. | 1.591 | 1.0769 |
| 15. O/A serviço/sala de espera é pouco iluminado/a pela luz do sol. | 1.402 | .9560 |
| 16. Das janelas tem-se uma vista pouco interessante. | 1.402 | 1.0450 |
| 17. Devia haver mais janelas. | 2.621 | 1.1270 |
| 18. Este serviço é barulhento. | 1.568 | .9761 |
| 19. Ouve-se frequentemente barulho proveniente do exterior. | 2.629 | .5817 |
| 20. Ouvem-se poucos ruídos do exterior. | 1.167 | .8745 |
| 21. Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde. | 2.856 | .8301 |
| 22. Em geral, o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano. | 1.591 | .9726 |
| 23. Em geral, o pessoal médico está pouco disponível do ponto de vista humano. | 1.515 | 1.0075 |
| 24. Este serviço é pouco organizado. | 1.750 | 1.0439 |
| 25. Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam as pessoas. | 1.432 | .8214 |

| | | |
|--|-------|--------|
| 26. Em geral, o pessoal auxiliar está pouco disponível do ponto de vista humano. | 1.545 | 1.0066 |
| 27. As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente. | 3.000 | .7617 |
| 28. Neste serviço tem-se a impressão de se estar a ser observado(a). | 1.598 | 1,0179 |

De uma forma geral, os resultados mostram que as respostas aos itens do PHEQI se encontram ligeiramente acima da média, o que significa que os utentes apresentam uma avaliação positiva, mas fraca, em relação aos aspetos analisados.

Podemos destacar os itens “*As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente*”, “*Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis*”, “*Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde*” e “*O nível de qualidade do ar é adequado (nem demasiado húmido, nem demasiado seco)*”, como aqueles que apresentam valores mais positivos, isto é, receberam, por parte dos participantes, uma maior concordância. De mencionar, ainda, os itens “*O ar é irrespirável.*”; “*A mobília está em más condições*”; “*Ouvem-se poucos ruídos do exterior*” que, estando na negativa, são aqueles que reúnem maior discordância, dentro do grupo amostral.

5.5. Variáveis sociodemográficas e a Perceção do Espaço Hospitalar

5.5.1. Local de Residência

De forma a verificar potenciais diferenças significativas entre os sujeitos da amostra residentes em Évora e os restantes, em relação às variáveis em estudo, foi realizado um teste *t*-student para amostras independentes. A tabela 6 apresenta apenas as variáveis que revelaram valores significativos ou marginalmente significativos.

Tabela 6. *T-Student e médias da distribuição residencial da amostra: Évora VS Restantes*

| | Évora Média | Restantes Média | <i>t</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------|----------------|--------------------|----------|----------|
| PQG | 22,28 | 26,41 | -3,393 | .001 |
| PHEQI_Orientação | 10,13 | 11,77 | -2,986 | .003 |
| PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | 14,47 | 15,68 | -1,927 | .056 |
| PHEQI_Relações Sociais | 14,49 | 15,75 | -1,766 | .080 |
| SHEDS_Suporte Social | 21,46 | 23,71 | -2,965 | .004 |
| SHEDS_Perceção Controlo | 16,13 | 17,82 | -2,463 | .015 |

Os resultados mostram diferenças significativas para as variáveis Percepção da Qualidade Geral (PQG), PHEQI_Orientação, SHEDS_Suporte Social e SHEDS_Percepção de Controlo, nas quais os participantes residentes em Évora manifestam valores significativamente mais baixos. Desta forma, os resultados apontam para uma percepção mais positiva dos aspetos avaliados, por parte que os utentes provenientes de outras áreas residenciais do Alentejo.

Podemos ainda mencionar que as dimensões PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais e PHEQI_Relações Sociais apresentam valores marginalmente significativos, reforçando novamente que são os residentes de outras localidades fora de Évora que fazem uma avaliação mais positiva destas dimensões (Tabela 6).

5.5.2. Primeira experiência hospitalar no HESE VS utentes habituais

O mesmo procedimento foi realizado para os utentes que estavam pela primeira vez no serviço de consulta externa do HESE, e para aqueles que recorrentemente o frequentavam. Os resultados mostram diferenças significativas para as variáveis PHEQI_Vista e Iluminação, PHEQI_Temperatura e Ar, PHEQI_Relações Sociais e SHEDS_Percepção Controlo, ainda que esta última seja apenas significativa a 10% (Tabela 7). Tais resultados indicam os utentes habituais do serviço como aqueles que avaliam o espaço de forma mais positiva.

Importa relembrar que existe uma disparidade numérica relativamente aos utentes que frequentam regularmente o HESE (N = 124) e aos que estavam no serviço pela primeira vez (N = 8). Desta forma, as estatísticas obtidas devem ser consideradas cautelosamente.

Tabela 7. *T-Student e médias da amostra: 1ª visita ao HES VS utentes habituais*

| | 1ª visita Média | Recorrente Média | <i>t</i> | <i>p</i> |
|--------------------------|--------------------|---------------------|----------|----------|
| PHEQI_Vista e Iluminação | 3,50 | 5,12 | -2,612 | .010 |
| PHEQI_Temperatura e Ar | 9,12 | 11,06 | -2,248 | .026 |
| PHEQI_Relações Sociais | 10,00 | 15,35 | -3,756 | .000 |
| SHEDS_Percepção Controlo | 14,37 | 17,01 | -1,834 | .069 |

5.5.3. Presença de Acompanhante(s)

À semelhança da análise anterior, procuramos também perceber se a presença de acompanhante(s) poderiam influenciar a percepção dos aspetos avaliados. Os resultados

mostrarem médias bastante semelhantes para todas as escalas avaliadas, sendo que apenas a escala SHEDS_Suporte Social revelou diferenças significativas ($t(112,42) = 3,09$; $p = .002$). Através deste resultado, verificou-se uma diferença significativa entre os utentes que chegam ao serviço acompanhados, e que, por conseguinte, reportam maior suporte social ($M = 23,57$), face aos que comparecem ao serviço sozinhos ($M = 21,26$).

5.5.4. Género

A mesma análise estatística foi realizada para o género dos participantes (Tabela 8), sendo que apenas duas dimensões revelaram diferenças significativas.

Tabela 8. *T-Student e médias para a distribuição da amostra por género*

| | Feminino Média | Masculino Média | $t(130)$ | p |
|-----------------------------------|-------------------|--------------------|----------|------|
| PHEQI_Vista e Iluminação | 5,26 | 4,71 | 1,800 | .074 |
| PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | 15,61 | 14,11 | 2,414 | .017 |

Os resultados desta apontam para diferenças relativamente às variáveis PHEQI_Vista e Iluminação e PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais, com os elementos do género feminino a classificar de forma mais positiva estas dimensões.

5.5.5. Meio de Transporte e Dificuldades de Mobilidade

Em relação ao meio de transporte através do qual os pacientes se deslocam para o HESE, não existiram resultados significativos a reportar.

Para a variável sociodemográfica das dificuldades de mobilidade, procedemos a um último teste t -student. Os resultados revelaram diferenças significativas ao nível das dimensões PHEQI_Temperatura e Ar e SHEDS_Suporte Social (Tabela 9).

Tabela 9. *T-Student e médias para a distribuição da amostra com e sem dificuldades de mobilidade.*

| | C/Dificuldades Média | S/Dificuldades Média | $t(126)$ | p |
|------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|------|
| PHEQI_Temperatura e Ar | 12,88 | 10,78 | 2,414 | .017 |
| SHEDS_Suporte Social | 25,50 | 22,17 | 2,052 | .042 |

Estes resultados revelaram que o grupo de utentes que reporta ter dificuldades de mobilidade perceciona, de forma mais positiva, estas duas dimensões. Contudo, importa

referir que, quanto a esta variável, quatro dos participantes não responderam a esta questão, e que existe uma diferença numérica significativa entre o grupo com dificuldades de mobilidade (N = 8) e o grupo sem dificuldades de mobilidade (N = 120).

5.5.6. Grupos Etários

Foi realizada uma ANOVA *one-way*, com teste *post-hoc* de Bonferroni, por forma a explorar em que medida as dimensões em estudo variavam em função dos escalões etários

Tabela 10. Resultados da ANOVA e médias para os Grupos Etários

| | < 25 anos | 25-64 anos | + 65 anos | <i>F</i> | <i>p</i> |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----------|----------|----------|
| Perceção da Qualidade Geral | 20,44 | 23,34 | 28,63 | 9,171 | .000 |
| PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | 13,72 | 14,68 | 16,81 | 5,268 | .006 |
| PHEQI_Temperatura e Ar | 11,00 | 10,47 | 12,41 | 7,419 | .001 |
| PHEQI_Orientação | 9,17 | 10,84 | 11,89 | 4,083 | .019 |
| PHEQI_Relações Sociais | 13,11 | 14,90 | 16,70 | 4,510 | .013 |
| PHEQI_Privacidade | 2,55 | 3,53 | 3,55 | 3,721 | .027 |
| SHEDS_Suporte Social | 20,39 | 22,10 | 24,78 | 6,389 | .002 |
| SHEDS_Perceção de Controlo | 14,50 | 17,08 | 17,67 | 4,051 | .020 |

Desta forma, a análise estatística em questão permitiu reportar resultados significativos entre os três grupos etários (<25; 25-64; 65+), nomeadamente quanto à Perceção da Qualidade Geral, às dimensões do PHEQI referentes aos Aspetos Físicos e Espaciais, Temperatura e Qualidade do Ar, Orientação, Relações Sociais, Privacidade e ainda quanto às dimensões do SHEDS, nomeadamente o Suporte Social e Perceção de Controlo.

O teste *post-hoc* de Bonferroni revelou diferenças significativas entre os grupos <25 e 65+ ($p = .000$), e entre os grupos 25-64 e 65+ ($p = .002$), para a Perceção da Qualidade Geral. Relativamente à dimensão da Temperatura e Qualidade do Ar, as diferenças significativas encontradas dizem respeito aos grupos 25-64 e 65+ ($p = .001$). Para os Aspetos Físicos e Espaciais, foram encontradas diferenças significativas entre os grupos <25 e 65+ ($p = .012$) e entre os grupos 25-64 e 65+ ($p = .018$). Quanto à Orientação, foi entre os grupos <25 e 65+ que se verificaram diferenças mais significativas ($p = .015$). Para a dimensão das Relações Sociais, foi também o grupo <25 e 65+ no qual foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p = .011$). No

que diz respeito à dimensão da Privacidade, foi entre os grupos <25 e 25-64 que se verificaram diferenças significativas ($p = .027$).

Ainda, quanto à dimensão do Suporte Social, encontraram-se diferenças significativas entre os grupos 65+ e <25 ($p = .003$), e entre os grupos 25-64 e 65+ ($p = .016$). Por fim, relativamente à dimensão da Perceção de Controlo, foi entre os grupos 65+ e <25 que se verificaram diferenças significativas ($p = .025$).

5.6. Relações entre as variáveis em estudo

Para verificar a existência de potenciais relações entre as variáveis em estudo, foi estimada a correlação de Spearman (Tabela 11).

Tabela 11. Correlações de *Spearman* para as variáveis em estudo

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|
| 1. PQG_Total | | | | | | | | | | |
| 2. PHEQI_Tranquilidade | ,245** | | | | | | | | | |
| 3. PHEQI_Vista e Iluminação | ,270** | ,187* | | | | | | | | |
| 4. PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | ,549** | ,183* | ,342** | | | | | | | |
| 5. PHEQI_Temperatura e Ar | ,368** | ,322** | ,393** | ,383** | | | | | | |
| 6. PHEQI_Orientação | ,396** | ,344** | ,355** | ,544** | ,328** | | | | | |
| 7. PHEQI_Relações Sociais | ,445** | ,369** | ,357** | ,513** | ,478** | ,475** | | | | |
| 8. PHEQI_Privacidade | ,495** | ,256** | ,333** | ,430** | ,352** | ,344** | ,490** | | | |
| 9. SHEDS_Distração Positiva | ,426** | 0,065 | -0,04 | ,329** | 0,089 | 0,113 | 0,151 | ,366** | | |
| 10. SHEDS_Suporte Social | ,476** | ,375** | ,232** | ,399** | ,410** | ,546** | ,378** | ,333** | 0,124 | |
| 11. SHEDS_Perceção Controlo | ,486** | ,267** | ,441** | ,454** | ,388** | ,555** | ,510** | ,591** | 0,135 | ,506** |

Os resultados obtidos mostram correlações positivas, e significativas, estabelecidas entre a Perceção da Qualidade Geral (PQG_Total) e todas as escalas consideradas, ainda que estas relações sejam baixas para as dimensões PHEQI_Tranquilidade, PHEQI_Vista e Iluminação, PHEQI_Temperatura e Ar e PHEQI_Orientação, e médias para as restantes.

Importa destacar, também, as correlações encontradas entre a dimensão SHEDS_Distração Positiva e as subescalas PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais e PHEQI_Privacidade.

Igualmente, verificaram-se relações positivas e significativas entre a dimensão SHEDS_Suporte Social e todas as escalas do PHEQI e, ainda, com a dimensão SHEDS_Perceção de Controlo.

Por último, a dimensão SHEDS_Perceção de Controlo estabelece, também ela, correlações positivas e significativas com todas as escalas do PHEQI, bem como com a dimensão SHEDS_Suporte Social.

5.7. Preditores da Perceção da Qualidade Geral

Para testar o impacto das variáveis consideradas na perceção da qualidade geral do serviço, foi estimado um modelo de regressão linear múltipla através do método dos mínimos quadrados. A regressão linear múltipla (ver tabela 12) permitiu identificar as variáveis SHEDS_Distração Positiva ($\beta = .656$); $t(121) = 3.379$; $p = .001$), SHEDS_Suporte Social ($\beta = .439$); $t(121) = 3.234$; $p < .001$) e PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais ($\beta = .338$); $t(121) = 1.861$; $p = .065$) como coeficientes significativos da Perceção da Qualidade Geral. A variável PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais é apenas marginalmente significativa, mas face às limitações decorrentes da dimensão da amostra, optou-se por considerar esta variável no modelo. Este modelo é altamente significativo e explica uma proporção importante da variabilidade da PQG ($F(10,121) = 13.82$; $p = .000$; $R^2_a = .50$).

Podemos afirmar, assim, que o objetivo 1 foi parcialmente confirmado.

Tabela 12. Resultado da Regressão: *Fatores preditores da Perceção da Qualidade Geral.*

| Variáveis | β | t | <i>Sig.</i> |
|-----------------------------------|---------|-------|-------------|
| PHEQI_Tranquilidade | ,014 | ,034 | .973 |
| PHEQI_Vista e Iluminação | -,087 | -,272 | .786 |
| PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais | ,338 | 1,861 | .065 |
| PHEQI_Temperatura e Ar | ,189 | ,779 | .437 |
| PHEQI_Orientação | ,072 | ,356 | .723 |
| PHEQI_Relações Sociais | ,268 | 1,734 | .085 |
| PHEQI_Privacidade | ,308 | ,682 | .496 |
| SHEDS_Distração Positiva | ,656 | 3,379 | .001 |
| SHEDS_Suporte Social | ,439 | 3,234 | .002 |
| SHEDS_Perceção Controlo | ,132 | ,735 | .464 |

Os resultados indicam que a variável SHEDS_Distração Positiva ($\beta = .656$); $t(121) = 3,379$; $p = .001$, se assume como aquela que exerce um maior impacto positivo e estatisticamente significativo na Perceção da Qualidade Geral. Deve referir-se ainda que, sempre que esta dimensão positiva aumenta uma unidade, a Perceção da Qualidade aumenta 0,656 unidades.

Relativamente à variável SHEDS_Suporte Social ($\beta = .439$); $t(121) = 3.234$; $< .001$), verifica-se que o aumento de uma unidade nesta mesma dimensão implicará um aumento de 0,439 unidades na Perceção da Qualidade Geral. Por fim, a variável PHEQI_Aspetos Físicos e Espaciais ($\beta = .338$); $t(121) = 1.861$; $= .065$), também estatisticamente significativa, exerce um impacto positivo na Perceção da Qualidade Geral, mais concretamente de 0,338 por variação unitária.

6. Discussão

A investigação sobre os efeitos das características do ambiente físico e social tem vindo a aumentar nos últimos anos, pelo que existe um considerável número de estudos recentes que focam a influência da qualidade do *design*, ou de elementos específicos, nos contextos de saúde (e.g., Arneill & Devlin, 2002; Dijkstra, Pieterse & Pruyn, 2006; Fornara *et al.*, 2006; Andrade *et al.*, 2013;2014; Suess & Mody, 2018).

A Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich (1991; 2001) ganha centralidade dentro da temática, uma vez que, à semelhança do modelo Plantree (anos 70), é talvez a única que procura elucidar o impacto que o ambiente hospitalar exerce sobre os seus utentes (Andrade & Devlin, 2015). De modo sucinto, esta teoria propõe que o ambiente hospitalar promoverá o bem-estar do paciente se detiver condições para proporcionar, a este, a perceção de controlo sobre o espaço, bem como o acesso ao suporte social e a distrações positivas.

A presente investigação procura explorar a aplicabilidade dos pressupostos de Ulrich a um contexto de sala de espera, dentro de um serviço com grande afluência e no qual os tempos de espera são marcadamente longos.

Primeiramente, este estudo permitiu a construção de um questionário, tendo por base um instrumento já existente (e.g., Andrade & Devlin, 2015), que permite avaliar a Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich, dentro do contexto dos espaços de espera. Para tal, foram revistos os itens originais, por forma a adaptá-los ao contexto pretendido. Após esta tarefa, foi realizado um breve pré-teste dos novos itens, previamente à aplicação sistemática do questionário para recolha de dados. Ainda que a análise estatística tenha tido resultados positivos, tanto em termos da sua estrutura fatorial como a nível da consistência interna, futuramente, este deverá ser testado utilizando uma amostra mais alargada e em outros espaços de espera de diferentes hospitais.

Quanto aos resultados obtidos na investigação, verificou-se a existência de vários preditores da Perceção da Qualidade Geral, tendo sido identificados a Distração Positiva e o Suporte Social como as variáveis que mais fortemente predizem a perceção dos utentes face a qualidade geral do espaço. Estes resultados em particular mostram uma interessante coerência face a outros estudos anteriormente realizados (e.g. Andrade *et al.*, 2015; 2017), indicando estas mesmas variáveis como aquelas que mais contribuem para a perceção da qualidade do espaço hospitalar.

À semelhança do que outras investigações concluíram (e.g., Andrade & Devlin, 2015; Andrade *et al.*, 2017), a percepção de controlo não foi identificada como sendo significativa nesta relação preditora, quiçá pelo mesmo motivo por outros autores relatado, que deriva de aspetos idiossincráticos do sujeito, relacionados com o desejo de controlo (e.g., Broomhaad & Van den Borne).

Relativamente ao aspeto físico do espaço, no geral, a avaliação positiva que os sujeitos fazem, ainda que fraca, poderá derivar de características intrínsecas dos sujeitos constituintes da amostra em questão, que revelam, quiçá, um conformismo face às condições providenciadas, potencialmente por falta de conhecimento de outras melhores e mais satisfatórias das suas necessidades enquanto pacientes de um serviço de saúde.

De uma forma mais específica, um aspeto que esperaríamos receber um destaque significativo seriam os elementos relacionados com a orientação dentro do espaço – “*A sinalética permite encontrar facilmente aquilo que se procura.*”; “*Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis.*”; “*Há poucos sinais para orientação.*”. O que verificamos foi que, na realidade, estes eram alguns dos aspetos face aos quais os participantes não manifestaram insatisfação, ainda que aquando da observação do espaço, os sujeitos estivessem manifestamente desorientados, procurando indicações juntos dos funcionários e seguranças do hospital. Estes resultados poderão, eventualmente, estar relacionados com os condicionamentos da amostra, uma vez que existe um padrão de hábitos funcionais já estabelecido para os utentes que recorrentemente frequentam o HESE. Poderemos encontrar, em investigações futuras, uma maior insatisfação, para com as indicações do percurso a executar, por parte de utentes que desconheçam o serviço de saúde em questão, ou que, em determinada altura ou momento, tenham sido pacientes de um outro hospital ou clínica com diferentes condições.

Ao analisar as variáveis sociodemográficas consideradas na recolha de dados, foram obtidas diferenças significativas, primeiramente, em termos do género dos sujeitos. Neste estudo, foram as mulheres que avaliaram de forma mais positiva as dimensões identificadas como significativas para a amostra (Aspetos Físicos e Espaciais e Vista e Iluminação). Perante este resultado, será que a positividade que o género feminino atribuiu às características avaliadas pelas dimensões referidas poderá, de alguma forma, relacionar-se com a importância dada às mesmas? Se sim, em investigações futuras,

poderemos averiguar de que forma esta relação se estabelece e como poderemos identificá-la.

Outra diferença significativa identificada, de entre este conjunto particular de variáveis, diz respeito àquela que inquiria sobre se o participante estava, ou não, acompanhado, sendo que foram obtidos resultados significativos para a dimensão do Suporte Social. Os participantes que indicaram que tinham consigo um acompanhante, reportaram um maior sentimento de Suporte Social, face aos que se encontravam sozinhos. Esta relação parece, à partida, bastante espetável, na medida em que a essência da dimensão do Suporte Social está, exatamente, na presença de familiares ou amigos que desempenhem o papel de rede de apoio emocional.

No seguimento destes resultados, para a dimensão do suporte social, também os participantes que assinalaram ter algum tipo de dificuldade de mobilidade, reportaram perceções mais positivas relativamente a esta mesma dimensão. Tal resultado leva-nos a colocar a seguinte questão: será que estes participantes têm uma maior perceção de suporte social porque as suas dificuldades exigem que tenham consigo a sua rede de apoio, de uma forma mais permanente ou recorrente? Uma vez que os grupos de participantes com e sem dificuldades de mobilidades foram, quantitativamente, díspares, será necessário averiguar esta mesma questão numa amostra que seja mais diferenciada em termos desta variável em particular.

Relativamente aos grupos etários da amostra, podemos colocar algumas hipóteses quanto às diferenças encontradas. Poderá, nas faixas etárias mais baixas, existir uma maior competência crítica, bem como um maior conhecimento (e exigência) de outras condições e necessidades que devem ser prestadas e atendidas, dentro do serviço de saúde? Paralelamente, aquilo que consideramos, anteriormente, como conformismo, podemos pensar enquanto questões geracionais. Desta forma, as faixas etárias mais avançadas poderão considerar as condições e serviços que lhes são prestados como positivos, face à evolução a que assistiram durante a sua vida, considerando assim que o atual serviço que lhes é prestado é o melhor que alguma vez tiveram.

Desta forma, a Perceção de Qualidade poderá ser maior à medida que a idade aumenta, bem como a necessidade de um maior Suporte Social e de uma melhoria dos aspetos físicos e espaciais do ambiente, bem como em termos de conforto dentro do mesmo (e.g., Temperatura e Qualidade do Ar). A privacidade e a perceção de controlo poderão ser dimensões mais importantes para os utentes das faixas etárias mais baixas.

As estatísticas de correlação realizadas para as dimensões em estudo indicaram relações significativas, ainda que medianas, entre os Aspetos Físicos e Espaciais e a Perceção da Qualidade Geral ($\rho = .549^{**}$), entre os Aspetos Físicos e a Orientação ($\rho = .544^{**}$), entre os Aspetos Físicos e as Relações Sociais ($\rho = .513^{**}$) e, ainda, entre os Aspetos Físicos e a Perceção de Controlo ($\rho = .454^{**}$).

Estes resultados indicam, à semelhança do que foi encontrado na revisão de literatura, que a perceção dos utentes de um espaço hospitalar, face a qualidade do mesmo, é mediada pelos aspetos físicos do ambiente em que se encontram, incluindo as indicações de orientação dentro do espaço, bem como pela presença de amigos ou familiares enquanto rede de apoio e, ainda, pela perceção de controlo sobre o contexto envolvente.

Quanto às relações sociais, estas estabelecem relação com os aspetos físicos do espaço uma vez que os elementos constituintes do mesmo proporcionam, de forma subjetiva, e em alguns casos objetiva, condições de bem-estar que potenciam a recuperação dos pacientes, bem como uma avaliação mais positiva do serviço e dos profissionais de saúde (Ulrich *et al.*, 2008; Morais, Andrade, Bernardes & Pereira, 2015; Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016; Andrade *et al.*, 2017). As primeiras impressões são marcantes, especialmente em contextos como o de um hospital, pelo que se o utente, ao entrar no serviço, encontrar um espaço cuidado e adequado às suas necessidades, formará, quase de imediato, uma imagem positiva do serviço, bem como dos profissionais de saúde envolvidos no seu cuidado médico, que, através da criação de um espaço acolhedor, transmitem a sua preocupação para com a apresentação e funcionalidade do espaço (Leather, Beale & Santos, 2003; LaVela, Etingen, Hill & Miskevics, 2015; Iyendo, Uwajeh & Ikenna, 2016).

Os resultados também identificaram relações medianas entre as dimensões do Suporte Social e a Orientação ($\rho = .546^{**}$), a Perceção de Controlo ($\rho = .506^{**}$) e com a Perceção da Qualidade Geral ($\rho = .476^{**}$) (cf. tabela 11). Considerando que a rede de suporte social é fundamental para a estabilidade emocional do paciente, este poderá sentir-se mais em controlo da situação se sentir a proximidade de alguém em quem pode confiar, e que o pode ajudar a enfrentar situações potencialmente angustiantes, dentro de um contexto desconhecido. Quanto à relação entre a dimensão do suporte social e a orientação, estas poderão interligar-se, particularmente em contextos onde a confusão dentro do espaço é de tal forma avassaladora e ansiogénica, que a presença de uma terceira

pessoa, que possa guiar o paciente por todo o processo de admissão e consulta, assume um lugar de destaque na experiência hospitalar global.

Por fim, esta análise estatística indicou, ainda, relações entre as dimensões da Percepção de Controlo e a Percepção da Qualidade Geral ($\rho = .486^{**}$), a Percepção de Controlo e da Orientação ($\rho = .555^{**}$), Percepção de Controlo e as Relações Sociais ($\rho = .510^{**}$), ainda entre a Percepção de Controlo e a Privacidade ($\rho = .591^{**}$), sendo esta última a mais significativa de todas as correlações obtidas.

Podemos entender a ligação entre a percepção de controlo e a orientação ao considerar que, dentro de um contexto, à partida, desconhecido, a possibilidade de ter direções concretas e fáceis de identificar, relativamente ao trajeto a percorrer, vai conceder ao indivíduo um maior sentimento de controlo sobre a sua situação, sem necessitar de procurar ajuda e sem causar sentimentos de frustração ou ansiedade.

Igualmente, as relações sociais existentes no meio hospitalar podem providenciar um maior sentimento de controlo ao possibilitar a comunicação aberta, e esclarecedora, com os profissionais e auxiliares de saúde, no caso de o utente precisar de informação ou de ser reasssegurado face a condições específicas do seu quadro clínico (Polimeni & Moore, 2002).

Por último, a correlação mais significativa, e que diz respeito às dimensões da percepção de controlo e da privacidade, pode ser entendida ao considerar esta última como parte integrante da primeira. Ainda que obter privacidade num espaço público seja um desafio em qualquer contexto, a verdade é que uma parte significativa da percepção de controlo prende-se com o sentimento de privacidade, de que estamos, de alguma forma protegidos, e não totalmente vulneráveis ao ambiente em que nos encontramos. A nossa privacidade será, talvez, o aspeto ao qual é atribuído maior importância, ainda que relutantemente abdicuemos dela em espaços comuns, como é o da sala de espera de qualquer serviço hospitalar.

Um outro resultado que este estudo permitiu obter diz respeito às Distrações Positivas, que antecipadamente consideramos como um dos possíveis aspetos a pontuar mais baixo (dada a avaliação prévia feita do espaço). Esta “pré conceção” confirmou-se, não só ao comprovarmos que esta dimensão é uma forte preditora da percepção da qualidade geral, como anteriormente mencionado, mas também que, no contexto estudado, assume-se como uma das que reúne maior insatisfação e maior concordância sobre a necessidade de fomentar a mesma dentro do espaço de espera. Neste seguimento,

revelamos as relações significativas encontradas entre as Distrações Positivas e os Aspetos Físicos e Espaciais ($\rho = .329^{**}$) e a Privacidade ($\rho = .366^{**}$).

Os resultados da investigação também parecem ir ao encontro de outros estudos levados a cabo pelo próprio HESE, e cujos resultados identificaram, no serviço de consulta externa, problemas geradores de insatisfação, como o ruído da sala de espera e o prolongado tempo nela despendido – “Em termos mais concretos, no caso das Consultas Externas há alguns pontos a salientar que apresentam valores menos positivos no que se refere ao tempo de espera para a marcação da consulta, onde se regista insatisfação por parte de 25% dos inquiridos e, ainda, que houve Utentes que aguardaram mais de dois ou 4 meses para a marcação da sua consulta. Em relação ao tempo de espera para a realização da consulta, (...) referir que 24,1% consideram-se “pouco satisfeitos”. Simultaneamente há registo de que cerca de 32% dos inquiridos aguardam mais “de 60 minutos” até à realização da consulta. Relativamente ao atendimento, propriamente dito, há uma percentagem residual de insatisfação, no que se refere à “promoção da privacidade no atendimento”, “à promoção do conforto no atendimento”, à “decisão em conjunto da escolha das alternativas e soluções clínicas” e “aos esclarecimentos em relação à situação do utente”, por parte dos médicos. Das sugestões apresentadas pelos inquiridos, da Consulta Externa, realce-se que a mais referenciada remete para a problemática do ruído nas salas de espera” (Hospital do Espírito Santo, 2013).

Creemos que a concretização das dimensões da Teoria do *Design* de Suporte terá efeitos positivos nestas áreas, por forma a criar uma melhor experiência hospitalar e uma maior satisfação para com os cuidados prestados.

7. Limitações e Investigações futuras

Esta investigação contempla algumas limitações, nomeadamente em termos amostrais, dado que foram mais os participantes do sexo feminino que acederam ao preenchimento dos protocolos de recolha de dados. Outro motivo para a discrepância de género dentro da amostra utilizada prende-se com o facto de a frequência do serviço médico hospitalar ser maior por parte do sexo feminino. Ainda no que concerne à amostra, o facto de não ter sido possível a aplicação de questionários suficientes a utentes que estivessem no serviço pela primeira vez, também invalidou outras análises estatísticas

que permitissem compreender ou identificar diferenças significativas em termos da experiência hospitalar e da percepção da qualidade geral.

Outra limitação do estudo será o contexto escolhido para o concretizar, sendo que muitos dos utentes expressaram a sua vontade em não ser incomodados. Outros, que concordaram em participar na investigação, mencionaram a extensão do protocolo de recolha de dados. Esta dificuldade foi também sentida, uma vez que os questionários foram aplicados antes do utente ser chamado para consulta, tendo sido vários aqueles que foram anulados por não ser possível terminar o seu preenchimento.

O facto de existir uma sala de espera principal e três secundárias pode também ser considerado uma limitação ao estudo, uma vez que as diferentes condições fornecidas pelos quatro espaços de espera podem originar diferentes respostas aos itens dos instrumentos utilizados. A amostra recolhida cingiu-se à sala de espera principal, mas seria interessante expandir o número de participantes, e recolher dados também nos restantes espaços de espera.

Foi identificada ainda outra limitação ao nível de um dos questionários utilizados, o *Perceived Hospital Environment Quality Indicators* (PHEQI), uma vez que em algumas das dimensões avaliadas pelo mesmo se registou um valor de *alpha* de Cronbach inferior ao que seria aceitável. Em estudos futuros, aconselha-se à reprodução do estudo com um universo amostral de maior dimensão, uma vez que poderá ser uma variável comum a algumas das limitações indicadas.

Uma possibilidade interessante para investigações futuras seria a reprodução deste estudo em outro hospital público, por forma a proceder a uma comparação entre diferentes realidades. Neste seguimento, a realização de um estudo dentro do contexto hospitalar privado também poderia originar resultados interessantes, potencialmente comparáveis aos obtidos em hospitais públicos.

Igualmente, a perspetiva (e conhecimento) de um *designer* ou de um arquiteto, poderá ser um fator interessante a ter em consideração, aquando da análise da funcionalidade do espaço, bem como para obter sugestões práticas sobre de que forma poderão as indicações decorrentes da Teoria do *Design* de Suporte de Ulrich ser concretizadas no espaço físico.

8. Conclusão

A teoria do *Design* de Suporte tem sido cada vez mais estudada, e as suas premissas avaliadas, através de universos amostrais em contexto hospitalar, nomeadamente dentro do serviço de internamento (e.g., Andrade, Devlin, Pereira & Lima, 2017; Andrade & Devlin, 2016; 2015). Contudo, a literatura referente ao efeito mediador dos ambientes físico e social hospitalares nas perceções dos utentes de consulta externa é parca, o que torna o presente estudo pertinente.

Primeiramente, importa destacar que esta investigação permitiu a construção de uma escala da Teoria do *Design* de Suporte, para o contexto da sala de espera da consulta externa de um hospital. Apesar de ser necessário um maior número de estudos para a sua validação, esta nova escala mostrou boas qualidades fatorias e a nível de consistência interna.

Os resultados obtidos permitiram confirmar que a Teoria do *Design* de Suporte (Ulrich, 1991; 2001) tem, realmente, um contributo exequível, de importância irrefutável, a concretizar no contexto de sala de espera. Esta teoria permitiu-nos identificar como as suas três dimensões se relacionam com fatores sociodemográficos, que caracterizam a amostra, e que impacto podem causar na experiência hospitalar global do indivíduo.

De entre as dimensões, salienta-se o papel do suporte social e das distrações positivas, que apresentam fortes relações preditoras da perceção da qualidade geral. Neste estudo, a perceção de controlo, apesar de estabelecer relações significativas com algumas variáveis, não foi identificada como preditora da PQG.

A análise das variáveis demográficas utilizadas para caracterizar a amostra selecionada permitiu identificar diferenças significativas em termos de género, presença (ou ausência) de acompanhante e no que diz respeito a dificuldades de mobilidade. Foram encontradas, ainda, diferenças relativamente aos grupos etários, colocando em debate a possibilidade da presença de questões geracionais, aquando da avaliação crítica de um espaço ou serviço.

Este estudo apresenta algumas limitações, que podem interetar-se numa variável comum: a dimensão da amostra. Neste sentido, é feita a ressalva de que, em investigações futuras, poderá ser feita uma réplica do estudo utilizando um maior universo amostral. Paralelamente, sugere-se a reprodução do mesmo em outros hospitais públicos, por forma a proceder a uma comparação entre diferentes realidades. De igual forma, a realização de um estudo dentro do contexto hospitalar privado poderia, também, originar resultados

interessantes, potencialmente comparáveis aos obtidos em hospitais públicos. Se praticável, aconselha-se o controlo do maior número possível de variáveis parasitas, para que a Perceção da Qualidade Geral possa ser analisada de forma independente e fidedigna.

Para a aplicação real das indicações da Teoria do *Design* de Suporte, seria benéfico considerar a perspetiva de um *designer* ou de um arquiteto, por forma a obter sugestões práticas, concretizáveis no espaço físico hospitalar.

Bibliografía

- Abbott, L.; Taff, D.; Newman, P.; Benfield, J. & Mowen, A. (2016). The influence of natural sounds on attention restoration. *Journal of Park and Recreation Administration*, 34 (3), 5–15. DOI:10.18666/JPRA-2016-V34-I3-6893.
- Andrade, C. C.; Devlin, A.S.; Pereira, C. R. & Lima, M. L. (2017). Do the hospital rooms make a difference for patients' stress? A multilevel analysis of the role of perceived control, positive distraction, and social support. *Journal of Environmental Psychology*. DOI: 10.1016/j.jenvp.2017.06.008.
- Andrade, C. & Devlin, A. (2016). Who wants control in the hospital room? Environmental control, desirability of control and stress / ¿Quién desea control en la habitación del hospital? Control ambiental, deseo de control y estrés. *Psychology*, 7 (3), 236-261, DOI: 10.1080/21711976.2016.1238069.
- Andrade, C. & Devlin, A. (2015). Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, 41 ,125-134. DOI: 10.1016/j.jenvp.2014.12.001.
- Andrade, C.; Lima, M.; Devlin, A. & Hernández, B. (2014). Is It de Place or the People? Disentangling the Effects of Hospitals' Physical and Social Environments on Well-Being. *Environment and Behavior*, 1-25. DOI: 10.1177/0013916514536182.
- Andrade, C.C.; Lima, M. L.; Pereira, C.R.; Fornara, F. & Bonaiuto, M. (2013). Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place*. 122-132.
- Andrade, C.; Lima, M. L.; Fornara, F. & Bonaiuto, M. (2012). Users' views of hospital environmental quality: Validation of the Perceived Hospital Environment Quality Indicators (PHEQIs). *Journal of Environmental Psychology*, 32(2), 97–111. DOI:10.1016/j.jenvp.2011.12.001.
- Arneill, A. B. & Devlin, A. S. (2002). Perceived Quality of Care: The influence of the waiting room environment. *Journal of Environmental Psychology*, 22, 345-360. DOI: 10.1006/jevp.2002.0274.
- Baldwin, A. L. (2012). How Do Plants in Hospital Waiting Rooms Reduce Patient Stress. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (4), 1-2.

- Beaukeboom, C.; Langeveld, D. & Tanja-Dijkstra, K. (2012). Stress-Reducing Effects of Real and Artificial Nature in a Hospital Waiting Room. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 18 (4), 329-333.
- Baum, A.; Singer, J.; Baum, C. (1981). Stress and the Environment. *Journal of Social Issues*, 37 (1), 4-35.
- Becker, F. & Douglass, S. (2008). The Ecology of The Patient Visit: Pshysical attractiveness, waiting times, and perceived quality of care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(2), 124–137.
- Biddiss, E.; McPherson, A.; Shea, G. & McKeever, P. (2013). The Design and Testing of Interactive Hospital Spaces to Meet the Needs of Waiting Children. *Health Environments & Design Journal*, 6 (3), 49-68.
- Breemhaar, B. & Van den Borne, H. W. (1991). Effects of education and support for surgical patients: The role of perceived control. *Patient Education and Counseling*, 18(3), 199–210. DOI:10.1016/0738-3991(91)90129-s.
- Connellan, K.; Gaardboe, M.; Riggs, D.; Due, C.; Reinschmidt, A. & Mustillo, L. (2013). Stressed Spaces: Mental Health and Architecture. *Health Environments Research & Design Journal*, 6 (4), 127-168.
- Devlin, A. S. & Arneill, A. B. (2003). Health care environments and patient outcomes: A Review of the Literature. *Environment and Behavior*, 35(5), 665-694. DOI: 10.1177/0013916503255102
- Devlin, A. S.; Andrade, C. C. & Carvalho, D. (2015). Qualities of Inpatient Hospital Rooms: Patients' Perspectives. *Health Environments Research & Design Journal*, 1-22. DOI: 10.1177/1937586715607052
- Dijkstra, K.; Pieterse, M. & Pruyn, A. (2006). Physical environmental stimuli that turn healthcare facilities into healing environments through psychologically mediated effects: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (2), 166–181. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03990.x.
- Dijkstra, K. & Andrade, C. C. (2018). Healthcare Settings. In Devlin, A. S. (2018). *Environmental Psychology and Human Well-Being Effects of Built and Natural Settings*. ELSEVIER, Academic Press.
- Dilani, A. (2014). Uma Abordagem Salutogénica em Relação ao Projeto de Ambientes Médicos no Setor Público. *Intituto de Pesquisas Hospitalares*, 11, 4-22.

- Douglas, C. H. & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61–73. DOI:10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x.
- Elassy, N. (2014). The concepts of quality, quality assurance and quality enhancement. *Quality Assurance in Education*, 23 (3), pp. 250-261.
- Evans, G. W. & McCoy, J. M. (1998). When Buildings don't work: The role of Architecture in Human health. *Journal of Environmental Psychology*, 18, 84-94.
- Felsten, G. (2009). Where to take a study break on the college campus: An attention restoration theory perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 29(1), 160–167. doi:10.1016/j.jenvp.2008.11.006.
- Fenko, A. & Loock, C. (2014). The Influence of Ambient Scent and Music on Patients' Anxiety in a Waiting Room of a Plastic Surgeon. *Health Environments Research & Design*, 7 (3), 38-59.
- Fornara, F. (2005). Users' evaluative responses to spatio-physical humanization: the case of hospital environments. In: Martens, B., Keul, A.G. (Eds.), *Designing Social Innovation: Planning, Building, Evaluating*. Hogrefe & Huber, Gottingen (Germany), pp. 231–240.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18 (4): 36-44.
- Hartig, T., & Marcus, C. C. (2006). Essay: Healing gardens—places for nature in health care. *The Lancet*, 368, S36–S37. DOI:10.1016/s0140-6736(06)69920-0.
- Hospital do Espírito Santo (2013). Estudo de Satisfação dos Utentes do HESE E.P.E. 2012. Gabinete de Comunicação e Marketing. Obtido a 19 de janeiro de 2018, de http://www.hevora.min-saude.pt/media/uploads/cms_media/151/Estudo%20de%20Satisfacao%20dos%20Utentes%202012%20-%20Completo.pdf
- Huisman, E.; Morales, E., Hoof, J. & Kort, H. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical factors on users. *Building and Environment*, 58, 70-80.
- Jiang, S.; Powers, M.; Allison, D. & Vincent, E. (2016). Informing Healthcare Waiting Area Design Using Transparency Attributes: A Comparative Preference Study. *Health Environments Research & Design*, 1-15. DOI: 10.1177/1937586716675581.

- Joseph, A. (2006). *The impact of light on outcomes in healthcare settings*. Concord, CA: The Center for Health Design.
- Kaplan, R., & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A psychological perspective*. New York: Cambridge University Press.
- Kaplan, S. (1995). The Restorative Benefits of Nature: toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 15, 169-182.
- Larsen, L.; Larsen, B. & Birklund, R. (2013). A companionship between strangers – the hospital environment as a challenge in patient–patient interaction in oncology wards. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 395–404. doi:10.1111/jan.12204.
- LaVela, S. L.; Etingen, B.; Hill, J. N. & Miskevics, S. (2015). Patient Perceptions of the Environment of Care in Which Their Healthcare is Delivered. *Health Environments Research & Design Journal*, 1-16. DOI: 10.1177/1937586715610577.
- Laumann, K., Gärling, T., & Stormark, K. M. (2001). Rating scale measures of restorative components of environments. *Journal of Environmental Psychology*, 21(1), 31–44. DOI:10.1006/jevp.2000.0179.
- Laursen, J.; Danielsen, A. & Rosenberg, J. (2014). Effects of Environmental Design on Patient Outcome: A Systematic Review. *Health Environments Research & Design Journal*, 7(4), 108–119. DOI:10.1177/193758671400700410.
- Leather, P.; Beale, D. & Santos, A. (2003). Outcomes of environmental appraisal of different hospital waiting areas. *Environment and Behavior*, 35 (6), 842-869. DOI: 10.1177/0013916503254777.
- Lee, S. (2011). Evaluating Serviceability of Healthcare Servicescapes: Service Design Perspective. *International Journal of Design*, 5(2), 61-71.
- Lee, S. Y. & Brand, J. L. (2005). Effects of control over office workspace on perceptions of the work environment and work outcomes. *Journal of Environmental Psychology*, 25(3), 323–333. DOI:10.1016/j.jenvp.2005.08.001.
- Levine, S. & Lipson, J. (2010). *Fostering Social Support: Accommodating Patients' Family and Friends as Part of the Healing Process*. Cornell University.
- Lopes, A., & Capricho, L. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- Lovelock, C. & Wirtz, J. (2011). *Services Marketing*. New Jersey: Pearson.
- Malkin, J. (s.d.). Evidence-Based Design *In. A visual reference for Evidence-based Design* (2008). The Center for Health Design.

- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (6ª edição). Pêro Pinheiro: Report Number Análise e Gestão de Informação, LDA.
- McLaughlan, R. (2017). Psychosocially Supportive Design: The Case for Greater Attention to Social Space Within the Pediatric Hospital. *Health Environments Research & Design*, 1-12. DOI: 10.1177/ 1937586717731739.
- Miller, E. (2006). Is Your Healthcare Environment Therapeutic?. *Rehabilitation Nursing*, 31 (6).
- Molzahn, E. (2013). Revealing Attributes of Supportive Healing Environments in interior design: staff perceptions in healthcare design. Fort Collins, Colorado.
- Morais, R.; Andrade, C. C.; Bernardes, S. & Pereira, C. R. (2015). Escalas de Medida da Perceção da Qualidade do Ambiente Hospitalar – Um Estudo em Unidades de Dor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31 (3), 381-388.
- Nimlyat, P. S. & Kandar, M. Z. (2015). Appraisal of indoor environmental quality (IEQ) in healthcare facilities: A literature review. *Sustainable Cities and Society*, 17, 61-68.
- Oliveira, A. (2012). Avaliação da qualidade percebida dos Serviços Académicos de uma universidade portuguesa. ISCTE-IUL, tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Gestão.
- Parasuraman, A.; Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. *The Journal of Marketing*, 49 (4), pp. 41-50.
- Park, K. (2007). Social support for stress prevention in hospital settings. *The Journal of The Royal Society for the Promotion of Health*, 127 (6), 260-264. DOI: 10.1177/1466424007084066.
- Pati, D. & Nanda, U. (2011). Influence of Positive Distractions on Children in Two Clinic Waiting Areas. *Health Environments Research & Design*, 4 (3), 124-140.
- Polimeni, A-M. & Moore, S. (2002). Insights into Women's Experiences of Hospital Stays: Perceived Control, Powerlessness and Satisfaction. *Behaviour Change*, 19 (01), 52–64. DOI:10.1375/bech.19.1.52.
- Rice, G.; Ingram, J. & Mizan, J. (2008). Enhancing a primary care environment: a case study of effects on patients and staff in a single general practice. *British Journal of General Practice*, 58(552), 1-8. DOI:10.3399/bjgp08x319422.

- Santos, C., Ribeiro, J. & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação como Suporte Social (esss) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4, 185-204.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127–139. DOI:10.1037/0022-3514.44.1.127
- Schweitzer, M.; Gilpin, L. & Frampton, S. (2004). Healing Spaces: Elements of Environmental Design That Make an Impact on Health. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 10 (1), pp. 71-83.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1991). Social Support and Health: A Theoretical and Empirical overview. *Journal of Social and Personal Relationships*, 8 (99). DOI: 10.1177/0265407591081005.
- Sharma, S. K. & Chowhan, S. S. (2013). Patient Waiting Time: It's Impact on Hospital Outpatient Department. *International Journal of Scientific Research*, 2 (3).
- Stall, N. (2012). Private rooms: A choice between infection and profit. *Canadian Medical Association Journal*, 184, 24-25. doi: 10.1503/cmaj.109-4077
- Suess, C. & Mody, M. (2018). The influence of hospitable design and service on patient responses. *The Services Industries Journal*, 38 (1-2), 127-147. DOI: 10.1080/02642069.2017.1385773.
- Tanner, L. E. (2002). Bodies in Waiting: Representations of Medical Waiting Rooms in Contemporary American Fiction. *American Literary History*, 14(1), 115–130. doi:10.1093/alh/14.1.115.
- Tansik, D. & Routhieaux, R. (1997). Customer stress-relaxation: the impact of music in a hospital waiting room. *International Journal of Service Industry Management*, 10 (1), 68-81.
- Theodore, D. (2016). Better design, better hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, 188 (12), 902-903.
- Thoits, P. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behaviour*, 52 (2), 145-161. DOI: 10.1177/0022146510395592.
- Trochelman, K.; Albert, N.; Spence, J.; Murray, T. & Slifcak, E. (2012). Patients and Their Families Weigh in on Evidence-Based Hospital Design. *Critical Care Nurse*, 32 (1). DOI: 10.4037/ccn2012785.

- Tsai, C-Y.; Wang, M-C; Liao, W-T.; Lu, J-H.; Sun, P.; Lin, B. & Breen, G-M. (2007). Hospital outpatient perceptions of the physical environment of waiting areas: the role of patient characteristics on atmospherics in one academic medical center. *BMC Health Services Research*, 7 (198). DOI:10.1186/1472-6963-7-198.
- Ulrich, R. S. (1991). Effects of interior design on wellness: theory and recent scientific research. *Journal of Healthcare Interior Design*, (3), 97-109.
- Ulrich, R. S. (2001). Effects of healthcare environmental design on medical outcomes. In A. Dilani (Ed.), *Design and Health: Proceedings of the Second International Conference on Health and Design* (pp.49-59). Stockholm, Sweden: Svensk Byggtjänst.
- Ulrich, R. S. (2002). Health benefits of gardens in hospitals. *Plants for People*. International Exhibition Florida.
- Ulrich, R.; Berry, L.; Quan, X. & Parish, J. (2010). A Conceptual Framework for the Domain of Evidence-Based Design. *Health Environments Research & Design*, 4 (1), 95-114.
- Ulrich, R. S.; Zimring, C.; Zhu, X.; DuBose, J.; Seo, H.; Choi, Y.; Quan, X. & Joseph, A. (2008). A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design. *Health Environments Research & Design Journal*, 1 (3). 61-125.
- Wallston, K.; Wallston, B.; Smith, S. & Dobbins, C. (1987). Perceived Control and Health. *Current Psychological Research & Reviews*, 6 (1), 5-25.
- Williams, A. M.; Dawson, S. & Kristjanson, L. J. (2008). Exploring the relationship between personal control and the hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1601–1609. DOI:10.1111/j.1365-2702.2007.02188.x.
- Winkel, G. & Holahan, C. (1985). The environmental psychology of the hospital: Is the cure worse than the illness?. *Prevention in Human Services*, 4 (1-2); 11-33. DOI: 10.1080/10852358509511159.
- Wohlwill, J. F. (1974). Human adaptation to levels of environmental stimulation. *Human Ecology*, 2(2), 127–147. doi:10.1007/bf01558117.
- Wyles, K.; White, M.; Hattam, C.; Pahl, S.; King, H. & Austen, M. (2017). Are Some Natural Environments More Psychologically Beneficial Than Others? The Importance of Type and Quality on Connectedness to Nature and Psychological Restoration. *Environment and Behaviour*, 1-33. DOI:10.1177/0013916517738312.

- Yarimoglu, E. K. (2014). A Review on Dimensions of Service Quality Models. *Journal of Marketing Management*, 2 (2), pp. 79-93.
- Yendo, T. O.; Uwajeh, P. C. & Ikenna, E. S. (2016). The threapeutic impacts of environmental design interventions on wellness in clinical settings: A narrative review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 24, 174-188.
- Zimring, C. (1981). Stress And The Designed Environment. *Journal of Social Issues*, 37 (1), 145-171.
- Zimring, C. & Bosch, S. (2008). Building the Evidence Base for Evidence-Based Design. *Environment and Behavior*, 40 (2), 147-150. DOI: 10.1177/0013916507311545
- Zhao, Y. & Mourshed, M. (2017). Patients' Perspectives on the Design of Hospital Outpatient Areas. *Building*, 7 (4), 117. DOI:10.3390/buildings7040117

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Informado

Tomei conhecimento que a estudante, Inês Filipa Mira Catrapona, do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade de Évora, está a desenvolver uma investigação sobre a Perceção da Qualidade do Serviço na Consulta Externa, sob orientação da Professora Doutora Fátima Bernardo (Universidade de Évora) e coorientação da Professora Doutora Carla Semedo (Universidade de Évora).

Neste âmbito, foram-me explicados os objetivos do trabalho e foi solicitada a minha colaboração para responder a várias questões.

Fui informada(o) de que as respostas serão anónimas e confidenciais. A minha identificação nunca será divulgada e a minha colaboração tem carácter voluntário, sendo que posso desistir em qualquer momento do trabalho.

Fui esclarecida(o) sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informada(o) que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa não terá consequências para mim.

Aceito, pois, colaborar neste estudo e assino onde indicado.

Évora, ____ de _____ de 2018

Anexo 2. Questionário Sócio Demográfico

Este pequeno inquérito destina-se à obtenção de alguns dados pessoais. Relembramos mais uma vez o **anonimato** e **confidencialidade** de todos os dados recolhidos.

1. Sexo: Feminino
 Masculino
2. Idade: _____ Localidade: _____
3. Vem acompanhado? _____ Por quem? _____
4. Tempo de deslocação (em minutos): _____
5. Transporte próprio Transportes públicos Bombeiros
6. Tem dificuldades de mobilidade? Sim Não
 - a. Se sim, quais?

7. Qual a especialidade da consulta? _____
8. É a primeira vez que vem ao Hospital do Espírito Santo? Sim Não
 - b. Se não, qual a frequência com que se desloca ao HES?
1 vez por ano 1 vez por mês
2/5 vezes por ano Mais do que 1 vez por mês
6/11 vezes por ano

Anexo 3. PHEQI – Avaliação da Percepção da Qualidade Ambiental

Pense nos espaços de espera do serviço de consulta externa e indique em que medida concorda ou discorda com as afirmações que se seguem.

Use a seguinte escala e assinale com uma cruz o número que melhor corresponde à sua opinião

| Discordo totalmente | Discordo | Nem concordo nem discordo | Concordo | Concordo totalmente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. A mobília é de boa qualidade | | | | | |
| 2. As paredes, os pavimentos e os tetos têm cores bonitas | | | | | |
| 3. Os lugares sentados (ex: cadeiras, sofás) são pouco cómodos | | | | | |
| 4. As paredes, os pavimentos e os tetos estão em más condições | | | | | |
| 5. A mobília está em boas condições | | | | | |
| 6. A mobília está em más condições | | | | | |
| 7. O nível de qualidade do ar é adequado (nem demasiado húmido, nem demasiado seco) | | | | | |
| 8. A temperatura é inadequada (está demasiado quente ou demasiado frio) | | | | | |
| 9. O sistema de climatização do ar é eficiente | | | | | |
| 10. O ar é irrespirável | | | | | |
| 11. A entrada deste/a serviço/sala de espera é claramente reconhecível | | | | | |
| 12. A sinalética permite encontrar facilmente aquilo que se procura | | | | | |
| 13. Os locais onde se pedem informações estão claramente reconhecíveis | | | | | |
| 14. Há poucos sinais para orientação | | | | | |
| 15. O/A serviço/sala de espera é pouco iluminado/a pela luz do sol | | | | | |
| 16. Das janelas tem-se uma vista pouco interessante | | | | | |
| 17. Devia haver mais janelas | | | | | |
| 18. Este serviço é barulhento | | | | | |
| 19. Ouve-se frequentemente barulho proveniente do exterior | | | | | |
| 20. Ouvem-se poucos ruídos do exterior | | | | | |
| 21. Neste serviço as pessoas recebem um bom acolhimento por parte dos profissionais de saúde | | | | | |
| 22. Em geral, o pessoal de enfermagem está pouco disponível do ponto de vista humano | | | | | |
| 23. Em geral, o pessoal médico está pouco disponível do ponto de vista humano | | | | | |
| 24. Este serviço é pouco organizado | | | | | |
| 25. Neste serviço há regras demasiado rígidas que limitam as pessoas | | | | | |
| 26. Em geral, o pessoal auxiliar está pouco disponível do ponto de vista humano | | | | | |
| 27. As salas deste serviço estão frequentemente apinhadas de gente | | | | | |
| 28. Neste serviço tem-se a impressão de se estar a ser observado(a) | | | | | |

Anexo 4. Supportive Hospital Environment Design Scale (SHEDS)

Perceived control (PC), Social support (SS), and Positive distraction (PD)

Instrução

Agora pense nas comodidades que a sala de espera providencia. Pensando nessas comodidades, por favor, selecione o número que melhor descreve em que medida concorda ou discorda com as seguintes frases:

| Discordo fortemente | Discordo | Nem concordo nem discordo | Concordo | Concordo fortemente |
|---------------------|----------|---------------------------|----------|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Nesta sala de espera, o tempo passa rápido. | | | | | |
| 2. Nesta sala de espera, a minha atenção é atraída para coisas interessantes | | | | | |
| 3. Nesta sala de espera, existem objetos que atraem a minha atenção. | | | | | |
| 4. No espaço de espera, posso estar a conversar com a família e amigos que me acompanham. | | | | | |
| 5. Posso controlar qual o espaço onde espero pela minha consulta. | | | | | |
| 6. Observar o que se passa à minha volta, na sala de espera, descontraí-me. | | | | | |
| 7. Quando estou à espera, não posso sair da sala (Bar; WC) porque tenho medo de perder a vez. | | | | | |
| 8. Este espaço de espera proporciona um ambiente que permite aos acompanhantes estarem connosco. | | | | | |
| 9. Sinto que, neste espaço de espera, tudo é confuso. | | | | | |
| 10. Neste espaço não me sinto à vontade. | | | | | |
| 11. Este espaço de espera proporciona boas oportunidades para estabelecer contactos sociais. | | | | | |
| 12. Sinto-me à vontade para explorar o espaço de espera. | | | | | |
| 13. Neste espaço sinto que não tenho privacidade. | | | | | |
| 14. Posso escolher a sala/espaço de espera para aguardar pela minha consulta. | | | | | |
| 15. A presença de muitas pessoas neste espaço deixa-me incomodado. | | | | | |
| 16. Neste espaço estou à vontade para conversar | | | | | |
| 17. Esta sala de espera permite-me estar com as pessoas que me acompanham à consulta. | | | | | |
| 18. Nesta sala de espera, sinto-me constantemente alerta. | | | | | |
| 19. Há muito para explorar e descobrir nesta sala de espera. | | | | | |
| 20. As pessoas que me acompanham à consulta sentem-se confortáveis neste espaço de espera | | | | | |
| 21. Enquanto estou à espera, posso desfrutar da companhia das pessoas que me acompanham | | | | | |
| 22. Neste espaço de espera, sinto-me frequentemente perdido. | | | | | |
| 23. Estar nesta sala facilita a espera pela minha consulta. | | | | | |

Anexo 5. Avaliação da Percepção da Qualidade Geral

1. Tendo em consideração a sua experiência global neste serviço, de uma forma geral, quão satisfeito está?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

2. Até que ponto é que esta sala de espera vai ao encontro das suas expetativas?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

3. Até que ponto é que esta sala de espera vai ao encontro das suas necessidades?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

4. Imagine um espaço de espera perfeito em todos os aspetos. Quão longe acha que esta sala de espera se encontra do espaço perfeito?

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | | |

Anexo 6. Mapa Comportamental



Anexo 7. Axonometrias

