

1 - INTRODUÇÃO

Inerente à doença e conseqüente instabilidade, instala-se a necessidade de recorrer aos serviços hospitalares, que induz a inúmeras alterações na vida da pessoa doente, tendo esta que lidar com vários estímulos tais como, a mudança de ambiente, alguma perda de identidade e a dificuldade em se ajustar a eventuais alterações físicas e/ou bioquímicas (CARDOSO e PINTO, 2002).

A saúde ao dar lugar à doença, e recorrendo às instituições de saúde, o indivíduo vê-se confrontado com ambientes estranhos, com pessoas desconhecidas e onde a família cede aos profissionais de saúde o cuidado e a responsabilidade das suas crianças e passando assim a depender de outrem, por períodos mais ou menos prolongados.

Os utentes que recorrem aos serviços de saúde estão cada vez mais documentados relativamente aos conteúdos dos seus próprios direitos.

Por sua vez, a enfermagem como profissão tem vindo a transformar-se com o intuito de responder às necessidades dos utentes e às exigências dos novos conhecimentos da sociedade cada vez mais informada e reivindicativa. Os enfermeiros estão na sua prática diária, sujeitos a situações de angústias e ansiedade devido à sua profissão centrar-se em muitas situações, em contextos e ambientes causadores de stress nos utentes. Quando os mesmos são crianças, a família fica destabilizada e os seus membros fragilizados. Por este motivo, há necessidade de promover relações interpessoais com qualidade, apesar de estas serem por vezes desgastantes, tornando-se assim um factor condicionante da relação de ajuda (CATITA e VAZ, 2000).

A satisfação dos utentes, enquanto indicador de qualidade dos serviços de saúde, reveste-se de maior importância, quer para entender as reacções às políticas definidas para o sector, quer para avaliar o grau de correcção da qualidade em resultado da sua aplicação (NEVES, 2002).

A satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento que pode ser verbalizado e medido através de uma opinião. Enquanto atitude, a satisfação compreende aspectos afectivos, cognitivos, avaliativos e comportamentais. Podemos dizer que o utente está insatisfeito, quando a sua experiência com o serviço está abaixo das expectativas e suposições, ou seja, que a insatisfação dos utentes é o grau em que o serviço fica aquém das suas expectativas. Por outro lado, o utente está satisfeito quando a sua experiência com o serviço supera as suas expectativas e suposições, ou seja, que a satisfação dos utentes é o grau em que o serviço preenche as suas expectativas.

Nesta perspectiva, a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação dos problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, finalmente, na reorganização dos serviços de saúde. É neste enquadramento que se situa o problema que nos propomos investigar, no âmbito de um serviço de Urgência Pediátrica, que atende diariamente uma diversidade de crianças acompanhadas por suas famílias, que por situações várias, de doença aguda ou crónica, acabam por ter que frequentar este espaço regularmente. São eles o alvo dos cuidados e constitui um dos grupos que melhor pode ajudar a encontrar soluções mais adequadas, no sentido de melhorar a qualidade do serviço. Tendo presentes os pressupostos anteriormente equacionados assume-se como objecto de estudo – a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE.

Da inclusão das variáveis supracitadas surgem-nos as seguintes questões de investigação:

- De que modo as características sócio-familiares estão relacionadas com a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE?
- Qual a influência da percepção da informação relativa ao sistema de triagem sobre a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE?

De forma, a responder a estas questões formulámos os seguintes objectivos:

- Avaliar a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica de CHT-V, EPE;
- Verificar se as variáveis sócio-familiares e a percepção da informação sobre o sistema de triagem influenciam a qualidade e a satisfação com os cuidados prestados;
- Compreender as expectativas e dificuldades dos pais/acompanhantes das crianças e adolescentes;

Com os resultados pensamos poder contribuir para a construção de um quadro de reflexão sobre a importância da satisfação dos utentes da Urgência Pediátrica, como espelho de qualidade do serviço e sobre o contributo dos enfermeiros, como mediadores directos no processo de promoção da qualidade e satisfação dos utentes da Urgência Pediátrica.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Fruto dos actuais e novos conhecimentos e da evolução tecnológica, os serviços de urgência têm sido alvos de muitas mudanças nas últimas décadas.

É um serviço muitas das vezes referido como um “mini hospital” dentro do hospital. Estas unidades não servem só para a recepção de pessoas gravemente doentes ou feridas, é também um local onde qualquer um pode ser socorrido como último recurso.

Segundo Neto et al. (2003), é um serviço que deve ser visto numa perspectiva que engloba os vários aspectos tais como a sua estrutura, organização e funcionalidade. Atendendo às características intrínsecas deste tipo de serviço, de intensidade de trabalho físico e mental, responsabilidade profissional e as ameaças constantes de perdas e fracassos, é por si só indutor da despersonalização dos cuidados, logo é que todos os enfermeiros tomem consciência que o alvo da sua competência é a pessoa. Deve ter em conta o Ser Humano em toda a sua dimensão e vulnerabilidade no desempenho das suas intervenções.

Instalações físicas ideais

Na opinião de Caetano (2002), um serviço de urgência é fundamentalmente um serviço de ambulatório embora um dos seus sectores, sector de observação (SO), se pratique um internamento que, aliás, é de curta duração, não devendo ser superior a 24 horas. O serviço de um hospital geral compreende quatro sectores bem definidos: admissão e reanimação, exames e tratamentos, observação e apoios gerais. Segundo o mesmo autor, estes quatro sectores podem ser definidos da seguinte forma:

No *sector da admissão e reanimação*, são recebidos os doentes que foram submetidos ao sistema de Triagem do Hospital, como os doentes com entrada directa e que geralmente se apresentam de ambulância, helicóptero ou outro meio próprio da urgência imediata. Alguns doentes são, socorridos imediatamente na sala de reanimação que, por esta razão, deve ser localizada tão próxima quanto possível da entrada exterior da urgência em hospitais modernos.

O *sector de exames e tratamentos* é constituído por dois subsectores: um de exames e outro de tratamentos, onde se pode incluir a pequena cirurgia. Os exames poderão efectuar-se em compartimentos ou salas individuais em espaços isolados por elementos fixos ou por cortinas. O subsector dos tratamentos, compreende as salas de tratamentos, a sala de gessos e a sala de pequena cirurgia com os anexos para desinfeção do pessoal e apoio de trabalhos de enfermagem, que o autor designa por sala de apoio de esterilização.

O *sector de observação* é fundamentalmente uma área de doentes em trânsito, onde não permanecem em regra mais de 24 horas e só excepcionalmente estão 48 horas. Em virtude do seu estado de saúde, na observação intensiva os doentes estão separados por cortinas numa sala única ou em duas salas quando a dimensão do hospital o justifica. A lotação de sala única não deverá ultrapassar as 4 ou 5 camas. É aconselhável a existência de um quarto com uma cama para doentes suspeitos de patologia infecto-contagiosa ou muita agitada. Este sector deverá ficar localizado na parte mais calma do serviço de urgência e constituir um núcleo servido por uma circulação interna própria.

O *sector de apoios gerais* compreende, nomeadamente: as instalações que se destinam à direcção, secretariado e convívio; produtos e materiais de consumo; trabalhos de enfermagem; lixos e sujos; e vestiários.

Na opinião do mesmo autor, o serviço de urgência em regra geral fica a nível do piso principal ou nos pisos imediatamente acima ou abaixo da topografia do terreno.

A saída dos doentes para o exterior poderá ser efectuada pela porta de entrada do serviço, que é o caso mais usual e económico, no lado oposto à entrada, que apresenta a vantagem funcional de melhores circulações e o inconveniente de ser mais uma porta para o exterior e exigir mais pessoal.

O atendimento num serviço de urgência

A permanência do doente no serviço de urgência e a sua atitude em relação aos profissionais de saúde, serão profundamente condicionadas pelo processo de acolhimento, pois as primeiras impressões são as que mais perduram, este momento pode ser facilitador da adaptação ao meio hospitalar, o qual consideram ser de extrema

importância a diminuição de sentimentos gerados pela incerteza da sua situação aquando da entrada do cliente no hospital (CARDOSO e PINTO, 2002).

Segundo Moreira (2000), o enfermeiro deve adoptar uma prática de cuidados holísticos que incluam as áreas físicas, psicológicas e espirituais, aplicando conhecimentos especializados e específicos, de modo a conseguir satisfazer as necessidades da criança e da família. Ou seja, todo o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros deverá ser focado na criança/família como objecto primário da sua atenção e não na doença.

Existem determinados factores a ter em conta no processo de acolhimento dos utentes: a aparência em geral, o aspecto pessoal, a postura e as atitudes corporais, os gestos, o olhar, a expressão facial, o tom de voz, o toque, a empatia, a escuta activa, a disponibilidade, o interesse pelos outros, o respeito, o respeito pelo pudor e o calor humano (CARDOSO e PINTO, 2002).

O serviço de urgência e o enfermeiro

A enfermagem de urgência diz então respeito aos cuidados de enfermagem prestados às pessoas de modo a prevenir uma situação de urgência, que esteja a emergir ou quando é identificado um problema considerado uma emergência (SANTOS, 1999).

Na mesma linha de pensamento Neves (2002), referem que os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e normalmente agudos e que, na prática de enfermagem no serviço de urgência, requer um conjunto único de capacidades, que o enfermeiro deve possuir, avaliativas, interventivas e de tratamento quer sejam de carácter geral ou especializados.

Os cuidados de Enfermagem em serviços de urgência obriga a um conhecimento mais abrangente dada a diversidades de situações que a ele recorrem, quer a nível dos vários sistemas do organismo, quer seja nas deferentes idades ou até mesmo por outras diversas variáveis.

Santos (1999), considera ser fundamental que os enfermeiros que trabalham em serviços de urgência sejam peritos e conhecedores profundos das situações clínicas para poderem cuidar, dos doentes que necessitem dos seus cuidados, com segurança e auto-controlo. As funções do enfermeiro de urgência são autónomas e interdependentes

onde assumem a responsabilidade e a prestação directa dos cuidados aos utentes e actua em interdependência com outros membros da equipa interdisciplinar.

O serviço de urgência e os utentes

Os cuidados de saúde devem ser orientados cada vez mais para a pessoa e para a saúde, deve ser vista com maior amplitude, incluindo os aspectos inerentes ao cliente do sistema de saúde tais como aspectos intelectuais, emocionais, sociais e espirituais, muitas vezes esquecidos, deste modo o cliente na enfermagem como principal alvo dos cuidados, ou seja, como ser biopsicosocial que é.

Braga et al (2003), partilha da opinião, que para criar uma melhor expectativa e consequente satisfação do cliente nos serviços de saúde, há que dar-lhe a melhor qualidade de cuidados possível, ao mais baixo custo, se possível gratuitamente, e atender ao modo como o próprio cliente é cuidado sem esquecer as pessoas significativas para ele.

No serviço de urgência os clientes reagem muitas vezes de forma negativa, não relativamente ao meio nem ao conteúdo, mas à forma como a informação é transmitida. Os clientes referem que a informação é transmitida nas salas de espera ou nos corredores, onde não é tida em conta a confidencialidade. A necessidade de informação por parte do cliente e sua família, é reconhecida no campo conceptual como um direito destes e como dever profissional dos enfermeiros no contexto da sua prática de cuidados (DUARTE et al, 2003).

O serviço de urgência e os pais

Os cidadãos de um país, no seu conjunto, são capazes de identificar a qualidade do seu sistema de saúde. Podem individualmente ou num colectivo, deixar-se abstrair pelo acessório, esquecendo o principal, podem os avanços tecnológicos sobreporem-se ao carinho dos cuidados, pode a aparente eficiência das manobras dispensar a informação devida ao cidadão doente e sua família, mas não há lugar para ilusões.

Cada vez mais o ponto de vista dos utilizadores dos serviços de saúde relativamente aos cuidados de saúde, funcionam como factor determinante da avaliação da qualidade dos cuidados. A satisfação dos pais pode servir como um atributo para os

indicadores dos cuidados com qualidade, pois os cuidados não são considerados de qualidade se os utentes não demonstrarem satisfação.

Por todas estas razões, é preciso ouvir as pessoas. Saber o que sentem, o que pensam e porquê, aquilo que preferem e porque razão.

A primeira demonstração de apreço ou desagrado expressa-se formalmente ou não, no acto de prestação do próprio serviço de saúde. Esta fonte de informação não pode ser menosprezada, quer pelo seu carácter gratuito e espontâneo, quer pela influência na satisfação ou insatisfação dos funcionários que estão na primeira linha de contacto. É importante que as organizações de saúde aprendam a analisar e a retirar conclusões desta fonte de informação (NEVES, 2002).

O livro de reclamações e a caixa de sugestões, que em parte se introduziu nas rotinas dos serviços de saúde, não tem tido o devido aproveitamento gestor. Porém o aproveitamento das fontes espontâneas de informação não invalida a necessidade de estudos específicos do grau de satisfação dos utentes, permitindo análises mais rigorosas ou especializadas, cujos resultados são considerados importantes para influenciar actuações futuras e explicitar junto dos cidadãos os reflexos organizacionais da expressão das suas opiniões, sem que isso signifique o seu acatamento cego (NEVES, 2002).

A satisfação e as suas diversas dimensões têm sido reconhecidas como parte integrante dos cuidados, e há evidência de que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos doentes. Os doentes que estão mais insatisfeitos com os seus cuidados de saúde estão mais predispostos a não seguirem as indicações médicas, e não recorrerem novamente aos cuidados de saúde para tratamentos e podem mesmo mostrar melhorias pouco significativas, devido à não continuidade dos cuidados (FERREIRA et al., 2003).

O serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E

O Centro Hospitalar Tondela - Viseu, E.P.E iniciou funções em Julho de 1997, sendo inaugurado o Serviço de Urgência Pediátrica na mesma altura. O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) é uma unidade funcional dependente do Serviço de Pediatria e integrado na Urgência Geral. Têm por objectivo a prestação de cuidados urgentes de forma continuada a todas as crianças e jovens até aos 18 anos de idade.

Têm instalações próprias nomeadamente: Recepção/secretariado, Sala de Espera, Sala de Triagem, Salas de Observação, Sala de Pequena Cirurgia, Sala de Gessos, Sala de Aerossol, Sala de Reanimação, Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), Sala de Reunião, Copa entre outras.

A direcção do SUP compete ao Coordenador, sem prejuízo das competências do director da urgência geral, e do director do Serviço de Pediatria, e ainda da competência específica do Enf. Chefe. Assim o coordenador deve orientar o SUP, de modo a obter a maior eficiência dos meios humanos e técnicos disponíveis, uma assistência humanizada, de boa qualidade e ainda a elaboração das escalas dos médicos da urgência. O SUP tem pessoal de Enfermagem, administrativo, assistentes operacionais próprios e as equipas médicas são escaladas rotativamente de entre todos os médicos do SUP: Pediatras e Internos da Especialidade.

Quanto à equipa de Enfermagem, a mesma é constituída por 21 Enfermeiros, 9 deles detentores da Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria, sendo um deles a Enfermeira Chefe, 7 Enfermeiros Graduados e 5 Enfermeiros nível 1. O método de trabalho em vigor é o método individual. São distribuídos por 3 turnos: manhã, tarde e noite. Sendo que de manhã são escalados 4/5 enfermeiros, de tarde 4 e a noite 3. São distribuídos por três áreas: triagem, apoio e UICD (onde costumam ficar dois elementos durante os turnos da manhã e da tarde).

Os doentes após a inscrição no secretariado são triados por um Enfermeiro com vista a avaliar a maior ou menor gravidade da situação, estabelecendo assim a prioridade na observação médica. Nessa triagem é avaliada a temperatura, o peso e outras observações consideradas relevantes e anotadas no boletim de inscrição no SUP. Os doentes que venham referenciados pelo seu médico assistente com carta, terão prioridade sobre os outros doentes, excepto se na triagem se detectar uma maior urgência numa outra criança, mesmo não referenciada.

Os doentes que entrem no SUP e precisem de cuidados imediatos (convulsões, coma, acidentes, infecções graves, choque, intoxicações) entram de imediato na sala de reanimação devendo o Enfermeiro da triagem pedir ajuda à restante equipa médica, de enfermagem e pessoal auxiliar de acção médica. Logo que o doente esteja estabilizado deve ser encaminhado para a UICD ou Internamento. Se após a observação clínica, se entender necessária a colaboração de outro especialista, este deve ser contactado para que se desloque à Urgência Pediátrica, onde o doente deverá ser observado. A sala de reanimação tem que estar sempre operacional para atender

de forma eficaz qualquer situação de emergência, não devendo de forma alguma servir para consulta ou sala de observação. A verificação de material de reanimação, dos fármacos e o funcionamento de todo o equipamento é da responsabilidade do Enfermeiro de Apoio ou do responsável de turno.

A UICD tem uma lotação de 6 camas. Neste número estão incluídas camas para crianças e adolescentes e para pequenos lactentes ou recém-nascido. Nesta unidade, são internadas crianças e adolescentes dos 0 aos 18 anos, sempre que se preveja no acto de admissão que a hospitalização não irá exceder mais que 24/48 horas ou ainda perante situações em que há dúvidas se o internamento na enfermaria se vem ou não a justificar. Logo que esclarecida a situação, deverá sair da UICD, não ultrapassando as 24 horas e só excepcionalmente as 48 horas. O destino será o Internamento, Neonatologia, encaminhamento para a Consulta Externa, alta para o domicílio ou transferência para outro hospital. Sempre que a lotação da UICD estiver esgotado, o médico de serviço avaliará qual dos doentes estarão em condições de transitar para o Internamento ou Neonatologia.

Quando a situação clínica do doente justificar a sua transferência para um Hospital Central, este deverá ir acompanhado por um ou dois Enfermeiros, ou ainda por um Médico e Enfermeiro, de acordo com o que for mais ajustado ao quadro clínico do doente. Nas situações mais críticas, deverá ser feita a transferência via INEM, contactando o Hospital Pediátrico, ou por helicóptero de acordo com protocolo estabelecido com CODU. Poderá ainda o doente ser transferido de ambulância e acompanhado, apenas por familiares, se isso for considerado pelo médico que transfere.

Se, para esclarecer determinada situação clínica, o médico precisar de recorrer a exames complementares, nomeadamente, análises ao sangue e à urina, é obrigatório abrir uma ficha específica para esse fim, onde deverá ficar registada uma breve descrição da situação clínica e os resultados se entretanto forem conhecidos. Se os resultados laboratoriais, vão ser conhecidos mais tarde ou nos dias seguintes ou se é considerado oportuno reavaliar o doente no dia, ou dias seguintes, então essa ficha ficará guardada nos "Pendentes" após ter sido dada alta administrativa. Sempre que o doente seja reavaliado nesta situação, deverá estar presente a sua ficha e só terá alta dos "Pendentes" após o doente ser esclarecido e orientado. Sempre que um doente com ficha nos "Pendentes" volta para ser reavaliado, deve inscrever-se de novo no SUP.

Os doentes quando entram para ser observados no SUP podem ser acompanhados pelos seus pais, ou seus representantes que tenham ligação à criança ou jovem. As crianças mais velhas e os adolescentes podem ser observados sozinhos se manifestarem esse desejo. Na UICD não são permitidas visitas, excepto o acompanhamento de ambos os pais ou seus substitutos. O pai, a mãe ou seu substituto legal que acompanha o filho na UICD, (um deles) tem direito às refeições que se verificarem durante a permanência do seu filho nesta unidade.

Os pais têm para descansar, enquanto acompanharem os filhos na UICD, um cadeirão situado junto à sua cama. Só um dos pais pode acompanhar o filho durante a noite, excepto em casos devidamente justificados e em que os pais sejam de longe ou a situação clínica o aconselhe pode ser atribuído um quarto no sector a eles destinados. Devem colaborar com a equipe médica e de enfermagem nos cuidados a prestar ao seu filho: alimentação, higiene e medicação. Todas estas orientações estão contidas no Boletim de Acolhimento da UICD numa forma mais específica e orientada.

Há disponíveis pequenas refeições para as crianças e para os pais que aguardem no SUP o resultado ou a execução de algum exame complementar. A gestão desta refeição é da responsabilidade da Enf. Chefe ou responsável de turno, na ausência desta. Pretende-se com esta medida atender, também, situações sociais e familiares, cuja passagem pelo SUP seja mais demorada, ocorra a horas de refeições, longe do domicílio e sem suporte familiar. A equipa médica e de enfermagem em serviço no SUP deve pedir a colaboração da Assistente Social, sempre que a história social e familiar mereça uma avaliação mais detalhada.

3 – METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-correlacional, transversal, de abordagem de investigação mista e exploratório, com orientação quantitativa, num movimento dedutivo-indutivo (FORTIN, 2000).

Reportamo-nos a uma amostra por conveniência composta por 100 pais/acompanhantes de crianças e adolescentes que recorreram ao Serviço de Urgência Pediátrica do CHT – V, E.P.E, no período compreendido entre 18 de Abril e 30 de Maio de 2011. Perante o conceito central, a este estudo de investigação, desenvolveu-se a seguinte operacionalização (Figura 1).

Figura 1 - Desenho de investigação



Para a concretização deste estudo utilizamos um inquérito por questionário (Anexo 1). O mesmo foi elaborado para um estudo realizado no Hospital Espírito Santo de Évora, EPE, sobre a satisfação dos seus utentes, em Maio de 2007. Foi pedida autorização para adaptação deste questionário ao serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE, devido à especificidade do mesmo, e que foi autorizado (Anexo 2). Solicitamos ao Conselho de Administração do CHT-V, EPE autorização para sua aplicação no referido serviço tendo sido autorizado (Anexo 3).

Trata-se de um questionário misto, constituído por questões abertas e fechadas, organizadas em 8 partes: Aspectos gerais (imagem, qualidade e satisfação); Caracterização dos acessos; Caracterização da admissão de doentes; Caracterização do pessoal; Caracterização das condições dos exames e tratamentos; Caracterização das instalações e equipamentos; Expectativas e sugestões globais dos utentes e caracterização do inquirido.

A última parte, destina-se à colheita de características inerentes ao inquirido. A primeira parte, diz respeito a opinião do inquirido sobre o Hospital em geral, enquanto que, nas outras se procura saber a sua opinião em relação ao serviço de Urgência Pediátrica, nomeadamente sobre os seus serviços, as suas instalações e seus recursos humanos.

Os dados colhidos através da aplicação do questionário foram processados, através do programa Statistical Package for the Social Sciences version 20 (SPSS). O nível de significância estatística do teste (descrito ao longo do trabalho por p), para o estudo, é de 5% ($p=0.05$). Assim, todos os testes estatísticos com valor de p inferior a 0.05 foram considerados estatisticamente significativos.

4 – RESULTADOS

Caracterização da amostra

Pela análise do quadro 1, podemos observar que relativamente à idade, observa-se uma idade média de 34,96 anos, com um mínimo de 17 anos e um máximo de 50 anos, com um desvio padrão de 6,75 anos, e um coeficiente de variação de 19,31%.

Quadro 1 – Distribuição da amostra segundo a idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	CV (%)
Idade	100	17	50	34,96	6,75	19,31%

Segundo o quadro 2, podemos observar que a totalidade da amostra era constituída apenas pelos pais da criança, não se observando a presença de avós ou outros acompanhantes. De salientar que 74,0% da amostra eram mães, enquanto que, os restantes 26,0% referem-se aos pais das crianças.

Quadro 2 – Distribuição do grau de relação com a criança segundo o sexo

		Sexo					
		Feminino		Masculino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Relação com a criança	Mãe/Pai	74	74,0%	26	26,0%	100	100,0%
	Total	74	74,0%	26	26,0%	100	100,0%

Pela análise do quadro 3 verifica-se que, relativamente à distribuição da amostra segundo o nível de escolaridade, 31,0% possuía/frequentava o ensino secundário complementar, 26,0% possuía o 3º Ciclo (9ª classe). A mesma percentagem (26,0%) possuía/frequentava um Curso Superior/Licenciatura. De referir que não foram observados casos de indivíduos sem escolaridade.

Quadro 3 – Distribuição da amostra segundo o Nível de Escolaridade

		N	%
Nível de Escolaridade	Ensino Básico		
	1º Ciclo (4ª classe)	5	5,0%
	2º Ciclo (6ª classe)	7	7,0%
	3º Ciclo (9ª classe)	26	26,0%
	Sub-Total	38	38,0%
	Ensino Secundário/Profissional		
	Ensino Secundário Complementar	31	31,0%
	Curso Técnico-Profissional	4	4,0%
	Sub-Total	35	35,0%
	Ensino Superior		
	Bacharelato ou Curso Médio	1	1,0%
	Licenciatura ou Superior	26	26,0%
Sub-Total	27	27,0%	
Total	100	100,0%	

Pela análise do quadro 4 verifica-se que, relativamente à distribuição da amostra segundo a situação profissional, 64,0% da amostra era trabalhador(a) por conta de outrem, enquanto que, 24,0% se encontrava desempregado(a). 3,0% da amostra era estudante.

Quadro 4 – Distribuição da amostra segundo a Situação Profissional

		N	%
Situação Profissional	Desempregado(a)	24	24,0%
	Reformado(a)	0	0,0%
	Estudante	3	3,0%
	Trabalhador(a) por conta de outrem	64	64,0%
	Trabalhador(a) por conta própria	9	9,0%
Total	100	100,0%	

Para facilitar a apresentação dos dados e obter a máxima clareza e objectividade apresentamos os dados de acordo com as questões que constituem o questionário de avaliação da qualidade e da satisfação dos utentes relativamente à urgência pediátrica. Assim, obtivemos respostas relativamente às seguintes questões:

Aspectos Gerais

Segundo o quadro 5 verifica-se que 73,0% da amostra se encontrava satisfeito(a) com os serviços prestados pelo Hospital, 17,0% muito satisfeito(a) e 10,0% considerava-se pouco satisfeito(a) com os serviços prestados.

Quadro 5 – Distribuição da amostra segundo a satisfação com os serviços prestados pelo Hospital

		N	%
Satisfação com os serviços	Muito Satisfeito(a)	17	17,0%
	Satisfeito(a)	73	73,0%
	Pouco Satisfeito(a)	10	10,0%
Total		100	100,0%

Pela análise dos quadros 6 e 7, podemos constatar que a maior parte da amostra considera aceitável/suficiente a Imagem (48,0%) e a Qualidade (47,0%) do Hospital, 46,0% considera a imagem do Hospital como Boa, e 45,0% atribui a mesma classificação à qualidade do Hospital. Apenas 2,0% considera má a Qualidade do Hospital.

Quadro 6 – Distribuição da amostra segundo como considera a Imagem do Hospital

		N	%
Imagem do Hospital	Muito boa	5	5,0%
	Boa	46	46,0%
	Aceitável/Suficiente	48	48,0%
	Não Sabe	1	1,0%
Total		100	100,0%

Quadro 7 – Distribuição da amostra segundo como considera a Qualidade do Hospital

		N	%
Qualidade do Hospital	Muito boa	5	5,0%
	Boa	45	45,0%
	Aceitável/Suficiente	47	47,0%
	Má	2	2,0%
	Não Sabe	1	1,0%
Total		100	100,0%

Acesso

Segundo o quadro 8, verificamos que 23,0% se deslocou ao SUP por aconselhamento do Centro de Saúde, enquanto que, 77,0% referenciou outro tipo de entidade. Neste caso (N=77), e pela análise do quadro 9 verificamos que 75,3% destes se deslocaram por iniciativa própria, 15,6% por aconselhamento do Pediatra, e 7,8% por aconselhamento da Escola. Apenas 1,3% referenciou a Linha Saúde 24.

Quadro 8 – Distribuição da amostra segundo quem aconselhou/recomendou a vinda ao SUP

		N	%
	Centro de Saúde	23	23,0%
	Outro	77	77,0%
Total		100	100%

Quadro 9 – Distribuição da amostra segundo a entidade referenciadora descrito no campo “Outro”

		N	%
Outro: Qual?	O próprio (mãe/pai)/Iniciativa própria	58	75,3%
	Pediatra	12	15,6%
	Saúde 24	1	1,3%
	Escola	6	7,8%
Total		77	100,0%

Pela análise do quadro 10, verificamos que apenas 4,0% referiu a ocorrência de acidentes como motivo da vinda ao SUP, enquanto que, os restantes 96,0% referiu a doença como motivo da vinda.

Quadro 10 – Distribuição da amostra segundo o motivo da vinda da criança ao SUP

		N	%
Motivo	Acidentes	4	4,0%
	Doença	96	96,0%
Total		100	100,0%

Pela análise do quadro 11, verificamos que 55,0% referiu ter sido esclarecido a respeito do sistema de triagem, enquanto que, 39,0% referiu não se encontrar esclarecido sobre este.

Quadro 11 – Distribuição da amostra segundo se foi esclarecido a respeito do sistema de triagem

		N	%
Esclarecimento	Sim	55	55,0%
	Não	39	39,0%
	Não Sabe	5	5,0%
	Não Responde	1	1,0%
Total		100	100,0%

Segundo o quadro 12, verificamos que 18,0% apresentava prioridade 2, 15,0% prioridade 1, e 3,0% prioridade 3. De notar que 63,0% não tinha conhecimento da prioridade atribuída no sistema de triagem.

Quadro 12 – Distribuição da amostra segundo a prioridade atribuída no sistema de triagem

		N	%
Qual a prioridade atribuída à situação da criança que trouxe?	Prioridade 1	15	15,0%
	Prioridade 2	18	18,0%
	Prioridade 3	3	3,0%
	Não Sabe	63	63,0%
	Não Responde	1	1,0%
Total		100	100,0%

Pela análise do quadro 13, verificamos que relativamente ao tempo de espera após a passagem pela triagem, 47,0% afirma ter espera até 90minutos, e 29,0% afirmou ter esperado até 20minutos. De referir que 4,0% da amostra afirmou ter esperado mais que 240minutos para ser atendido.

Quadro 13 – Distribuição da amostra segundo o tempo até ser atendida

		N	%
Depois de passar pela triagem, quanto tempo esperou até ser atendido?	0 min.	4	4,0%
	até 20 min.	29	29,0%
	até 90 min.	47	47,0%
	até 120 min.	9	9,0%
	até 240 min.	3	3,0%
	>240 min.	4	4,0%
	Não Sabe	4	4,0%
	Não responde	0	0,0%

Total	100	100,0%
-------	-----	--------

Segundo o quadro 14, podemos constatar que 46,0% da amostra considerou como aceitável/suficiente a informação prestada sobre o sistema de triagem pelo Hospital, enquanto que, 18,0% considerou-a como má, 11,0% considerou a informação como boa, enquanto que apenas 2,0% a classificou como muito boa, 22,0% não sabe/não responde.

Quadro 14 – Distribuição da amostra segundo a classificação da informação prestada pela Hospital em relação ao sistema de triagem

		N	%
Classificação da Informação	Muito bom	2	2,0%
	Bom	11	11,0%
	Aceitável/Suficiente	46	46,0%
	Mau	18	18,0%
	Péssimo	1	1,0%
	Não Sabe	20	20,0%
	Não responde	2	2,0%
Total		100	100,0%

Admissão de doentes

Relativamente à satisfação com o Pessoal Administrativo, segundo o quadro 15, podemos observar que 70,0% considerou como aceitável/suficiente o desempenho do pessoal administrativo e 25,0% como bom.

Quadro 15 – Distribuição da amostra segundo o desempenho do pessoal Administrativo

		N	%
Pessoal Administrativo	Muito bom	5	5,0%
	Bom	25	25,0%
	Aceitável/Suficiente	70	70,0%
Total		100	100,0%

Pessoal

Pela análise do quadro 16, relativo à satisfação com o desempenho do pessoal médico, podemos verificar que relativamente à explicação detalhada sobre a situação de doença, 45,0% considerou boa a explicação e 36,0% como aceitável/Suficiente. Na explicação sobre tratamentos e/ou exames 48,0% considerou boa a explicação e 35,0%

aceitável/suficiente. No caso da questão relativa ao envolvimento nas decisões, 44,0% considerou existir um bom envolvimento, enquanto 36,0% considerou este envolvimento aceitável/suficiente. Relativamente ao desempenho de funções, 47,0% considerou como bom esse desempenho, enquanto que, 34,0% considerou-o como aceitável/suficiente, verificando-se no caso da simpatia/disponibilidade/cortesia uma maior percentagem de indivíduos que consideraram como boa esta característica do desempenho médico (47,0%). Nenhum indivíduo classificou como péssimo qualquer um destes pontos de avaliação do desempenho profissional.

Quadro 16 – Distribuição da amostra segundo o desempenho do pessoal Médico

	Muito bom		Bom		Aceitável Suficiente		Mau		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Explicação detalhada sobre a situação de doença	17	17,0%	45	45,0%	36	36,0%	2	2,0%	100	100,0%
Explicação detalhada sobre os tratamentos e/ou exames	17	17,0%	48	48,0%	35	35,0%	0	0,0%	100	100,0%
Envolvimento nas decisões relativas à escolha das alternativas e/ou soluções clínicas	17	17,0%	44	44,0%	36	36,0%	3	3,0%	100	100,0%
Desempenho de funções	18	18,0%	47	47,0%	34	34,0%	1	1,0%	100	100,0%
Simpatia/disponibilidade/cortesia	16	16,0%	47	47,0%	31	31,0%	6	6,0%	100	100,0%

Pela análise do quadro 17, relativo à satisfação com o desempenho do pessoal de Enfermagem, podemos verificar que relativamente à explicação detalhada sobre a situação de doença, 46,0% considerou boa a explicação e 36,0% aceitável/suficiente. Na explicação sobre tratamentos e/ou cuidados de enfermagem 46,0% considerou boa a explicação e 36,0% aceitável/suficiente. No caso da questão relativa ao envolvimento nas decisões, 44,0% considerou existir um bom envolvimento, enquanto 36,0% considerou este envolvimento como aceitável/suficiente. Relativamente ao desempenho de funções, 46,0% considerou como bom esse desempenho, enquanto que, 36,0% considerou-o como aceitável/suficiente, verificando-se no caso da simpatia/disponibilidade/cortesia uma maior percentagem de indivíduos que

consideraram como boa esta característica do desempenho (41,0%). Nenhum indivíduo classificou como péssimo qualquer um destes pontos de avaliação do desempenho profissional.

Quadro 17 – Distribuição da amostra segundo o desempenho do pessoal de Enfermagem

	Muito bom		Bom		Aceitável Suficiente		Mau		Não Sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Explicação detalhada sobre a situação de doença	14	14,0%	46	46,0%	36	36,0%	3	3,0%	1	1,0%	100	100,0%
Explicação detalhada sobre os tratamentos e/ou cuidados de enfermagem	16	16,0%	46	46,0%	36	36,0%	1	1,0%	1	1,0%	100	100,0%
Envolvimento nas decisões relativas à escolha das alternativas e/ou orientações em cuidados de saúde	17	17,0%	44	44,0%	36	36,0%	2	2,0%	1	1,0%	100	100,0%
Desempenho de funções	18	18,0%	46	46,0%	36	36,0%	0	0,0%	0	0,0%	100	100,0%
Simpatia/disponibilidade/cortesia	19	19,0%	41	41,0%	36	36,0%	4	4,0%	0	0,0%	100	100,0%

Pela análise do quadro 18, relativo ao desempenho de outro pessoal, no caso do desempenho de funções, 47,0% da amostra considerou como aceitável/suficiente esse desempenho, enquanto que, 44,0% considerou-o como bom. No caso da simpatia/disponibilidade/cortesia verifica-se que 48,0% considerou como aceitável/suficiente este ponto nos profissionais em questão, e 43,0% como bom este ponto. Nenhum indivíduo classificou como péssimo ou mau, qualquer um destes pontos de avaliação do desempenho profissional.

Quadro 18 – Distribuição da amostra segundo o desempenho de outro pessoal

	Muito bom		Bom		Aceitável Suficiente		Não Responde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desempenho de funções	8	8,0%	44	44,0%	47	47,0%	1	1,0%	100	100,0%
Simpatia/disponibilidade/ cortesia	8	8,0%	43	43,0%	48	48,0%	1	1,0%	100	100,0%

Exames e tratamentos

Pela análise do quadro 19, verificamos que 74,0% referiu ter realizado exames de diagnóstico e terapêutica (N=74). Dentro desta amostra que realizou exames, pela análise do quadro 20 verificamos que em 47,3% dos casos estes consideraram como aceitável/suficiente o desempenho dos técnicos de saúde, e 39,2% como bom. Relativamente ao tempo de espera para realização e resultados dos exames (N=74), verificamos pelo quadro 21 que a maior parte da amostra considerou aceitável/suficiente o tempo de espera para realização de exames (37,8%) e obtenção dos resultados desses exames (35,1%). No caso da realização de análises (N=74), podemos verificar pelo quadro 22 que, relativamente ao tempo de espera para realização destas a maior parte da amostra considerou-o como aceitável/suficiente (36,5%), e como aceitável/suficiente o tempo de espera para a obtenção dos resultados (40,5%). De referir que relativamente ao tempo de espera dos resultados dos exames e das análises, 14,9% considerou-os como mau.

Quadro 19 – Distribuição da amostra segundo se realizou alguns exames de diagnóstico e terapêutica

		N	%
Realização de exames	Sim	74	74,0%
	Não	26	26,0%
Total		100	100,0%

Quadro 20 – Distribuição da amostra segundo o desempenho dos técnicos de saúde

	Muito bom		Bom		Aceitável/ Suficiente		Mau		Não Sabe		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Desempenho	6	8,1%	29	39,2%	35	47,3%	3	4,1%	1	1,4%	74	100,0%

Quadro 21 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera dos exames de radiologia

	Muito bom		Bom		Aceitável Suficiente		Mau		Péssimo		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo de espera para realização	13	17,6%	23	31,1%	28	37,8%	4	5,4%	0	0,0%	6	8,1%	74	100,0%
Tempo de espera para resultados	5	6,8%	22	29,7%	26	35,1%	11	14,9%	2	2,7%	8	10,8%	74	100,0%

Quadro 22 – Distribuição da amostra segundo o tempo de espera das análises

	Muito bom		Bom		Aceitável Suficiente		Mau		Péssimo		NS/NR		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tempo de espera para realização	16	21,6%	21	28,4%	27	36,5%	4	5,4%	0	0,0%	6	8,1%	74	100,0%
Tempo de espera para resultados	6	8,1%	19	25,7%	30	40,5%	11	14,9%	3	4,1%	5	6,8%	74	100,0%

Instalações

Relativamente ao quadro 23, referente à satisfação da amostra com as instalações físicas, verificamos que a maior parte da amostra considera como aceitáveis/suficientes as instalações físicas (52,0%) e as sinaléticas para acessos (60,0%), verificando-se uma classificação de bom nas instalações físicas e sinaléticas de 32,0% e 31,0% respectivamente.

Quadro 23 – Distribuição da amostra segundo a satisfação com as instalações físicas

	Muito bom		Bom		Aceitável/Suficiente		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Instalações físicas	8	8,0%	32	32,0%	52	52,0%	100	100,0%
Sinalética para acessos	6	6,0%	31	31,0%	60	60,0%	100	100,0%

Expectativas

Pela análise dos quadros 24 e 25 relativos às expectativas, verificamos que 91,0% da amostra voltaria ao Hospital e 80,0% aconselharia um amigo/familiar a recorrer para este. 4,0% referiu não pretender voltar ao Hospital e 3,0% desaconselharia a algum familiar/amigo a recorrer a este.

Quadro 24 – Distribuição da amostra segundo se voltaria para este Hospital

		N	%
Voltaria para este hospital?	Sim	91	91,0%
	Não	4	4,0%
	Não Responde	5	5,0%
Total		100	100,0%

Quadro 25 – Distribuição da amostra segundo se aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Hospital

		N	%
Aconselharia a recorrer a este hospital?	Sim	80	80,0%
	Não sabe	3	3,0%
	Não Responde	17	17,0%
Total		100	100,0%

Relativamente ao quadro 26, referente às sugestões para a melhoria do Serviço de Urgência do Hospital, verificamos que a maior parte da amostra não apresenta sugestões (53,0%), enquanto que, 26,0% menciona uma sala de espera maior, outras das sugestões é um sistema de triagem diferente com 7,0%, enquanto que 6,0% da amostra aponta para mais recursos humanos e materiais.

Quadro 26 – Distribuição da amostra segundo as sugestões para a melhoria do Serviço de Urgência do Hospital

	N	%
Tempo de espera	1	1,0%
Mais limpeza	1	1,0%
Fraldário melhor/sanitários	1	1,0%
Atendimento mais rápido	1	1,0%
Mais simpatia na triagem	1	1,0%
Mais recursos humanos e materiais	6	6,0%
Sala de espera maior	20	20,0%
Melhorar a decoração (cortinas SO mais alegres, mais brinquedos, paredes decoradas com bonecos, revistas)	1	1,0%
Fornecer mais informação	1	1,0%
Rigor, humanismo no atendimento, mais informação	1	1,0%
Sem sugestões	53	53,0%
Sistema Triagem Diferente	7	7,0%
Existir mais médicos	1	1,0%
Acessos mais organizados	1	1,0%
Consulta processo informático consulta/internamento	1	1,0%
Sala de espera com melhores condições físicas	2	2,0%
Pessoal mais qualificado	1	1,0%
Total	100	100,0%

Análise Inferencial

Após a apresentação e análise descritiva dos dados obtidos passamos, seguidamente, à abordagem inferencial que nos permitirá responder às questões de investigação.

Hipótese 1 – As variáveis sócio-familiares influenciam a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE.

Para verificar a existência de associação entre as variáveis sócio-familiares e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes, com excepção da variável idade (variável numérica), optámos pelo uso do Teste Qui-Quadrado por se tratar de uma análise entre variáveis categóricas. No caso da variável idade optámos pelo uso da Análise Discriminante Linear por se tratar de uma análise entre uma variável independente numérica e uma variável dependente categórica.

Pela análise dos quadros 27, 28 e 29 referentes aos testes Qui-Quadrado entre o sexo, a situação profissional e o nível de escolaridade, e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes, não se observa a existência de relações entre as variáveis sócio-familiares e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes ($p > 0,05$). Contudo, pela observação do Quadro 30, referente à Análise Discriminante Linear entre a Idade e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes, podemos verificar uma média de idades maior nos indivíduos totalmente satisfeitos face aos restantes, observando-se a existência de diferenças estatisticamente significativas (p Wilk's Lambda=0,026) entre as variáveis. Desta forma, existem evidências estatísticas que indiciam que a idade influencia a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes ($p < 0,05$).

Quadro 27 – Teste Qui-Quadrado entre o sexo e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes

		Satisfação			Total	X ²	df	p
		Totalmente Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)	Satisfeito(a)				
Sexo	Masculino	Observados	16	48	50	0,270	2	0,874
		Esperados	16,9	47,4	49,8			
	Feminino	Observados	5	11	12			
		Esperados	4,1	11,6	12,2			

Total	Observados	21	59	62	142			
	Esperados	21,0	59,0	62,0	142,0			

1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,14.

Quadro 28 – Teste Qui-Quadrado entre a situação profissional e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes

			Satisfação			Total	X ²	df	p	
			Totalmente Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)	Satisfeito(a)					
Situação Profissional	Sem Actividade Profissional	Observados	5	7	12	24	2,879	4	0,578	
		Esperados	3,5	10,0	10,5	24,0				
	Trabalhador(a) por conta de outrem	Observados	13	40	42	95				
		Esperados	14,0	39,5	41,5	95,0				
	Trabalhador(a) por conta própria	Observados	3	12	8	23				
		Esperados	3,4	9,6	10,0	23,0				
	Total		Observados	21	59	62				142
			Esperados	21,0	59,0	62,0				142,0

2 cells (22,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,40.

Quadro 29 – Teste Qui-Quadrado entre o nível de escolaridade e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes

			Satisfação			Total	X ²	df	p
			Totalmente Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)	Satisfeito(a)				
Nível de Escolaridade	Básico	Observados	9	19	29	57	4,017	4	0,404
		Esperados	8,4	23,7	24,9	57,0			
	Secundário/profissional	Observados	6	19	20	45			
		Esperados	6,7	18,7	19,6	45,0			
	Superior	Observados	6	21	13	40			
		Esperados	5,9	16,6	17,5	40,0			
Total		Observados	21	59	62	142			
		Esperados	21,0	59,0	62,0	142,0			

0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,92.

Quadro 30 – Análise Discriminante Linear entre a Idade e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes

Satisfação		Média	Desvio Padrão	p Teste de Igualdade	Box's M p	Eigenvalue	Wilk's Lambda	Função Canónica Discriminante
Totalmente Satisfeito(a)	Idade	39,48	13,325	0,026	0,000	0,054 % Variância = 100,0%	0,949 p =0,026	0,520
Muito Satisfeito(a)	Idade	35,29	6,190					-0,005
Satisfeito(a)	Idade	33,97	7,085					-0,171
Total	Idade	35,33	8,126					

Hipótese 2 – A percepção da informação sobre o sistema de triagem influencia a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE.

Para verificar a existência de associação entre a percepção da informação sobre o sistema de triagem e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes, optámos pelo uso do Teste Qui-Quadrado por se tratar de uma análise entre variáveis categóricas. Neste caso, por se observarem mais de 20% das células de frequência esperada inferior a 5 em todos os testes, optaremos pelo uso dos valores obtidos pelo Likelihood Ratio Test ao invés do Pearson Chi-Square.

Pela análise do quadro 31, podemos observar a existência de associação entre a percepção da informação sobre o sistema de triagem e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes (LR $p=0,004$). Desta forma existem evidências para a existência de associação entre a percepção da informação sobre o sistema de triagem e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes ($p<0,05$).

Analisando as diferenças entre os casos esperados e observados, verificam-se as maiores diferenças entre os casos esperados e observados no grupo de indivíduos com um nível percepção não sabe e satisfeitos, observando-se um maior número de casos observados quando comparados aos casos esperados. Observam-se também diferenças nos indivíduos com nível de percepção mau e satisfeitos, que apresentam um menor número de casos observados face aos esperados. Também entre os

indivíduos com nível de percepção mau e pouco satisfeitos, observa-se um maior número de casos observados face aos esperados.

Quadro 31 – Teste Qui-Quadrado entre a Percepção da Informação sobre o Sistema de Triagem e a Satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes

			Satisfação			Total	LR	df	p
			Muito Satisfeito(a)	Satisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)				
Percepção da Informação sobre o Sistema de Triagem	Muito bom	Observados	1	1	0	2	29,335	12	0,004
		Esperados	0,3	1,5	0,2	2,0			
	Bom	Observados	4	7	0	11			
		Esperados	1,9	8,0	1,1	11,0			
	Aceitável Suficiente	Observados	8	33	5	46			
		Esperados	7,8	33,6	4,6	46,0			
	Mau	Observados	4	11	3	18			
		Esperados	3,1	13,1	1,8	18,0			
	Péssimo	Observados	0	1	0	1			
		Esperados	0,2	0,7	0,1	1,0			
	Não Sabe	Observados	0	20	0	20			
		Esperados	3,4	14,6	2,0	20,0			
	Não responde	Observados	0	0	2	2			
		Esperados	0,3	1,5	0,2	2,0			
	Total	Observados	17	73	10	100			
		Esperados	17,0	73,0	10,0	100,0			

16 cells (76,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 0,10

5 – CONCLUSÕES E PROPOSTAS

Tendo por base, a situação actual, é unânime o reconhecimento da crescente exigência e expectativa gerada pelos utentes em torno dos Serviços de Saúde, constatando-se que a avaliação da qualidade e satisfação dos utentes dos Serviços de Saúde, é considerada uma ferramenta essencial para as organizações medirem a qualidade dos serviços que prestam e conseqüentemente a sua melhoria. Este estudo focou a sua investigação numa direcção mais específica – a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes da Urgência Pediátrica, no âmbito da qualidade dos “serviços disponibilizados” por este serviço de saúde. Tendo em conta, os objectivos iniciais deste estudo, há que referir como principais conclusões:

- A satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes da Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE é aceitável/suficiente, em todas as dimensões: aspectos gerais, acessos, exames e tratamentos, instalações e pessoal.
- Na classificação do desempenho dos Enfermeiros, a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes da Urgência Pediátrica do CHT-V, atinge um nível superior (bom).
- Quanto aos factores sócio-familiares que influenciam a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes da Urgência Pediátrica do CHT-V, a idade revelou ser o único. Verificando-se que os indivíduos totalmente satisfeitos têm uma média de idades maior relativamente aos outros;
- No que diz respeito à percepção da informação sobre o sistema de triagem e a satisfação dos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE, verificou-se a existência de associação, em que a percepção da informação sobre o sistema de triagem é aceitável / suficiente, contribuindo para um nível de satisfação médio (satisfeito);
- Quanto às sugestões, transmitidas pelos pais/acompanhantes de crianças e adolescentes do Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE, podemos resumi-las nas seguintes: melhoria das instalações físicas da sala de espera, mais recursos humanos e materiais e sistema de triagem diferente;

Assim o presente estudo permitiu aceder a conteúdos que se revelaram significativos, a maioria dos inquiridos regista uma experiência positiva com o Serviço de Urgência Pediátrica do CHT-V, EPE, que se reflecte na avaliação positiva do mesmo e na vontade expressa de voltar a escolher este serviço, caso as circunstâncias o exigem.

Esta problemática actual, poderá ter paralelo em outros contextos semelhantes, pelo que, os resultados da realidade observada, poderão servir de essência na abordagem da mesma temática em outros serviços hospitalares do CHT-V, tais como, Serviços de Internamento, Hospital de Dia, Consultas Externas e Urgência Geral e Obstétrica.

Os resultados do presente estudo atestam a importância dos enfermeiros na equipa de saúde e a sua mais-valia para os cuidados e satisfação dos utentes. Os feitos produzidos pelos mesmos, por vezes simples e artesanais encerram a grande complexidade da arte do cuidar, cujo sentido se alicerça na relação que cada profissional estabelece com o utente. Pelo que a divulgação dos resultados deste estudo poderá contribuir para reforçar ainda mais a imagem e qualidade do CHT-V, EPE, como também motivar os diversos actores, para aumentar a qualidade dos serviços prestados, através de uma filosofia de mudança. O que hoje é, nem sempre amanhã será, numa perspectiva de actualização constante de conhecimentos de forma a satisfazer e responder as necessidades individuais dos utentes dos serviços de saúde.

Uma das sugestões mencionadas pelos pais/acompanhantes das crianças e adolescentes no SUP do CHT-V, EPE, aponta para um Sistema de Triagem diferente. Grande parte dos Serviços de Urgências Pediátricas dos Hospitais Portugueses aderiu à implementação do sistema de Triagem de Manchester. O mesmo atribui cores para identificar prioridades: vermelho - emergência; amarelo – urgência e verde – não urgência. A Triagem é baseada em fluxogramas. A primeira etapa diz respeito ao Triador identificar a queixa principal e a partir dos fluxogramas disponíveis escolher o mais adequado. Em seguida é desenvolvida uma entrevista estruturada e assinalada uma categoria que irá do nível um ao nível cinco. Este Sistema de Triagem tem por objectivo único priorizar os utentes consoante a gravidade clínica com que recorrem aos Serviços de Urgências, tendo como finalidade, cuidados de saúde mais equitativos e adequados a cada situação.

Contudo a melhoria de um sistema, só poderá ser concretizada pela medição das suas características de qualidade específicas. É necessário desenvolver um processo efectivo de avaliação. Quando um problema é identificado deve ser resolvido, interpretado e gerador de mudança. Não basta introduzi-lo, é imperioso estudar quais os seus efeitos e a sua validade. Pelo que seria de todo oportuno, a realização de um estudo neste sentido, de forma a averiguar se o Sistema de Triagem utilizado actualmente no SUP do CHT-V, EPE, é adequado a realidade que se vive neste Hospital.

Outras das sugestões, mencionadas foram a melhoria das instalações físicas nomeadamente da sala de espera, assim como, mais recursos humanos e materiais. Quanto a essas sugestões, existe uma barreira, que dado a crise que se vive actualmente em Portugal, não será fácil de ultrapassar. Os recursos financeiros e económicos disponíveis neste momento, não permitem, às Instituições de Saúde uma tomada de posição imediata, quanto a modificações de Infra-estruturas, e aumento de recursos humanos e materiais. Contudo, a avaliação da satisfação dos utentes permanece um elemento fulcral para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e um indicador da mesma, o que sem margem de dúvida, faz parte dos objectivos de qualquer Instituição de Saúde. Em linguagem corrente costuma se dizer que, contra factos não há argumentos, se se comprovar as necessidades, a importância dessas sugestões para o aumento da qualidade dos cuidados e satisfação dos utentes, poderá ser que as mesmas sejam tomadas em conta.

Para finalizar, conclui-se que o objectivo que nos propusemos alcançar foi atingido, com a certeza de que nos proporcionou uma reflexão pessoal séria, relativamente ao significado das competências especializadas do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria, esperamos que este estudo seja instrumento de trabalho para futuros estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, Hugo, [et al.] – O grau de satisfação dos pais, e os cuidados de enfermagem à criança hospitalizada. Divulgação. (Julho, 2003).

CAETANO, Eduardo – **O internamento em Hospitais – Elementos Tecnológicos**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002.

CARDOSO, M; PINTO, E. – **Acolhimento e classificação de riscos nos serviços de urgência**. Porto: Artes Médicas, 2002.

CATITA, P; VAZ, C. – Cuidar no serviço de Urgência. Nursing. Lisboa. Nº148. (Setembro, 2000).

DUARTE, C., [et al.] – Opinião dos pais/acompanhantes face aos cuidados de enfermagem em saúde infantil. Sinais Vitais. Lisboa. Nº48. (Maio, 2003).

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU- **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Viseu: [s.n.], 2009. Acessível na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu.

FERREIRA, Pedro Lopes, [et al.] – **Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados**. Lisboa: Edição do Instituto do Consumidor, 2003.

FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; VISSANDJÉE, Bilkis – As etapas do processo de investigação. In: FORTIN, Marie-Fabienne – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2000.

MOREIRA, E - Enfermagem de Urgência: da teoria á prática. Camarate: Lusociência. Lisboa. 2000.

NETO, Alfredo, [et al.] - Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. Servir. Lisboa, 2003.

NEVES, Arminda – **Gestão na Administração Pública**. Cascais: Editora Pergaminho, 2002.

SANTOS, M. - Avaliação da qualidade na perspectiva do utente – importância dos aspectos não técnicos da prestação. Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. (Outubro/Dezembro, 1999).

SILVA, Carlos Alberto da; LOPES, Alzira Martins Sequeira; MASSAPINA, Inês Correia; SANTOS, Tânia Cristina Alegria dos – **Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora EPE**. Évora: Universidade de Évora. (Maio, 2007).

ANEXOS

ANEXO 1
(Questionário)

INSTITUTO POLITECNICO SUPERIOR DE VISEU
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

QUESTIONÁRIO

*AValiação da Qualidade e da Satisfação dos Utentes
da Urgência Pediátrica*

Compilado por:

Celine Paiva

Sob a orientação da docente:

Dr.^a Ernestina Batoca

Viseu, Abril de 2011

V.S.F.F

Caro(a) Senhor(a):

No âmbito do 1º. Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu, a Enfermeira Celine Gonçalves de Paiva do HST, EPE, sob orientação da Professora Doutora Ernestina Silva, está a desenvolver um estudo subordinado ao tema “Avaliação da Qualidade e Satisfação dos Utentes da Urgência Pediátrica”.

Este estudo tem como objectivo conhecer a opinião dos utentes/pais sobre o atendimento à criança/família na urgência pediátrica e perceber a satisfação dos mesmos. A satisfação dos utentes, enquanto indicador de qualidade, reveste-se de extrema importância para reflectir estratégias de melhoria dos cuidados.

Realça-se a extrema importância de responder, com sinceridade, a todas as perguntas para não invalidar os resultados.

Asseguramos que neste estudo será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois que os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional. Solicitamos pois que não escreva o seu nome em qualquer parte do questionário.

Siga sempre as instruções específicas de cada grupo de questões. Se tiver alguma dúvida ou pergunta, pode solicitar os esclarecimentos que desejar.

Desde já agradecemos o tempo disponibilizado e o seu precioso contributo para a realização deste estudo.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES DA URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Assinale com um x as seguintes respostas, sff.

I. ASPECTOS GERAIS

P 1. Em que medida se considera satisfeito com os serviços prestados pelo Hospital?

Totalmente Satisfeito(a)	Muito Satisfeito(a)	Satisfeito (a)	Pouco Satisfeito(a)	Nada Satisfeito(a)	Não Sabe	Não Responde
0	0	0	0	0	0	0

P 2. Tendo em conta os serviços prestados pelo Hospital, e as suas características gerais, como considera:

	Muito boa	Boa	Aceitável Suficiente	Má	Péssima	Não sabe	Não responde
A imagem do Hospital	0	0	0	0	0	0	0
A qualidade do Hospital	0	0	0	0	0	0	0

II. ACESSO

P 3. Quem aconselhou/recomendou a sua vinda ao Serviço de Urgência Pediátrica?

- Centro de Saúde
 Outro. Qual? _____

P 4. Qual o motivo da vinda da criança ao Serviço de Urgência Pediátrica?

- Acidentes
 Doença
 Outro. Qual? _____

P 5. No Serviço de Urgência Pediátrica, foi esclarecido a respeito do sistema de triagem das crianças?

Sim	Não	Não sabe	Não responde
0	0	0	0

P 6. Qual a prioridade atribuída à situação da criança que trouxe?

Prioridade 1	Prioridade 2	Prioridade 3	Não sabe	Não responde
0	0	0	0	0

P 7. Depois de passar pela triagem, quanto tempo esperou até ser atendido?

0 min.	até 20 min.	até 90	até 120	até 240	> 240	Não sabe	Não responde
0	0	0	0	0	0	0	0

P 8. Como classifica a informação prestada pelo Hospital, em relação ao Sistema de triagem?

Muito bom	Bom	Aceitável/Suficien	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
0	0	0	0	0	0	0

III. ADMISSÃO DE DOENTES

P 9. Relativamente ao seu processo de admissão na Urgência, como classifica o desempenho do pessoal administrativo (pessoal de secretariado e recepção):

Muito bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
0	0	0	0	0	0	0

IV. PESSOAL

P 10. Tendo em conta o atendimento prestado, como classifica o desempenho dos seguintes profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e outros):

a) Médicos

	Muito bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
Explicação detalhada sobre a situação de doença	0	0	0	0	0	0	0
Explicação detalhada sobre os tratamentos e/ou exames	0	0	0	0	0	0	0
Envolvimento nas decisões relativas à escolha das alternativas e/ou soluções clínicas	0	0	0	0	0	0	0
Desempenho de funções	0	0	0	0	0	0	0
Simpatia/disponibilidade/cortesia	0	0	0	0	0	0	0

b) Enfermeiros

	Muito bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
Explicação detalhada sobre a situação de doença	0	0	0	0	0	0	0
Explicação detalhada sobre os tratamentos e/ou cuidados de enfermagem	0	0	0	0	0	0	0
Envolvimento nas decisões relativas à escolha das alternativas e/ou orientações em cuidados de saúde (higiene, alimentação, etc.)	0	0	0	0	0	0	0
Desempenho de funções	0	0	0	0	0	0	0
Simpatia/disponibilidade/cortesia	0	0	0	0	0	0	0

c) Outros (Seguranças, Auxiliares, etc)

	Muito bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
Desempenho de funções	0	0	0	0	0	0	0
Simpatia/disponibilidade/cortesia	0	0	0	0	0	0	0

P 11. Aquando da sua passagem pela Urgência, realizou alguns exames de diagnóstico e terapêutica (análises, radiografias, transfusões, etc.)?

Sim	Não	Não sabe	Não responde
0	0	0	0

(No caso de ter respondido negativo, por favor, passe para P 14.)

P 12. No caso de ter respondido SIM, como classifica o desempenho dos técnicos de saúde:

Muito bom	Bom	Aceitável/Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde	Não se aplica
0	0	0	0	0	0	0	

V. EXAMES E TRATAMENTOS

P 13. Em relação aos exames e tratamentos realizados, como classifica os seguintes aspectos:

a) Radiologia

	Muito bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
Tempo de espera para realização	0	0	0	0	0	0	0
Tempo de espera para resultados	0	0	0	0	0	0	0

b) Análises Clínicas

	Muito bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde
Tempo de espera para	0	0	0	0	0	0	0
Tempo de espera para	0	0	0	0	0	0	0

VI. INSTALAÇÕES

P 14. Como avalia a qualidade das instalações (Ambiente físico - luminosidade, ruído, climatização, espaço, decoração):

	Muito bom	Bom	Aceitável/ Suficiente	Mau	Péssimo	Não sabe	Não responde	Não se aplica
Instalações físicas (ambiente físico, limpeza, decoração, etc.)	0	0	0	0	0	0	0	0
Sinalética para acessos	0	0	0	0	0	0	0	0

VII. EXPECTATIVAS

P 15. No caso de uma nova situação de Urgência voltaria a este Hospital?

Sim	Não	Não sabe	Não responde
0	0	0	0

P 16. Tendo em conta a qualidade dos serviços prestados, aconselharia um amigo/familiar a recorrer a este Hospital?

Sim	Não	Não sabe	Não responde
0	0	0	0

P 17. Indique, por favor, sugestões para a melhoria do Serviço de Urgência do Hospital.

VIII. CARACTERIZAÇÃO DO INQUIRIDO

P 18. Sexo:

Feminino	Masculino
0	0

P 19. Idade (do inquirido):

|_|_| anos

Adaptado de "HESE – Univ. Évora [CISA -AS] 2006

P 20. Grau de ensino que está a frequentar ou frequentou:

- Sem escolaridade
- 1ºciclo (4.ª.classe)
- 2ºciclo (6.ª.classe)
- 3ºciclo (9ª ano de escolaridade)
- Ensino Secundário Complementar
- Curso Técnico-Profissional
- Bacharelato ou Curso Médio
- Licenciatura ou Superior

P 21. Situação Profissional:

- Desempregado
- Reformado
- Estudante
- Trabalhador(a) por conta de outrem
- Trabalhador(a) por conta própria

P 22. Grau de relação com a criança:

- Mãe / Pai
- Avó / Avô
- Outros. Qual? _____

Adaptado de "HESE – Univ. Évora [CISA -AS] 2006

Agradecemos a sua colaboração.

ANEXO 2

(Pedido de autorização para aplicação do instrumento de Recolha de dados para desenvolvimento do estudo)

ANEXO 3

(Pedido de autorização dirigido ao Exmo. Sr. Presidente do Conselho Administrativo do CHT-V, EPE)

