

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



DEDICATÓRIA

A todos aqueles que diariamente ofereço a minha atenção e o meu tempo, cuidando-os e dotando-os de capacidades para obterem o melhor nível possível de qualidade de vida.

AGRADECIMENTO

À minha família, amigos e colegas, especialmente ao meu marido e filhos pela paciência e apoio incondicional para a concretização deste trabalho.

À Unidade Local de Saúde do Nordeste, que facultou a aplicação do instrumento de recolha de dados no serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Bragança, e a todos os utentes que aceitaram participar neste estudo tornando possível a sua realização.

Ao Professor Olivério Paiva Ribeiro pela orientação, disponibilidade e capacidade de auxílio na realização deste trabalho, desde a planificação inicial ao seu término.

RESUMO

Título do trabalho: Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE - Unidade de Bragança.

Introdução: A exigência da sociedade para com a qualidade dos serviços de saúde, evidencia importância da prestação de cuidados de enfermagem face às necessidades e expectativas do utente para obter a melhor satisfação possível.

Objetivos: Percecionar a satisfação do doente cirúrgico para com os cuidados de enfermagem no serviço de cirurgia da unidade hospitalar de Bragança e identificar a influência das variáveis sociodemográficas, familiares, clínicas e de bem-estar psicológico nessa satisfação.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo e transversal, constituído por uma amostra não probabilística por conveniência de 167 indivíduos submetidos a intervenção cirúrgica e internamento, sendo 18,6% do género masculino e 81,4% feminino, com idades compreendidas entre 18 e 87 anos ($\bar{x}=53,355$ anos, $s=18,867$). O instrumento de pesquisa incorporou a caracterização sociodemográfica e clínica, Apgar familiar, escala de Stress, Ansiedade e Depressão e o Instrumento de Satisfação do Paciente.

Resultados: Constatamos diferenças significativas na idade, no hospital de proximidade e no tipo de cirurgia. Verificou-se que os mais idosos se encontram mais satisfeitos e em sentido inverso, os doentes referenciados do hospital mais longínquo bem como os submetidos a cirurgia de urgência. Destacam-se os níveis de maior satisfação na área técnico profissional e confiança.

Conclusão: O estudo permite concluir que os doentes cirúrgicos estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Destacam-se como determinantes, a idade, o hospital de proximidade e o tipo de cirurgia, sendo concordantes com outros realizados na mesma área.

Palavras-chave: Cuidar, enfermagem; perioperatório; qualidade; satisfação, utente

ABSTRACT

Title Work: Satisfaction of the surgical patient facing the nursing care in ULSNE, Bragança Unit.

Introduction: Taking into account the present day ambition of society to the health quality services, it is absolutely important the nursing care services that correspond to the needs and expectations of the patient, to achieve the best possible satisfaction.

Objetives: Determinate the level of satisfaction of the surgical patient to the nursing cares on the surgery service of the hospital unit of Bragança. Identify the influence of the social demography, familiar, clinical and of well-being of the patient.

Methodology: We've done a quantitative, descriptive, exploratory and transversal study type with a non probabilistic sample by convenience of 167 individuals submitted to a surgery intervention and internament, being 18,6% of the masculine gender and 81,4% feminine. The inquiry incorporated social demographic characterization, clinic, familiar Apgar scale, stress scale, anxiety, depression and the patient instrument of satisfaction.

Results : Were found significant differences in age, hospital proximity and type of surgery. Was verified that the elderly are more satisfied and in reverse, the patients referred the farthest hospital and those undergoing emergency surgery. Stand up for higher satisfaction levels in the area professional technical and trust.

Conclusion: The study indicates that surgical patients are satisfied with nursing care. They stand out as determinants, age, hospital proximity and the type of surgery and being in agreement with other studies carried out in the same area.

Keywords: Care; nursing; post-operative; quality; satisfaction; patient.

SUMÁRIO

Lista de tabelas	xv
Lista de figuras	xvii
Lista de abreviatura e siglas	xix
Lista de símbolos	xxi
Introdução	23
1ª Parte- Estado da Arte.....	27
1. – Cuidar em Enfermagem	29
2ª Parte- Estudo Empírico.....	43
2. – Metodologia	45
2.1 - Participantes	47
2.2 – Instrumento de colheita de dados	48
2.3 - Procedimentos	50
2.4 - Tratamento de dados	50
3.Apresentação e Análise dos Resultados.....	53
3.1 - Análise Descritiva	54
3.2 - Análise Inferencial	65
4 - Discussão	79
5 - Conclusão	87
Referências bibliográficas.....	91
Anexo I – Instrumento de recolha de dados.....	101
Anexo II – Declaração de consentimento informado.....	107
Anexo III – Pedido de Autorização.....	109
Anexo IV – Autorização da ULS	111
Anexo V – Pedido de dados	113
Anexo VI – Envio de dados	115

Anexo VII – Caraterização item a item	117
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Síntese da história da qualidade	36
Tabela 2- Caraterização da idade em função do género	55
Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra	55
Tabela 4 - Caraterização profissional da amostra.....	56
Tabela 5 - Caraterização vivência familiar da amostra	57
Tabela 6 - Caraterização do tempo de internamento em função do género	58
Tabela 7 - Caraterização clínica da amostra.....	59
Tabela 8 - Caraterização dos fatores e total da escala EADS.....	61
Tabela 9 - Caraterização das dimensões e total da escala ISP.....	62
Tabela 10 - Caraterização da satisfação nas dimensões e total da escala ISP	63
Tabela 11 - Caraterização das dimensões e totalidade da escala em função do género, faixa etária, estado civil e local de residência e resultados dos testes utilizados	66
Tabela 12 - Caraterização das dimensões e totalidade da escala em função das habilitações literárias, situação profissional, condição económica e resultados dos testes	68
Tabela 13 - Caraterização das dimensões e totalidade da escala em função de com quem vive e funcionalidade familiar e resultados dos testes utilizados	70
Tabela 14 - Caraterização das dimensões e totalidade da escala em função de internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de proximidade e resultados dos testes utilizados	72
Tabela 15 - Correlações de Pearson entre a satisfação e as variáveis independentes	74
Tabela 16 - Regressão múltipla entre as dimensões da escala EADS e a satisfação global.....	75
Tabela 17 - Correlações de Pearson entre a satisfação na confiança e as variáveis independentes	76
Tabela 18 - Regressão múltipla entre as dimensões da escala EADS e a satisfação na confiança.....	77

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema de investigação	46
Figura 2 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação global	75
Figura 3 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação na confiança	77
Figura 4 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação global e satisfação na confiança.....	78

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

A - Ansiedade

ANA - American Nurses Association

ANOVA - Análise de variância

Atp - Área técnico profissional

C - Confiança

cf. - Conforme

Coef. – Coeficiente

Coord. - Coordenador

CV - Coeficiente de variação

D - Depressão

E - Educacional

EADS – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

ed. – Edição

Enf. - Enfermeiro

et al. – E outros

ISP – Instrumento de Satisfação do Paciente

KS - Kolmogorov-Smirnov

Kw – Kurtosis

N – tamanho da amostra e/ou grupo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Org. – Organizador

Orgs. - Organizadores

p. – Página

pp. – Páginas

S - Stress

SPSS - Statistic Package for the Social Sciences

Sw – Skewness

TQM – Gestão da Qualidade Total

UCPA – Unidade Cuidados Pós Anestésicos

ULSNE – Unidade Local de Saúde do Nordeste

LISTA DE SÍMBOLOS

\bar{x} – média amostral

F – Estatística do teste ANOVA

p – valor de prova

s - desvio padrão amostral

t - Estatística do teste *t-student*

INTRODUÇÃO

Na sociedade atual é consonante que a qualidade está inerente a qualquer tipo de serviço ou produto, portanto de uma forma lógica, também os cuidados de saúde vão de encontro à satisfação plena dos utentes que deles usufruem. A implementação de políticas de qualidade nas instituições que prestam cuidados de saúde são hoje uma exigência básica indispensável na prestação de serviços, a opinião dos utentes é uma referência importantíssima para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Assim, “seja como direito, privilégio, desafio ou exigência, a qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados”. Revez e Silva (2010, p. 49)

Associada à preocupação com a implementação de políticas de qualidade, está obrigatoriamente inerente a necessidade de avaliação dessas mesmas diligências, daí que possamos afirmar que qualquer sistema de gestão de qualidade tem o dever de avaliar a satisfação daqueles que recebem os cuidados, que por sua vez têm cada vez mais conhecimentos, mais expectativas, logo um grau de exigência maior.

Tendo por base o pressuposto da importância da avaliação da satisfação de quem recebe os cuidados e considerando esta imprescindível, o título escolhido para o estudo foi, “A satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE - unidade de Bragança”. A escolha deste tema julgamos ser, além de atual, de elevada pertinência científica, já que avaliar o grau de satisfação do utente é hoje um instrumento básico e imperativo da gestão das unidades de saúde e fulcral para melhorar a prestação de cuidados de enfermagem no serviço de cirurgia dessa mesma unidade hospitalar, local onde foi realizado o estudo.

Enquanto prestadores de cuidados de enfermagem, no serviço de internamento de cirurgia desta unidade hospitalar, e com o intuito de melhorar a prática e corresponder às necessidades específicas do doente cirúrgico, sente-se necessidade de quantificar o grau de satisfação destes doentes para com a prestação dos cuidados de enfermagem. Desta forma é importante identificar os determinantes na satisfação do doente cirúrgico, não só para delinear estratégias e intervenções que melhorem e orientem a prática de Enfermagem na obtenção da

satisfação do doente, bem como, compreender as dificuldades e algumas reações por parte destes doentes em todo o período perioperatório.

De uma forma geral, é unânime que as pessoas têm uma maneira muito própria de reagir perante a necessidade de uma intervenção cirúrgica, quer seja programada ou não. O tipo de procedimento, a realização de exames, consultas e internamento inerente ao mesmo, são por si só constrangedores para qualquer utente, daí a relevância de cuidados especiais nesta área. Desta forma, no decorrer do trabalho serão abordados conteúdos como o cuidar, o enquadramento científico profissional da enfermagem, a importância das diferentes fases da enfermagem perioperatória, no sentido de perceber a necessidade de adequação dos cuidados de enfermagem de qualidade, e a importância destes para uma instituição que pretenda primar por uma melhoria contínua da qualidade e, desta forma, obter a satisfação plena do utente.

Recorremos a um estudo do tipo descritivo, quantitativo e transversal, com aplicação de um instrumento de colheita de dados num determinado momento, quantificáveis, passíveis de tratamento estatístico através do programa Statistic Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20.0 e comparáveis a outros estudos realizados sobre a mesma temática. Recorreu-se à aplicação de escalas validadas e adaptadas para a língua portuguesa. Foram elaboradas questões de investigação de forma a responder aos objetivos do estudo.

Questionando-nos sobre a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem prestados na ULSNE - Unidade de Bragança, com a questão de investigação, pretendemos avaliar a influência das variáveis sociodemográficas, familiares, clínicas e de bem-estar psicológicos, nessa mesma satisfação. A complexidade do processo cirúrgico associada às expectativas e anseios destes doentes pode de alguma forma condicionar a satisfação dos mesmos. Atualmente torna-se extremamente importante que as instituições antecipem possíveis problemáticas nesta área, e que disponham de soluções interventivas eficazes para superar as exigências de forma a promover a satisfação do doente.

Acreditamos que a elaboração deste estudo de investigação permita melhorar os cuidados de enfermagem no âmbito do acolhimento e relação de ajuda, prestados durante o internamento. Após a avaliação dos fatores determinantes na satisfação do doente cirúrgico, pretende-se elaborar um manual para o serviço de cirurgia da unidade hospitalar de Bragança, com diretrizes interventivas e específicas nas problemáticas encontradas. Com primazia no âmbito do acolhimento, comunicação e relação de ajuda, direcionadas a atuar de encontro aos padrões de qualidade dos cuidados de saúde implementados na instituição e com o objetivo

primordial de humanizar os cuidados e obter por parte do doente cirúrgico um grau de satisfação excelente, os quais consideramos serem ganhos em saúde.

Relativamente à organização e estrutura do trabalho, este está dividido em duas partes distintas; a primeira parte designada de Estado da Arte, com abordagem a conceitos inerentes ao tema do estudo, como por exemplo: o cuidar e a evolução histórica do mesmo; a prática da enfermagem de uma forma global e o progresso e importância da enfermagem perioperatória; as especificidades do doente cirúrgico com abordagem à importância do stress e da ansiedade nesse processo; a qualidade e a melhoria contínua da mesma na saúde e a satisfação daquele que recebe os cuidados. A segunda parte designada por Estudo Empírico, que se inicia e compreende a metodologia utilizada ao longo de toda a investigação, a apresentação dos dados obtidos com análise dos mesmos, a discussão dos resultados obtidos e confrontados com outros estudos concretizados no mesmo âmbito, e por último é elaborada a conclusão com sentido crítico construtivo.

1ª PARTE- ESTADO DA ARTE

1. – CUIDAR EM ENFERMAGEM

Conscientes do quanto os cuidados de saúde são importantes para a comunidade, será pertinente realizar uma análise global com início na história da enfermagem, do cuidar e toda a sua envolvimento, perseguindo um fio condutor de abordagem genérica de como obter a satisfação do cliente.

A história da enfermagem faz referência ao cuidar prestado por voluntárias dedicadas à missão de ajudar e sem qualquer preparação. A evolução da medicina nos séculos XVII e XVIII é acompanhada pela enfermagem, que à data se definia como pré-profissional. É com Florence Nightingale que surge a designada enfermagem moderna, e que nasce em 1860 no Hospital de São Tomaz a primeira escola de enfermagem Medeiros (2010, pp. 89-90).

No percurso evolutivo da enfermagem e da sua diferenciação, foram muitas as que contribuíram para que a enfermagem se torna-se autónoma e reconhecida pela sociedade. Graça (2002, p. 141) salienta a importância e a determinação que Ethel Fenwick teve para conseguir o reconhecimento da profissionalização da enfermagem. Referencia-a como sendo a pioneira e responsável pela certificação da profissão e pela acreditação do ensino de enfermagem. A sua luta centrou-se em conseguir a identificação legal da profissão, com formação que cumprisse critérios pré-determinados com posterior identificação legal da enfermeira. Fundou a British Nursing Association, e foi a primeira a registar-se em todo o mundo com o título “Nurse”, pelo qual batalhou.

Ainda no desenvolvimento da profissão, vários autores se têm dedicado à definição da enfermagem e dos seus modelos, sendo um deles (Kérouaca et al., 1994) como citado por Silva (2007, p. 13) que “ numa análise de diferentes modelos conceituais de enfermagem dividiram-nos por cinco escolas de pensamento: Escola das Necessidades, Escola da Interação, Escola dos Resultados, Escola do Ser Humano Unitário e Escola do Cuidar”.

Caldeira (2011, p. 29), salienta que “Cuidamos e sempre fomos cuidados por alguém e, por isso, afirmamos que cuidar faz parte da nossa condição humana. A vida mantém-se porque é cuidada.”

A palavra cuidar, quando analisada na sua globalidade, e na sua essência, é considerada parte integrante da vida diária das pessoas. O cuidar universal refere-se a todas as maneiras de ajudar aquele que, de alguma forma precisa de apoio, pode ser prestado por qualquer pessoa diariamente a um amigo, um vizinho doente, a um idoso, ou tão simplesmente a quem sofre. O verdadeiro cuidar não depende do contexto, mas sim da sua utilidade social e da sua eficácia, já que pretende apenas ajudar aquele que no momento necessita dessa ajuda, desse cuidado.

Numa percepção evolutiva do cuidar, Medeiros (2010, pp. 92-98), enfatiza que a prática de enfermagem e o cuidar sempre evoluíram paralelamente perpetuando a melhoria técnico-científica nas ações desempenhadas. A perspectiva do cuidar sofreu ajustes inevitáveis, quer pelo ensino em saúde, quer pelas necessidades dos indivíduos, comunidades e dos demais profissionais que prestam cuidados. Desta forma, surge uma dimensão global do cuidar, na qual se torna necessária uma interação entre quem cuida e aquele que recebe o cuidado.

Ainda numa perspectiva do cuidar (Pacheco, 2002, p. 34), como citado por Ferreira, Pontes, e Ferreira (2009, p. 361)

o verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica mas, pelo contrário, utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não menosprezando nunca nenhuma das necessidades do doente, incluindo aquelas para as quais se torna necessário a intervenção técnica.

Caldeira (2011, pp. 39-40) salienta a pertinência da compreensão do ser humano na sua plenitude, já que o sentido do cuidar vai de encontro às particularidades de cada indivíduo, desta forma, o cuidar torna-se numa atitude completa e personalizada ao invés de uma ação ou conjunto de ações. Esta atitude de cuidar assenta num processo de planeamento de intervenções de forma a atingir os objetivos delineados em prol de quem recebe os cuidados, logo o cuidar nunca poderá limitar-se a avaliar os sinais e sintomas clínicos. Dada a pertinência e a complexidade do cuidar enquanto atitude, então o conceito deste poderá ser considerado indeterminado.

Torna-se prioritária a análise coletiva do cuidar, já que a prestação de cuidados é benéfica quando praticada pela equipa multidisciplinar em função das necessidades de quem é cuidado. O profissional de saúde tão simplesmente pode prestar cuidados àquele que apenas precisa que respeitem as suas crenças e valores, sendo apenas ouvinte, ou pelo contrário poderá prestar cuidados muito diferenciados, utilizando técnicas avançadas para a manutenção da vida à pessoa, sendo tão-somente formas diferentes de conceber os cuidados. Medeiros

(2010, p. 101). Em concordância ao benefício do trabalho em equipa, o artigo 91º do código Deontológico do Enfermeiro (Enf.) faz referência ao dever de articulação do Enf. com os restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Ferreira (2014, p. 20) destaca a associação do cuidar à profissão de enfermagem, e ao pressuposto cuidar científico/profissional, de forma que a essência da enfermagem é o cuidar, sendo pertinente o saber ser, saber fazer e saber estar. Faz referência à pessoa como sendo o centro da atenção dos profissionais de enfermagem.

Da mesma ideia comunga (Dias, 2004) como citado por Mendonça (2009, p. 90) ao reforçar a importância do desenvolvimento profissional, através de um processo dinâmico, estratégico e evolutivo, no qual é necessária interação do saber-fazer e do saber-aprender concomitantemente com a especificidade de cada contexto.

A aquisição de competências, quer técnico-científicas ou relacionais, tornam-se completas e benéficas quando o enfermeiro aposta na sua formação contínua, na execução de boas práticas pedagógicas adquiridas na experiência, com o intuito final de melhorar a qualidade do seu exercício (Benner, 2001) como citado por Mendonça (2009, p. 92).

A melhoria dos cuidados prestados, e por consequência a melhoria dos resultados obtidos é preocupação constante dos enfermeiros. A inovação perseverante usada pelos enfermeiros diariamente na prestação de cuidados e na aquisição de conhecimentos e competências traduz-se em melhorias significativas na saúde da população Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009, p.1).

Na perspetiva do (Conselho de Enfermagem, 2001) como citado por Barbosa (2010, p. 18) o funcionamento do sistema de saúde garantindo à população o acesso aos cuidados de saúde de qualidade, é hoje, essencialmente, da responsabilidade dos profissionais de enfermagem, já que estes se destacam pela competência científica desta classe profissional.

Atualmente a perceção do indivíduo na sua globalidade implica um pensamento inclusivo de manutenção da saúde, no qual não se trata apenas a doença, previne-se a mesma e promove-se a saúde. Cabe a cada profissional de saúde avaliar as necessidades específicas de cada utente, não descurando o contexto social e cultural, com um intuito primordial de melhorar a qualidade de vida das pessoas Costa (2012, p. 336).

Corrobora da mesma opinião Inaba, (2005) como citado por Silva (2011, p. 23) ao referir que a prestação de cuidados ao ser humano deverá ser efetuada de uma forma integral e

holística, com proteção e promoção da saúde, sendo que o cuidar compreende respeito e relação de ajuda para com o outro.

Caldeira (2011, p. 36) partilha do mesmo pensamento, já que reconhece o enfermeiro como sendo o profissional de saúde que detém mais capacidade para melhor perceber os aspetos individuais da cada doente, compreendendo-o de uma forma global, referindo que esse conhecimento advém do elevado tempo que este profissional passa com os doentes. De uma forma abrangente e concisa, evidencia que:

cuidador profissional é aquele que, no respeito pela dignidade e individualidade da pessoa humana, integra todos os recursos humanos, científicos e técnicos no sentido de prevenir a doença, restaurar a saúde e proporcionar o melhor nível de qualidade de vida possível. (p.43)

Desta forma, toda a prática de enfermagem será realizada de encontro a um conceito abrangente sobre saúde, que se pressupõe dinâmico, interativo e contínuo, de tal forma que o objetivo primordial será a prestação de cuidados com padrões de qualidade o mais elevado possível. Dado o progresso constante da profissão de enfermagem, torna-se pertinente abordar esse mesmo progresso também no âmbito da cirurgia, já que o estudo é aplicado ao doente cirúrgico.

Importa agora referir que na busca da qualidade plena, também na área cirúrgica se verificou grande evolução, como tal fazendo uma breve análise à história da enfermagem perioperatória, devemos referir que inicialmente o papel do enfermeiro limitava-se à preparação do ambiente e a apoiar o doente e a família no domicílio do mesmo, já que era o local onde eram realizados os procedimentos cirúrgicos. Dada a evolução nas técnicas cirúrgicas associadas à maior exigência para com o ato médico, criaram-se alterações na prática operatória, passando as cirurgias a serem realizadas em hospitais, e o profissional de enfermagem passa então a dar mais assistência técnica ao cirurgião, mantendo o doente e a recuperação do mesmo como eixo motivador da enfermagem perioperatória Phipps (2010a, pp. 245-246).

Os cuidados de enfermagem perioperatória compreendem uma grande variedade de funções de enfermagem, associadas às três fases bem distintas relacionadas com a intervenção cirúrgica, e, separadas por sequências específicas desse mesmo ato. Brunner e Suddarth (2011, p. 423) designam a fase pré-operatória na qual o seu início diz respeito à tomada de decisão da realização da intervenção cirúrgica, e com término na passagem do cliente para a mesa cirúrgica. Posteriormente, segue-se a fase intraoperatória com início no final da fase

anterior e com término na passagem do cliente para a Unidade Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Por fim a fase pós-operatória que tem início com a admissão do doente na UCPA e termina com a alta do doente. Também Phipps (2010b, p. 275) diferencia e descreve exatamente os mesmo três períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório.

O doente cirúrgico poderá ser considerado um doente com algumas especificidades, dadas as várias envolventes de um internamento, acrescidas do evento cirúrgico que acaba por ser desconhecido. A intervenção cirúrgica, por mais simples que seja, torna-se ambígua no pensamento do doente que vai ser submetido à intervenção cirúrgica, nem que mais não seja pelo facto de alterar a vida e as rotinas das pessoas. Este facto é suficientemente justificável para que o profissional de saúde tenha a capacidade de transmitir a informação necessária e adequada ao doente cirúrgico, no sentido de tornar o internamento menos lesivo emocionalmente e permitir uma recuperação mais rápida e funcional Dantas (2014, p. 23).

Torna-se conveniente esta abordagem ao doente cirúrgico dado que o nosso estudo se centra na compreensão destas especificidades. Só assim será mais fácil correlacionar os estudos já realizados com os resultados obtidos com a nossa investigação.

Pinto (2011, p. 19) aponta que apesar dos grandes avanços da medicina e da cirurgia, tal facto não é impeditivo para que o doente cirúrgico não sinta medo, stress e ansiedade antes de uma intervenção cirúrgica.

Relativamente às especificidades do doente cirúrgico relacionadas com a necessidade de uma intervenção cirúrgica, foram realizados alguns estudos no sentido de compreender o nível de conhecimento dos utentes relativamente ao processo perioperatório e o grau de stress e ansiedade dos mesmos. Desta forma, afirmam que é possível observar muitos medos e ansiosos, sendo eles essencialmente, o medo de despertar durante a anestesia, o medo de morrer durante a cirurgia enquanto estão anestesiados, de sentir dor e náuseas no pós-operatório Ortiz, Wang, Elayda e Tolpin (2013, p. 8). A cirurgia que algumas vezes é imposta, provoca alterações no bem estar, nas rotinas, nas capacidades, nos comportamentos e na interação de papéis, o que torna a perceção da cirurgia em algo assustador e que altera a integridade física e mental (Ribeiro, 2010) como citado por Santos, Martins e Oliveira (2014, p. 8).

Segundo Brunner e Suddarth (2011, p. 431) “A maioria dos pacientes apresenta algum tipo de reação emocional antes de qualquer procedimento cirúrgico, seja essa reação evidente, oculta, normal ou anormal.” A ansiedade pré-operatória poderá de alguma forma influenciar o

equilíbrio do organismo e a reação do doente, daí ser pertinente que o profissional de enfermagem esteja atento e planeie intervenções adequadas no sentido de minimizar os danos que esses mesmos anseios possam provocar no doente e na sua recuperação.

Na mesma linha de pensamento, os mesmos autores referem a importância do respeito pelas crenças espirituais e culturais, já que estas mesmas crenças ajudam a superar a ansiedade e o stress, daí o respeito, a comunicação e confiança serem extremamente importantes na prestação de cuidados de enfermagem perioperatória.

Pesquisando no Dicionário de Língua Portuguesa, (2014), a ansiedade é definida como um “estado de perturbação psicológica causado pela perceção de um perigo ou pela iminência de um acontecimento desagradável ou que se receia; opressão; angústia”.

Phipps (2010a, p. 261) salienta que “Uma cirurgia iminente pode causar ansiedade...faz parte da responsabilidade do enfermeiro ajudar o doente e a família e pessoas significativas a identificar fontes de ansiedade e implementar mecanismos de coping eficazes.”

Hibbert (2003, p. 169) refere que “A cirurgia pode ser considerada um evento gerador de stress devido às sérias alterações que implica para o bem-estar físico e psicológico da pessoa”. Ainda na mesma obra, ressalta que (Volicer et al 1977) como citado em Hibbert (2003, p. 169) aplicou a Escala de Graduação de Stress Hospitalar e “verificou que o stress dos doentes cirúrgicos é mais marcado que o dos doentes médicos”.

Atualmente, verifica-se uma preocupação firme por parte dos profissionais de saúde, no sentido de quantificar o stress e a ansiedade no período pré-operatório, daí ser possível encontrar um elevado número de estudos de investigação nesta área. Esta problemática também é uma das nossas inquietações daí a abordagem no nosso estudo de investigação, no entanto, associada a esta preocupação está inerente o interesse em determinar o grau de satisfação dos clientes.

Num estudo designado, a ansiedade do doente no período pré-operatório, Lopes (2011, p. 67) destaca que “Qualquer doente ao ser submetido a uma intervenção cirúrgica por mais pequena que seja, e em que condições seja efetuada, desencadeia sempre um processo ansioso”. Este mesmo estudo permitiu à autora concluir e referir que considera “de extrema importância a implementação da visita de enfermagem pré-operatória de forma sistematizada e incluir na mesma a avaliação da ansiedade do doente, bem como o planeamento de intervenções para a debelar.”

Para uma melhor gestão do stress no doente cirúrgico, torna-se pertinente que o Enf. realize a visita pré-operatória, a qual deverá ser pautada por grande disponibilidade para a relação enfermeiro-doente, com o intuito principal de perceber o estado emocional do doente, planeando e realizando intervenções no âmbito educacional que permitam o alívio de todo e qualquer sintoma que possa ter relação direta com o stress pré-cirúrgico, daí a importância de não descartar a vulnerabilidade deste a esse mesmo stress Pinto (2011, p. 56).

Bellman, (2003) como citado por Gomes (2009, p. 40) referencia

o papel do enfermeiro de cirurgia é dinâmico, multifacetado e continua a evoluir em função de alterações que surgem do interior da enfermagem, de políticas de serviço locais e nacionais e de tecnologias em progresso acelerado. O enfermeiro de cirurgia do século XXI tem que ser, um praticante profissional, confiante e flexível capaz de articular valores de enfermagem e inovar efetivamente a prestação de cuidados, em benefício dos doentes.

A avaliação pré-operatória, realizada precocemente e de forma contínua pelo profissional de enfermagem, deverá ser holística, refletindo as necessidades do doente na sua plenitude, englobando o âmbito fisiológico, espiritual, social e psicológico. Torna-se necessário que o Enf. planeie intervenções apropriadas com adequada empatia e relação de ajuda, assentes em competências humanas, científicas e técnicas Santos, et al. (2014, p. 8).

A visita pré-operatória de enfermagem, “visa globalmente tranquilizar o utente na procura de uma melhoria do seu bem-estar, num ambiente novo e hostil (...) e tem uma eficácia objetiva sobre o excesso de stress do futuro operado” (Lourenço, 2004), como citado por Dantas (2014, p. 25).

Os estudos de investigação aqui abordados procuram compreender a importância e o benefício da prestação de cuidados de saúde com qualidade. É importante conhecer as estratégias necessárias para a obtenção da satisfação daqueles que recebem os cuidados de saúde, essencialmente os prestados pelos enfermeiros, indo desta forma de encontro ao motivo da realização da nossa investigação.

Mendonça (2009, p. 94) reforça a importância da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, evidenciando o papel da OE ao regulamentar esse mesmo contexto no exercício profissional dos enfermeiros, que remete à pretensão da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a implementação de sistemas de qualidade. Também Lopes (2013, p. 57) reforça essa pretensão por parte das várias entidades nacionais e internacionais responsáveis pela

saúde, como por exemplo; pelo Conselho Nacional da Qualidade, pelo Instituto da Qualidade em Saúde e pelo Conselho Internacional de Enfermeiros.

Para compreendermos o sentido e a necessidade da qualidade em saúde, torna-se necessário fazer uma pequena abordagem à evolução histórica do conceito da qualidade. Rocha (2011, p. 19) sintetiza este progresso em cinco fases apresentadas na tabela seguinte:

Tabela 1 - Síntese da história da qualidade

	(1945-1949)	(1949-1951)	(1951-finais dos anos 60)	(finais dos anos 60- anos 80)	Anos 80-até ao presente)
1ª fase	Inspeção da qualidade				
2ª fase	Controle estatístico da qualidade				
3ª fase	Sistema orientado para a garantia da qualidade				
4ª fase	Controle da qualidade em toda a organização				
5ª fase	Gestão da qualidade total (TQM)				

Fonte: Adaptado de Rocha (2011, p. 19)

Segundo o mesmo autor, a qualidade pode ser considerada um processo complexo, dependendo da análise e do objetivo central, podendo referir-se apenas a procedimentos coincidentes com eficácia, eficiência e produtividade ou algo mais complexo, como por exemplo à excelência de uma organização.

É consonante que, também a nível dos serviços públicos, e mais propriamente das entidades prestadoras de cuidados, o conceito e a aplicação prática da qualidade torna-se cada vez mais visível e pertinente. Rocha (2011, pp. 26-27) diferencia três fases evolutivas na

aplicação da qualidade na administração pública. Primeiramente associa a qualidade ao cumprimento de procedimentos e normas. Posteriormente alia a qualidade à eficácia e por fim contempla o conceito de qualidade direcionada para a satisfação dos clientes. Realça que a ligação do conceito de qualidade à TQM e a aplicação da mesma na administração central, em Portugal, concretizou-se no início dos anos oitenta.

O conceito geral de qualidade identifica-se com as expectativas que o consumidor coloca em determinado produto ou serviço, neste último requer interação entre quem presta e quem recebe o serviço. Relativamente à implementação da qualidade na área da saúde torna-se mais complexa, (Mollin, 2003) como citado por Rocha (2011, p. 132) afirma que a qualidade em saúde consiste “ em ir ao encontro das exigências e expectativas dos utentes dos serviços e demais intervenientes, mantendo os custos ao nível mais baixo possível.” A noção que um consumidor tem relativamente à qualidade de um serviço, neste caso utente do serviço de saúde, advém da comparação das expectativas desse mesmo utente, antes e depois da receção desse mesmo cuidado.

Wold (2011, p. 553) refere que desde Florence Nightingale que a criação de padrões dos cuidados de enfermagem são reconhecidos como instrumentos básicos para a melhoria da qualidade desses mesmos cuidados. Destaca ainda a importância que o processo de enfermagem trouxe, quer para os doentes, quer para os profissionais, e salienta a relevância do aparecimento do método de auditoria de enfermagem de Phaneuf (1965) como primeiro instrumento para avaliação da garantia da qualidade.

Atualmente, a referência de atuação dos enfermeiros são os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem que vão de encontro às diretrizes dos serviços de saúde, aplicando-se aos vários níveis de intervenção, como por exemplo no âmbito do ensino, da investigação, da clínica e da gestão. Na sociedade atual, o Enf. tem um papel preponderante na equipa multidisciplinar de saúde, e, como tal, assume grande responsabilidade ao estabelecer uma boa relação com os restantes profissionais, bem como com o utente/família, já que daí advém a satisfação de quem recebe os cuidados de saúde Silva (2011, p. 22).

Consideramos ser pertinente fazer uma pequena abordagem aquele que foi um dos grandes motores de arranque para a implementação de ideologias de melhoria da qualidade no sistema de saúde, sendo essa referência o conjunto de recomendações elaborado em 1997 pelo Comité Europeu para a Saúde do Conselho da Europa. A implementação destas recomendações tornaram-se possíveis através do financiamento do plano Saúde XXI, que

possibilitou a acreditação de muitos hospitais em cooperação com o Health Quality Service e o King's Fund, com objetivo central da melhoria contínua da qualidade Pisco (2007, p. 97).

Ainda no que concerne à acreditação dos hospitais, Rocha (2011, pp. 152-153) menciona que o arranque se deu nos Estados Unidos, posteriormente no Canadá, na Austrália, no Reino Unido e na França, seguidos de muitos outros países. Em Portugal, no ano de 1999 o Ministério da Saúde assume um acordo com o King's Funs Health Quality Service coordenado pelo Instituto da Qualidade em Saúde, com o intuito de dar início a essa mesma acreditação nos hospitais portugueses, a partir dessa data foram vários os hospitais a aderirem.

Também Pontinha (2011, p. 26) aborda os modelos King's Funs Health Quality Service e MoniQuor como processo de acreditação organizacional de qualidade para os hospitais e para os centros de saúde, respetivamente. Ambos com o objetivo primordial da obtenção da satisfação do utente, conseguida através de um processo de articulação entre quem presta os serviços e quem os recebe. Pisco (2007, pp. 99-100) afirma esses mesmos processos como uma mudança na forma de pensar e implementar a qualidade, assente em sistemas de controlo, avaliação e melhoria contínua da qualidade nos serviços de saúde. O autor referencia que a mudança assenta num vasto conjunto de áreas e níveis da prestação de cuidados, tais como a privacidade e dignidade do utente; o recrutamento e integração de novos profissionais; a revisão do desempenho; protocolos de atuação em emergência; a formação; a higiene e segurança e as acessibilidades.

Torna-se pertinente abordar a questão da acreditação na Unidade Local de Saúde do Nordeste (ULSNE), já que a nossa investigação se reporta a uma das unidades desta instituição. A ULSNE é composta por três unidades hospitalares, a unidade de Bragança, a de Macedo de Cavaleiros e a de Mirandela. No ano de 2005 as unidades hospitalares de Macedo de Cavaleiros e a de Mirandela foram reconhecidas como instituições hospitalares prestadores de serviços de qualidade. Em Julho do presente ano essas duas unidades já acreditadas foram sujeitas a novas auditorias para concluir o processo de renovação da acreditação da qualidade pelo Health Quality Service, que foi novamente certificado. Apesar de já existir acreditação para todos os serviços de apoio, e para todos os procedimentos na ULSNE, no entanto, a unidade hospitalar de Bragança ainda está em processo dessa mesma acreditação, nesse sentido foram auditados com a primeira visita no mês de Julho do corrente ano o serviço de Pediatria e o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica.

Dada a temática desta investigação é importante referir que a ULSNE dispõe de serviço de cirurgia em Ambulatório que funciona na unidade hospitalar de Mirandela, de

cirurgia ortopédica programada em Macedo de Cavaleiros, e que o serviço de cirurgia geral e de outras especialidades, inclusive todas as de caráter urgente, funcionam na unidade Hospitalar de Bragança.

A ULSNE coloca ao dispor dos seus colaboradores, na intranet desta instituição, o Manual da Qualidade de 2010 composto por uma série de protocolos e procedimentos com vista à melhoria contínua dos cuidados e da qualidade. A sua atualização é realizada a cada três anos para os procedimentos, conforme o protocolado.

Pontinha (2011, p. 20) e Dinis (2013, p. 13) fazem referência às afirmações citadas por Campos, Saturno e Carneiro (2010) no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, no qual é referida a importância da prestação de cuidados de elevado nível profissional tendo em conta os recursos disponíveis com a intenção de obter a satisfação dos utentes, não descartando o valor da prevenção da doença e da promoção da saúde na prestação de cuidados.

São vários os autores que fazem referência à importância de conceitos e modelos de avaliação da qualidade do sistema de saúde, (Schwartzmann, 2003) como citado por Pontinha (2011, p. 24), e atestado por muitos outros como Wold (2011, p. 564); Ferreira (2014, p. 17) e Dinis (2013, p. 14) indicam o Modelo de Donabedian (1980) como sendo o modelo de eleição para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, já que essa avaliação é realizada em três áreas primordiais designadas por:

- Estrutura refere-se às instalações, ao conjunto de recursos humanos, materiais e às características da estrutura organizacional, filosofia e objetivos da mesma. É certo que as condições estruturais podem ser consideradas muito importantes na opinião de quem recebe os cuidados, no entanto a qualificação dos prestadores é bem mais relevante no âmbito da qualidade em saúde;
- Processo compreende o conjunto de atividades e o método como são realizadas pelos profissionais de saúde para com aqueles que recebem esses cuidados, diz respeito à relação entre profissionais e utentes, envolve a avaliação do desempenho do pessoal;
- Resultado demonstra o efeito dos cuidados de saúde através de alterações no estado de saúde do utente, pode ser verificado pelas mudanças comportamentais e de estilos de vida do mesmo através da aquisição de melhores conhecimentos em saúde. Permite reconhecer a eficácia e eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde recebidos.

Wold (2011, pp. 563-564) menciona que é possível fazer uma análise de uma parte dos cuidados utilizando os métodos separadamente, no entanto só com a análise integrada dos três se obtém uma apreciação global da qualidade dos cuidados. É dada ênfase ao resultado como sendo o componente mais importante de todo o sistema já que é a referência de avaliação das entidades acreditadoras para a qualidade dos serviços prestados, e ao mesmo tempo traduz-se na satisfação dos utentes relativamente à perceção desses mesmos cuidados de saúde. É através desta componente que o Enf. tem a perceção do contributo da enfermagem para o sistema de saúde. A nossa investigação centra-se exatamente neste último componente, que também do nosso ponto de vista é a chave para a evolução da melhoria contínua da qualidade em saúde.

É importante evidenciar que, posteriormente, o autor deste modelo: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1990) como citado por Ferreira (2014, p. 17) e por Pontinha (2011, p. 25) introduziu novos conceitos considerados imprescindíveis para uma definição mais completa de qualidade em saúde, designando de sete pilares da qualidade, que incluem a eficácia; efetividade; eficiência; otimização; aceitabilidade; legitimidade e equidade.

Torna-se cada vez mais evidente que a opinião daqueles que recebem os cuidados de saúde é fulcral para a mudança nas filosofias de execução e gestão da qualidade em saúde. O mesmo é dizer que a satisfação dos utentes pode ser considerada o motor de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde prestados pois refletem-se em ganhos em saúde.

Lopes, Cardoso, Alves e D’Innocenzo (2009, p. 137) fazem referência aos dez indicadores de enfermagem definidos pela American Nurses Association (ANA), salientando que estes se baseiam no modelo de Donabedian, sendo que um deles é a satisfação do utente com os cuidados de enfermagem.

Atualmente é bem perceptível não só a importância de uma gestão de qualidade como também a avaliação da satisfação do utente, daí considerar-se explicado o elevado número de trabalhos de investigação na área da satisfação do utente.

A forma mais básica de definir o conceito de satisfação é “ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria...” Dicionário da Língua Portuguesa (2014), que segundo o mesmo garante ser uma palavra de proveniência do latim *satisfactio*.

Desde algum tempo que vários autores abordam o conceito de satisfação do utente, nesse sentido, Ferreira (2014, p. 6) afirma que (McIntyre e Silva, 1999) elaboraram uma fórmula elucidativa e explicativa da satisfação, como citado por Ferreira (2014, p. 6) “a

satisfação dos utentes (S) com os cuidados de saúde é o resultado da diferença entre as expectativas do utente em relação aos cuidados (E) e a sua perceção dos cuidados realmente recebidos (P), ou seja $S=E-P$ ”.

Verifica-se algum consenso relativamente ao facto de que o resultado da satisfação é multifatorial, torna-se assim necessário analisar a diversidade cultural e social, o estilo de vida, as expectativas e necessidades individuais, as experiências vivenciadas anteriormente com os serviços de saúde, quer pelo própria ou mesmo pelos familiares mais próximos e ter a devida atenção à especificidade de cada situação. A expectativa de cada utente, na obtenção da melhoria do seu estado de saúde, será uma condicionante na avaliação dos cuidados recebidos Lopes (2013, pp. 60-63).

Da mesma ideia partilha Guterres, Patrício, Júnior e Almeida (2012, p. 450) ao afirmar a satisfação como algo complexo, variável entre cada indivíduo e influenciável por vários fatores, como por exemplo o estilo de vida, valores e experiências.

A complexidade e multidimensionalidade da satisfação também é apontada por Harris-Kojetin e Stone, (2007), como citada por Pontinha (2011, p.29), que acrescenta ainda a importância desta avaliação como forma de melhoria de alguns serviços.

Acrescentando outro ponto de vista, Donabedian, (1988) citado por Ferreira (2014, p. 5) assegura que “a satisfação pode ser entendida como uma atitude, uma emoção ou sentimento passível de ser medido e verbalizado através de uma opinião. Nesta condição, a satisfação incorpora aspetos afetivos, cognitivos, avaliativos e até comportamentais”

A apreciação iminente da satisfação dos utentes nos mais variados serviços, tornou imperativo o desenvolvimento de instrumentos de avaliação específicos para aplicar quer em ambiente hospitalar, quer nos cuidados de saúde primários. Segundo Ribeiro, (2005) como citado por Ferreira (2014, pp. 7-8) no hospital são objeto de avaliação a rapidez na assistência; a manutenção do ambiente terapêutico; a eficácia na comunicação; a utilidade da informação; a continuidade dos cuidados e a qualidade do atendimento, por outro lado nos cuidados de saúde primários o objeto de avaliação são: a especificação da informação e dos recursos; a implicação do utente no processo e a qualidade na assistência.

Pela análise feita aos vários estudos de investigação sobre a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde, verificamos a existência e a aplicação de uma grande variedade de instrumentos de avaliação, alguns deles já validados para a população portuguesa. Numa

análise geral e tendo por base toda a abordagem feita à gestão da qualidade pressupõe-se que as instituições prestadoras de cuidados de saúde executem avaliações programadas.

Lopes et al. (2009, p. 137) partilha desse mesmo ponto de vista, refere

a satisfação do cliente, como resultado da assistência à saúde, é um indicador importante de qualidade no ambiente hospitalar. Nesse contexto foi elaborado um modelo teórico de satisfação do cliente, específico para enfermagem, que apresenta três dimensões: o enfermeiro (envolvendo a característica de personalidade, assistência de enfermagem e habilidades); o paciente (referindo-se às suas expectativas) e as condições organizacionais (envolvendo o ambiente físico e condições de organização).

Pontinha (2011, p. 38) vem reforçar esse pressuposto ao afirmar que algumas das instituições públicas ou privadas já realizam a avaliação da satisfação do utente, utilizando as mais variadas formas tal como, simplesmente examinar de forma construtiva o livro de reclamações e algumas sugestões feitas pelos utentes, ou através da aplicação de instrumentos de avaliação de execução própria.

Na ULSNE, a responsabilidade da avaliação da satisfação dos utentes é do gabinete do cidadão. Na unidade hospitalar de Bragança até ao momento da realização desta investigação, essa mesma avaliação foi apenas realizada na consulta externa, mais propriamente em Maio de 2014, através da aplicação de um inquérito elaborado pela própria ULSNE. Atualmente, é pretensão desta unidade e indo de encontro ao cumprimento das indicações dadas pela Entidade Reguladora da Saúde, a avaliação dessa mesma satisfação nos serviços de internamento. A planificação dessa avaliação compreende a aplicação de um inquérito de elaboração da ULSNE durante um período de duas a três semanas no novembro de 2015, que será entregue imediatamente antes da alta clínica, juntamente com um envelope selado para que o utente possa remeter posteriormente.

2ª PARTE- ESTUDO EMPÍRICO

2. – METODOLOGIA

Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho, uma vez que o processo de investigação necessita de ser convenientemente planeado de modo a possibilitar uma base científica que assegure a credibilidade.

Recorreu-se a um estudo do tipo descritivo, quantitativo e transversal, uma vez que o foco desta investigação é a caracterização dos objetos de estudo, nomeadamente a colheita num determinado momento de dados quantificáveis e após tratamento estatístico comparáveis a outros estudos realizados sobre a mesma temática.

O objetivo principal do estudo visa avaliar o grau de satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem, a realizar na ULSNE – unidade de Bragança, através da aplicação de uma escala de avaliação da satisfação designada Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), do autor Hinshaw e Atwood (1982), traduzida e validada para a língua portuguesa por Oliveira (2004), e a influência de um conjunto de variáveis (sociodemográficas, familiares, de bem-estar psicológico e clínicas) sobre os níveis de satisfação dos doentes. Pretende-se compreender os aspetos que poderão interferir e condicionar a satisfação do doente cirúrgico desta unidade hospitalar, para desta forma melhorar a prestação de cuidados de enfermagem.

Diariamente confrontamo-nos com dificuldades muito próprias do doente cirúrgico, quer pelo caráter urgente ou programado da cirurgia, quer pelo medo e anseios que a própria intervenção cirúrgica desencadeia no doente, ou tão-somente pela mudança nos hábitos de vida diários inerentes ao internamento e à incapacidade e debilidade do doente após a cirurgia. Tendo em consideração os fatores anteriormente mencionados, consideramos que a realização deste trabalho de investigação será um contributo para apresentar e definir estratégias que visem a humanização dos cuidados prestados pelos profissionais que cuidam deste tipo de doentes.

Quanto às variáveis é fundamental que estas estejam direcionadas para os objetivos do estudo, que sejam mensuráveis ou categóricas. Neste contexto, considera-se a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem como variável dependente medida através da escala ISP. Como variáveis independentes temos de natureza sociodemográfica (género,

idade, estado civil, habilitações literárias, residência, situação profissional e condição económica); natureza familiar (com quem o doente vive e funcionalidade da família medida por Agar); natureza clínica (internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de proximidade) e de natureza do bem-estar psicológico (ansiedade, stress e depressão, medida pela escala EADS).

A representação esquemática do estudo pode ser traduzida pela figura 1, ilustrando o tipo de relação que se pretende estudar entre as variáveis.

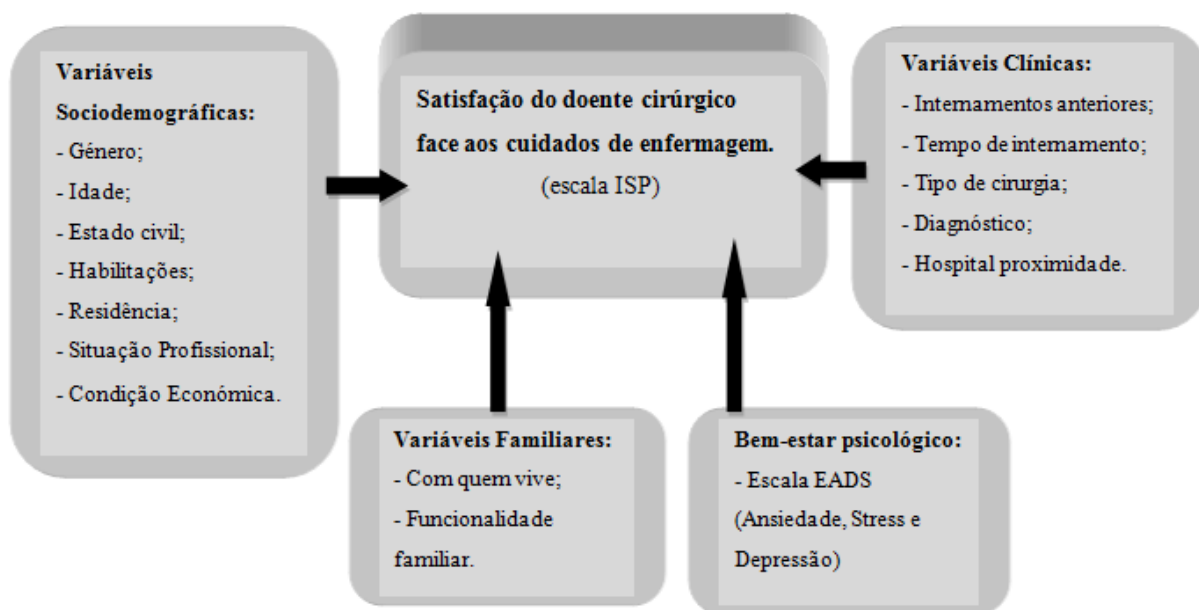


Figura 1 - Esquema de investigação

Face à representação esquemática apresentada, formulamos as seguintes questões:

Questão 0 – Qual o grau de satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem prestados na ULSNE – unidade de Bragança?

Questão 1 - Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, área de residência, condição económica, situação profissional) na satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Questão 2 - Qual a influência das variáveis familiares (pessoas com quem vive e funcionalidade da família) na satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Questão 3 - Que variáveis clínicas (internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de proximidade) se relacionam com a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Questão 4 - Em que medida o bem-estar psicológico determina a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

2.1 - Participantes

O estudo integra mulheres e homens que foram submetidos (as) a uma intervenção cirúrgica no serviço de cirurgia da Unidade Hospitalar de Bragança e que aceitaram participar no estudo, no período compreendido entre o dia 1 de Julho a 31 de Dezembro de 2014, constituindo-se assim uma amostra não probabilística por conveniência de 167 participantes. Consideramos essencial referir que neste período foram realizadas 589 intervenções cirúrgicas nesta unidade hospitalar, sendo 490 de cirurgia geral (218 programadas e 272 urgentes), e 99 de ginecologia (66 programadas e 33 urgentes), o que constitui a população da qual se extraiu a amostra. Desta forma, podemos afirmar que a amostra representa 28,35% da população, representando um erro amostral aproximadamente de 6,5%.

Como critérios de inclusão, tivemos em consideração os utentes sujeitos a intervenção cirúrgica e conseqüente internamento; utente com idade superior a 18 anos e que saibam ler e escrever e com capacidade de entender e responder ao questionário.

A amostra considerada é composta por 167 indivíduos sendo 18,6% (31) do género masculino e 81,4% (136) do género feminino. Relativamente à idade verifica-se que esta varia

entre o valor mínimo de 18 anos e máximo de 87 anos, com média de 53,355 anos e desvio padrão 18,867 anos.

2.2 – Instrumento de colheita de dados

O Instrumento de recolha de dados assenta num inquérito por questionário composto por quatro partes:

Primeira - Dados sociodemográficos e familiares. As questões são de resposta fechada e abordam as características: sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, área de residência, condição económica, com quem vive e funcionalidade familiar. A funcionalidade familiar é classificada através da escala de Apgar de família, composto por cinco questões, uma para cada domínio de avaliação, cujas opções de resposta são: quase sempre (2), algumas vezes (1) e quase nunca (0). A pontuação total varia entre 0 a 10 pontos, sendo a classificação de 0 a 4 severa disfunção familiar, 5 a 6 pontos moderada disfunção familiar e de 7 a 10 pontos alta funcionalidade familiar.

Segunda - Dados sobre o internamento. Foram elaboradas questões que caracterizam o contexto clínico do utente, internamentos anteriores, internamento anterior no serviço onde é realizado o estudo, tempo de internamento, diagnóstico atual, tipo de cirurgia e hospital de proximidade.

Terceira - Escala EADS. Pretende através do instrumento sugerido caracterizar os níveis de stresse, ansiedade e depressão. Originalmente designada por *Depression Anxiety Stress Scales (EADS)*, constituída por 42 itens desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). A EADS dividia-se em duas subescalas (ansiedade e depressão). Lovibond e Lovibond (1995) caracterizam as escalas do seguinte modo: a depressão principalmente pela perda de autoestima e de motivação, e está associada com a perceção de baixa probabilidade de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para o indivíduo enquanto pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados persistentes de ansiedade e respostas intensas de medo. O *stress* sugere estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustração e desilusão. Segundo Lovibond e Lovibond (1995) as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas em termos empíricos nomeadamente com recurso a técnicas de análise fatorial. A escala EADS utilizada é composta por três subescalas

constituídas por sete itens cada, no total de 21 itens: *Stress* (itens 1, 6, 8, 11, 12, 14 e 18), *Ansiedade* (2, 4, 7, 9, 15, 19 e 20) e *Depressão* (3, 5, 10, 13, 16, 17 e 21). Para cada item a pontuação varia de 0 a 3 e tem-se que à pontuação mais baixa correspondem os melhores resultados. No estudo desenvolvido a consistência interna, medida pelo coeficiente *Alpha de Cronbach*, obtida em cada dimensão foi elevado, no *Stresse* foi de 0,922; na *Ansiedade* de 0,898 e na *Depressão* de 0,927, o que traduz a validade da aplicação da escala neste estudo.

Quarta - Instrumento de Satisfação do Paciente. Avalia o grau de satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem. Através do Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) foi originalmente adaptado por Hinshaw e Atwood (1982), a partir do instrumento Escala de Satisfação do Paciente (PSS) de Risser (1975), para ser aplicado em pacientes internados. O ISP foi traduzido e adaptado para língua portuguesa por Oliveira (2004). Este instrumento é composto por 25 questões de tipo likert que posteriormente resultam em três domínios: Educacional, Confiança e Área técnico profissional. O domínio Educacional é constituído por sete itens referentes à forma como os enfermeiros transmitem informações aos pacientes, o domínio Confiança é composto por 11 itens que avaliam as características do enfermeiro que possam permitir uma interação positiva e confortável com o paciente, o domínio da Área técnico profissional é constituído por 7 itens que avaliam a competência técnica e conhecimentos para o desempenho da sua tarefa. Optamos por este instrumento pelo facto de este permitir avaliar os domínios anteriormente referidos e assim obter respostas para os nossos objetivos e interesses.

A aplicação deste instrumento passa por atribuir a cada item uma pontuação, considerando os itens positivos (2, 3, 5, 6, 8, 11, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 25) e os negativos (1, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 15, 20, 23, 24). Os itens positivos devem ser invertidos, ao contrário dos negativos que mantem a pontuação no sentido original da escala que é: 1 ponto para “Concordo Totalmente”, 2 pontos para “Concordo”, a opção “Não tenho Opinião” vale 3 pontos, a opção “Discordo” vale 4 pontos e a opção “Discordo Totalmente” 5 pontos. Para os itens positivos à opção “Concordo Totalmente” deverá ser atribuído 5 pontos e à opção “Discordo Totalmente” atribui-se o valor 1.

Para cada domínio é necessário calcular a média das pontuações obtidas, i.e., somar as pontuações dos itens atribuídos ao domínio e dividir pelo número de itens desse domínio. A pontuação total da escala corresponde à média obtida para os 25 itens. Neste trabalho a consistência interna, medida pelo coeficiente *Alpha de Cronbach* é para o domínio Educacional 0,762; para o domínio Confiança é 0,803; para o domínio Área técnico

profissional é 0,741 e consistência global é de 0,896 o que se traduz na validade do constructo na aplicação realizada, pois obteve-se uma consistência de razoável a boa. De referir que o valor de consistência interna obtido para a escala original foi: 0,664 no domínio Educacional, 0,795 no domínio Confiança, 0,623 na Área técnico profissional e 0,879 no total da escala.

2.3 - Procedimentos

No que concerne aos procedimentos éticos, este estudo cumpriu todos os princípios éticos inerentes a qualquer estudo; sendo que primeiramente foi elaborado o instrumento de colheita de dados com escalas devidamente validadas, posteriormente a Escola Superior de Saúde de Viseu enviou o pedido formal da aplicação do instrumento de recolha de dados juntamente com o projeto deste estudo para o Concelho de Administração da ULSNE, para avaliação pela comissão de ética dessa mesma instituição, local onde foi realizado o estudo. A mesma respondeu com parecer favorável.

Antes do preenchimento do instrumento de recolha de dados, foi explicado a todos os doentes inquiridos o objetivo e pertinência do estudo, a garantia da confidencialidade e o anonimato, e, todos preencheram o consentimento informado para a aplicação do mesmo.

2.4 - Tratamento de dados

Após preenchimento dos questionários procedeu-se à operacionalização das variáveis e criação da base de dados para posterior tratamento estatístico através do programa *Statistic Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0.

Na análise descritiva recorreu-se à caracterização das variáveis qualitativas através das frequências absolutas e relativas. No caso das variáveis quantitativas utilizaram-se as medidas estatísticas: mínimo, máximo, média, desvio padrão, coeficiente de variação, medida de assimetria (*Skewness - Sw*) e de achatamento (*Kurtosis - kw*). Para estudar comparativamente duas ou mais distribuições torna-se vantajoso usar medidas independentes da unidade das variáveis, ou seja, medidas de dispersão relativas, como o coeficiente de variação (*CV*), conforme Pestana e Gageiro (2005, p. 79) $CV \leq 15\%$ - dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ - dispersão moderada e $CV > 30\%$ dispersão elevada. Relativamente à simetria tem-se que a distribuição é simétrica se $Sw/error$ variar entre -1,96 e 1,96, a distribuição é assimétrica

negativa se $Sw/error > 1,96$ e assimétrica positiva de $Sw/error < -1,96$, conforme Pestana e Gageiro (2005, p. 46). Quanto ao achatamento tem-se que a distribuição é mesocúrtica se $kw/error$ varia entre $-1,96$ e $1,96$, é platicúrtica se $kw/error < -1,96$ e leptocúrtica se $kw/error > 1,96$, conforme Pestana e Gageiro (2005, p. 46).

Para realização da estatística inferencial utilizou-se sempre que possível técnicas paramétricas: teste t para comparação de dois grupos independentes, Pestana e Gageiro (2005, p.229) e teste ANOVA para comparação de pelo menos três grupos independentes, Pestana e Gageiro (2005, p.272). Utilizou-se o teste não paramétrico Mann-Whitney para comparação de dois grupos independentes quando não se verificou o pressuposto da normalidade e também quando as amostras não eram homogêneas (semelhantes), isto é, número de observações muito díspares. Também se recorreu ao teste não paramétrico Kruskal-Wallis como alternativo ao teste ANOVA sempre que os pressupostos desta técnica paramétrica não sejam satisfeitos, conforme Pestana e Gageiro (2005, p.277). A análise de variância (ANOVA) permite analisar o efeito de uma fator na variável dependente, pressupõe a normalidade dos erros, homogeneidade e também a sua independência, assim como a semelhança da dimensão entre grupos e que as observações dentro de cada grupo tenham distribuição normal ou dimensão de pelo menos 30 elementos. Sempre que não se verifica pelo menos um dos pressupostos recorre-se à técnica não paramétrica Kruskal-Wallis.

De forma a responder à 4ª questão de investigação “A satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem é influenciada pelo possível stress, ansiedade e depressão do doente?” recorreu-se à técnica de regressão linear múltipla. Esta técnica permite a análise da relação entre uma variável dependente (Y) e um conjunto de variáveis independentes (X 's). O modelo é descrito por: $Y_i = B_0 + B_1X_1 + B_2X_2 + B_3X_3 + \varepsilon_i$. A validade do modelo pressupõe a verificação das condições: linearidade do fenómeno em estudo; normalidade da distribuição da variável dependente para cada valor fixo das variáveis independentes; independência das observações; a variável aleatória residual é normalmente distribuída com média nula e variância constante; independências dos resíduos do modelo e não multicolinearidade das variáveis independentes, conforme Pestana e Gageiro (2005, pp. 560,561 e 586). A técnica foi utilizada para cada variável dependente resultante dos domínios e totalidade da escala ISP, ou seja, para cada domínio: Educacional, Confiança, Área técnico profissional e total ISP estimou-se uma modelo de regressão linear múltipla cujas variáveis independentes (regressores) foram as dimensões da escala EADS (stresse, ansiedade e depressão).

Para classificar os níveis de satisfação dos utentes em estudo utilizou-se o método dos grupos extremos (média \pm desvio padrão) descritos em Pestana e Gageiro (2005, p. 112), e que permite obter a classificação: pouco satisfeitos (valores \leq média $-0.25dp$), satisfeitos ($>$ média $-0.25dp$ e $<$ média $+0.25dp$) e muito satisfeitos (valores \geq média $+0.25dp$).

3. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos de forma descritiva e posteriormente é realizada a inferência estatística de forma a concluir sobre as questões em estudo.

Importa referir a necessidade de se reagruparem as variáveis idade, o estado civil, a área de residência, habilitações literárias, situação profissional, rendimento mensal, familiares com quem vive, funcionalidade da família e diagnóstico.

Assim, relativamente à idade, passou a considerar-se as classes: até 40 anos; de 41 a 60 anos e mais de 60 anos, por apresentarem baixas frequências. A variável estado civil que considerava as opções: casado/união de facto, solteiro, divorciado/separado e viúvo, passou a considerar as opções: casado/união de facto e outros. A variável área de residência considerava as opções aldeia, vila e cidade e passou a considerar as opções rural (aldeia) e urbano (vila e cidade). Na variável habilitações literárias optou-se por agrupar o 2º e 3º ciclo, consequência das frequências registadas em cada um destes ciclos. Relativamente à situação profissional conclui-se que o interesse foca-se nas opções: ativos remunerados (trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores por conta própria), ativos não remunerados (domésticas, desempregados e estudantes) e reformados. Na variável rendimento mensal foram consideradas as opções: inferior a 485€ e superior a 485€, uma vez que os valores de rendimento mais elevados apresentavam baixas frequências. Quanto à variável familiares com quem vive consideramos as opções: cônjuge, cônjuge e filhos e outros, esta última (englobando todas as outras opções). Relativamente à funcionalidade da família, medida através do Apgar familiar, consideramos apenas duas categorias: funcional (inclui a categoria funcional original) e disfuncional (inclui a moderada e a severa disfunção familiar), dado o pequeno grupo de doentes com moderada funcionalidade e disfuncional. No diagnóstico procedeu-se à classificação por áreas de especialidade: ginecologia, hépato-biliar, colon retal e outras (englobando esta a mamária, gástrica e outras), em consequência das frequências observadas e histórico das cirurgias realizadas.

3.1 - Análise Descritiva

Relativamente à Caracterização Sociodemográfica

Observa-se que as mulheres apresentam idade média (51,022 anos) consideravelmente inferior aos homens (63,645 anos), mas uma maior dispersão dos dados, pois o coeficiente de variação (33,36%) é superior ao observado para os homens (30,62%). Podemos afirmar que as distribuições de idade global e por género são simétricas e mesocúrticas conforme (cf.) tabela 2.

Atendendo à idade por faixas tem-se que 39,5% (66) dos utentes internados tem mais de 60 anos, o que corresponde a 19 homens (representa 61,3% do total de homens) e 47 mulheres (34,6% do total de mulheres). Observamos que no caso do género feminino as faixas etárias predominantes são até aos 60 anos (65,5% do total) e no caso masculino são as faixas etárias superiores a 60 anos (61,3% do total) (cf. tabela 3).

Relativamente ao estado civil observamos que 64,1% (107) da amostra considerada está casada ou em união de facto, o que representa a maioria dos homens 71% (22) e também a maioria das mulheres 62,5% (85). Os restantes indivíduos encontram-se noutra situação, nomeadamente solteiro, divorciado ou viúvo.

Relativamente às habilitações literárias tem-se que a maioria dos utentes possuem o 1º ciclo do ensino básico 37,1% (62), segue-se o ensino secundário 23,4% (39) e ensino superior 13,8% (23). Como referenciado na literatura verifica-se, também, nesta amostra que são maioritariamente as mulheres que possuem maior grau académico.

Dada a natureza da região onde o estudo foi desenvolvido e a área que o hospital presta serviços, verifica-se que 48,5 (81) dos utentes, é proveniente do meio rural e que 51,5% (86) vivem na cidade.

Apenas 3,6% dos utentes inquiridos reside no estrangeiro.

Tabela 2- Caraterização da idade em função do género

Fator	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação	Sw/ error	Kw/ error
Masculino	31	20	85	63,645	19,486	30,62%	0,421	0,821
Feminino	136	18	87	51,022	17,914	33,36%	0,208	0,413
Total	167	18	87	53,355	18,867	35,36%	0,188	0,376

Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra

Variáveis sociodemográficas	Frequência						
	Masculino		Feminino		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Idade	Até 40 anos	6	19,4	42	30,9	48	28,7
	De 41 a 60 anos	6	19,4	47	34,6	53	31,7
	Mais de 60 anos	19	61,3	47	34,6	66	39,5
	Total	31	100	136	100	167	100
Estado Civil	Casado/União de Facto	22	71,0	85	62,5	107	64,1
	Outro	9	29,0	51	37,5	60	35,9
	Total	31	100	136	100	167	100
Habilitações Literárias	Sem Estudos	3	9,7	11	8,1	14	8,4
	1º Ciclo	12	38,7	50	36,8	62	37,1
	2º/3º Ciclo	7	22,6	22	16,2	29	17,4
	Secundário	7	22,6	32	23,5	39	23,4
	Superior	2	6,5	21	15,4	23	13,8
	Total	31	100	136	100	167	100
Área Residência	Rural	15	48,4	66	48,5	81	48,5
	Urbano	16	51,6	70	51,5	86	51,5
	Total	31	100	136	100	167	100
Reside no estrangeiro	Sim	1	3,2	5	3,7	6	3,6
	Não	30	96,8	131	96,3	161	96,4
	Total	31	100	136	100	167	100

Verificamos que 34,1% (57) dos utentes em estudo se encontra reformado/aposentado, como esperado, devido à idade dos inquiridos, esta situação assume maior prevalência nos homens (54,8% do total de homens) e apenas 29,4% do total das mulheres. Tem-se ainda que

30,5% (51) dos utentes são ativos não remunerados, isto é, domésticas, estudantes e desempregados.

Relativamente ao rendimento mensal ilíquido verificamos que na maioria dos casos (56,3%;94) é inferior a 485€ e que em 43,7% (73) dos utentes auferem mais de 485€. (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Caracterização profissional da amostra

Variáveis Profissionais		Frequência					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Situação Profissional	Ativos remunerados	11	35,5	48	35,3	59	35,3
	Ativos não remunerados	3	9,7	48	35,3	51	30,5
	Reformado/Aposentado	17	54,8	40	29,4	57	34,1
	Total	31	100	136	100	167	100
Rendimento Mensal (líquido)	Inferior a 485€	16	51,6	78	57,4	94	56,3
	Superior a 485€	15	48,4	58	42,6	73	43,7
	Total	31	100	136	100	167	100

Quanto à Caracterização da Vivência Familiar

Relativamente à caracterização da vivência familiar, verificamos que 81,4% (136) dos utentes vive com familiares e que apenas 18,6% (31) vive sozinho. Dos que vivem com familiares tem-se que a maioria vive com o conjugue ou vive com o cônjuge e filhos (cf. Tabela 5).

Em relação ao Apgar Familiar, a família funcional é observada com maior frequência, 80,2% (134) dos casos, em 19,8% (33) das situações observamos família com alguma disfuncionalidade.

Tabela 5 - Caracterização vivência familiar da amostra

Variáveis familiares		Frequência					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Com quem Vive	Sozinho	7	22,6	24	17,6	31	18,6
	Familiares	24	77,4	112	82,4	136	81,4
	Total	31	100	136	100	167	100
Quais familiares?	Cônjuge	14	56,0	40	36,0	54	39,7
	Cônjuge e filhos	6	24,0	48	43,2	54	39,7
	Outros	5	20,0	23	20,7	28	20,6
	Total	25	100	111	100	136	100
Funcionalidade da Família (Apgar)	Funcional	21	67,7	113	83,1	134	80,2
	Disfuncional	10	32,3	23	16,9	33	19,8
	Total	31	100	136	100	167	100

Em resumo:

- Amostra constituída por 167 indivíduos sendo 18,6% do género masculino e 81,4% do género feminino;
- A maioria dos utentes é casado ou vive em união de facto 64,1%;
- Prevalência das habilitações literárias ao nível do 1º ciclo 37,1% e secundário/superior 37,2%;
- Sem predomínio de residência entre o meio rural e urbano;
- 35,3% dos utentes estão empregados, 30,5% são ativos não remunerados e 34,1% estão reformados/aposentados, com maior incidência no género masculino;
- Maioritariamente 56,3% auferem um salário inferior a 485€ e 43,7% dos utentes tem salário superior a 485€.
- A maioria dos utentes, 81,4% vive com familiares, destes 39,7% vive com o cônjuge, e em igual percentagem vive com cônjuge e filhos e apenas 20,6% vive com outros familiares;
- A família funcional é observada na maioria dos casos, 80,2%.

Quanto à Caracterização Clínica

Em termos de caracterização clínica, verificamos que 80,8% dos inquiridos (23 homens e 112 mulheres) já esteve anteriormente internado e destes 48,1% (11 homens e 54 mulheres) internados no serviço onde decorreu o atual estudo. Com tempo de internamento inferior a 10 dias ocorreu com maior frequência 85,6%, sendo que apenas 8 homens e 16 mulheres estiveram internados mais de 10 dias (cf. tabela 7). No tempo de internamento verificou-se um valor mínimo de 1 dia e máximo de 30 dias, coeficiente de variação de 87,57% reflectindo uma elevada dispersão de resultados. A curva da distribuição dos dias de internamento é simétrica ($Sw/error=0,188$) e mesocúrtica ($Kw/error=0,374$). Os utentes do género masculino apresentam tempo médio de internamento superior ($\bar{x}=7,516$; $s=6,952$) ao observado no género feminino ($\bar{x}=5,537$; $s=4,625$). As distribuições do tempo de internamento são para ambos os género simétricas e mesocúrticas (cf. tabela 6).

Nas mulheres a patologia mais comum é de natureza ginecológica 36,8%, seguindo-se a patologia colon retal em 32,4% e a hépato biliar em 26,5% das mulheres. No caso dos homens, as patologias com maior frequência são a hépato biliar e colon retal, cada uma com 38,7% dos homens. De referir que na totalidade da amostra a patologia com maior frequência é a colon retal com 33,5% (cf. tabela 7).

Relativamente ao tipo de cirurgia, no caso das mulheres é na maioria das situações programada, 59,6% e apenas 40,4% tiveram cirurgia de urgência. Nos homens verificou-se o inverso, pois a maioria 67,7% teve cirurgia de urgência e apenas 32,3% foi sujeito a cirurgia programada (cf. tabela 7).

O hospital mais próximo para a maioria dos utentes 65,3% é o hospital distrital de Bragança (onde ocorre o estudo), seguindo-se o hospital de Mirandela 19,8% e por último o hospital de Macedo de Cavaleiros 15,0% (cf. tabela 7).

Tabela 6 - Caracterização do tempo de internamento em função do género

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente variação	Sw/error	Kw/error
Masculino	31	1	30	7,516	6,952	92,50%	0,421	0,821
Feminino	136	1	30	5,537	4,625	83,53%	0,208	0,413
Total	167	1	30	5,904	5,170	87,57%	0,188	0,374

Tabela 7 - Caraterização clínica da amostra

Variáveis clínicas		Frequência					
		Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
Internamento anterior	Sim	23	74,2	112	82,4	135	80,8
	Não	8	25,8	24	17,6	32	19,2
	Total	31	100	136	100	167	100
Internamento neste serviço	Sim	11	47,8	54	48,2	65	48,1
	Não	12	52,2	58	51,8	70	51,9
	Total	23	100	112	100	135	100
Tempo de internamento (dias)	Inferior a 10 dias	23	74,2	120	88,2	143	85,6
	Pelo menos 10 dias	8	25,8	16	11,8	24	14,4
	Total	31	100	136	100	167	100
Diagnóstico	Ginecologia	0	0,0	50	36,8	50	29,9
	Hépto Biliar	12	38,7	36	26,5	48	28,7
	Colon Retal	12	38,7	44	32,4	56	33,5
	Outros	2	6,5	0	0,0	2	1,2
	Total	31	100	136	100	167	100
Tipo de cirurgia	Programada	10	32,3	81	59,6	91	54,5
	Urgente	21	67,7	55	40,4	76	45,5
	Total	31	100	136	100	167	100
Hospital de proximidade	Mirandela	7	22,6	26	19,1	33	19,8
	Macedo	2	6,5	23	16,9	25	15,0
	Bragança	22	71,0	87	64,0	109	65,3
	Total	31	100	136	100	167	100

Em resumo:

- 80,8% dos utentes (23 homens e 112 mulheres), já esteve internada anteriormente;
- 48,1% dos inquiridos com histórico de internamento, (11 homens e 54 mulheres) estiveram internados no serviço em estudo;
- A média do tempo de internamento é de 5,904 dias, com o mínimo de 1 dia e máximo de 30 dias;
- Os homens estão em média ($\bar{x}=7,516$; $s=6,952$) mais tempo internados que as mulheres ($\bar{x}=5,537$; $s=4,625$);
- As patologias mais comuns nas mulheres são ginecológicas 36,8%, colon retal 32,4% e hépto biliar 26,5%;

- Nos homens as patologias com maior frequência são hépato biliar e colon retal, cada uma atingem 38,7%;
- Na totalidade das patologias a colon retal representa 33,5%;
- A maioria das mulheres 59,6% tiveram cirurgia programada e a maioria dos homens 67,7% foi sujeita a cirurgia de urgência;
- O hospital mais próximo da maioria dos utentes inquiridos 65,3% é o hospital de Bragança.

Caraterização da Ansiedade, Stresse e Depressão

Na caraterização das dimensões da escala EADS, verifica-se que a consistência interna das dimensões consideradas, stress, ansiedade e depressão é excelente, pois os valores obtidos para o coeficiente de *alpha de Cronbach* são de 0,922 na dimensão stresse, 0,898 na dimensão ansiedade e 0,927 na dimensão depressão. No que concerne ao stresse observa-se o valor mínimo de 0 e máximo de 20, obtendo-se um valor médio de 5,479 pontos com desvio padrão de 4,602 pontos, o que resulta num elevado coeficiente de variação de 83,99% o que traduz a dispersão de resultados entre utentes. Por sua vez a distribuição da variável stress é simétrica (Sw/error=0,188) e mesocúrtica (Kw/error=0,374). Relativamente à ansiedade observamos o valor mínimo de 0 pontos e máximo de 19 pontos, obtivemos o valor médio de 5,000 pontos com desvio padrão de 4,498 pontos. Neste fator a variação é também muito elevada, pois tem-se um coeficiente de variação de 89,96%. A distribuição da variável ansiedade é simétrica (Sw/error=0,188) e mesocúrtica (Kw/error=0,374). Quanto à depressão observamos o valor mínimo de 0 pontos e máximo de 17 pontos, obtivemos o valor médio de 3,689 pontos com desvio padrão de 4,401 pontos. Neste fator a variação é também muito elevada, pois tem-se um coeficiente de variação de 119,30%. A distribuição da variável depressão é simétrica (Sw/error=0,188) e mesocúrtica (Kw/error=0,374). De referir que, em termos médios, os níveis de stress, ansiedade e depressão são baixos, na realidade encontram-se mesmo abaixo do valor médio teórico esperado que é de 10.5 pontos (resulta do produto do número de itens pelo valor da média teórica por item) (cf. tabela 8).

Tabela 8 - Caraterização dos fatores e total da escala EADS

Fator	Nº de itens	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente de variação	Sw/ error	Kw/ error
S	7	0,922	0	20	5,479	4,602	83,99%	0,188	0,374
A	7	0,898	0	19	5,000	4,498	89,96%	0,188	0,374
D	7	0,927	0	17	3,689	4,401	119,30%	0,188	0,374

S - Stress; A - Ansiedade; D - Depressão;

Caraterização da escala ISP

Para a escala ISP apresentamos em anexo (Anexo VII) a tabela de caraterização item a item, apesar de inicialmente não ser objetivo do estudo realizar esta análise, no entanto, no sentido de enriquecer o mesmo, serão apresentados os resultados dos diversos itens, não só porque esta análise foi realizada pelo autor responsável pela validação da escala aquando da sua aplicação no estudo denominado de “Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais”, permitindo assim uma certa comparação, mas também no sentido de melhor compreender os resultados obtidos e como forma de auxílio para delinear estratégias de atuação no serviço sujeito à aplicação do estudo, mantendo o propósito da melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem.

Verifica-se que os itens: “O enfermeiro deveria ser mais atencioso”, “O enfermeiro simplesmente não tem paciência”, “O enfermeiro fala comigo com uma atitude de superioridade”, “O enfermeiro pensa que não sou capaz de entender a explicação médica”, “O enfermeiro faz muitas perguntas, mas não faz nada perante a resposta”, “O enfermeiro está sempre desorganizado e com pouca calma”, “O enfermeiro é muito lento a prestar os cuidados” e “O enfermeiro não é preciso a executar o seu trabalho” apresentam os valores médios mais elevados, o que traduz o desacordo dos utentes inquiridos em relação a estas questões. Por sua vez, os itens: “O enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto”, “O enfermeiro mostra-se disponível quando solicitado”, “O enfermeiro usa linguagem a um ritmo correto”, “O enfermeiro dá bons conselhos” e “O enfermeiro sabe o que está a dizer” apresentam os menores valores médios o que significa grande concordância dos utentes com as afirmações. De salientar que também no estudo atrás mencionado os resultados da avaliação item a item são idênticos. Tais resultados, item a item, conduzem a bons indicadores de satisfação dos utentes perante os cuidados de enfermagem, como vemos a seguir.

Ainda relativamente à escala ISP, os resultados apresentam-se na tabela 9, podemos afirmar que a consistência interna obtida para as dimensões da escala: educacional, confiança e área técnico profissional, assim como o total da escala é boa ou muito boa, pois os valores de *Alpha de Cronbach* variam entre 74,1% e 89,6%. Tem-se que na dimensão educacional o valor mínimo foi de 2,14 pontos, o máximo de 5, obteve-se valor médio de 3,823 pontos com desvio padrão de 0,588, o coeficiente de variação é de 15,5% o que traduz média dispersão. Quanto à dimensão confiança o valor mínimo foi de 2,09 pontos e o máximo de 5 pontos, a média foi de 3,87 com desvio padrão de 0,568 e o coeficiente de variação obtido foi de 14,68% o que indica fraca dispersão. No que concerne a dimensão área técnico profissional obtivemos valor mínimo de 3,00 e máximo de 5 pontos, o valor médio foi de 4,132 com desvio padrão de 0,484 ponto, o coeficiente de variação é de 11,71% o que traduz fraca dispersão. Quanto à globalidade da escala, obtivemos o mínimo de 2,68 pontos e máximo de 5 pontos, com média de 3,930 e desvio padrão de 0,486 pontos. O coeficiente de variação foi de 12,37% o que traduz fraca dispersão. As distribuições das dimensões e total da escala ISP são simétricas, pois o valor Sw/error encontra-se nos limites impostos e mesocúrticas, dado que os valores de Kw/error também se encontram entre os limites definidos (cf. tabela 9).

De referir que, em termos médios, os níveis de satisfação nas dimensões: educacional, confiança, área técnico profissional e total da escala encontram-se acima do valor médio teórico esperado em cada caso que é de 3 pontos, o que indica pelo menos alguma satisfação.

Tabela 9 - Caraterização das dimensões e total da escala ISP

Fator	Nº de itens	Alpha de Cronbach	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Sw/error	Kw/error
E	7	0,762	2,14	5,00	3,823	0,588	15,38%	0,188	0,374
C	11	0,803	2,09	5,00	3,870	0,568	14,68%	0,188	0,374
Atp	7	0,741	3,00	5,00	4,132	0,484	11,71%	0,188	0,374
Total	25	0,896	2,68	5,00	3,930	0,486	12,37%	0,188	0,374

E - Educacional; C -Confiança; Atp - Área técnico profissional

Para classificar o grau de satisfação dos utentes recorreu-se aos grupos extremos (média $\pm 0,25$ desvio padrão) como referido no capítulo da metodologia relativamente ao método do grupo de extremos. Observa-se que na dimensão educacional, 36,5% (61) estão

pouco satisfeitos, 24,0% (40) estão satisfeitos e os restantes 39,5% (66) estão muito satisfeitos. No que trata à dimensão confiança tem-se que 40,1% (67) estão pouco satisfeitos, 21,0% (35) estão satisfeitos e 38,9% (65) estão muito satisfeitos. Na dimensão área técnico profissional tem-se que 53,9% (90) estão pouco satisfeitos, 7,2% (12) estão satisfeitos e 21,6% (65) estão muito satisfeitos. No total da escala tem-se que 42,5% (71) estão pouco satisfeitos, 21,6% (36) estão satisfeitos e 35,9% (60) estão muito satisfeitos, (cf. tabela 10). De referir que pelos resultados apresentados na tabela 9 se conclui que os indivíduos estão, em média, pelo menos satisfeitos e que a dispersão de resultados é baixa em cada dimensão e totalidade da escala. Atendendo à forma de cálculo dos grupos de extremos verificamos que o desvio padrão é determinante no valor obtido para as fronteiras dos grupos, logo como temos pequenas dispersões a amplitude de cada grupo é reduzida

Tabela 10 - Caracterização da satisfação nas dimensões e total da escala ISP

Fator	Pouco satisfeitos N (%)	Satisfeitos N (%)	Muito satisfeitos N (%)	Total N (%)
E	61 (36,5%)	40 (24,0%)	66 (39,5%)	167 (100%)
C	67 (40,1%)	35 (21,0%)	65 (38,9%)	167 (100%)
Atp	90 (53,9%)	12 (7,2%)	65 (38,9%)	167 (100%)
Total	71 (42,5%)	36 (21,6%)	60(35,9%)	167 (100%)

E - Educacional; C -Confiança; Atp - Área técnico profissional

Em resumo:

- Relativamente à escala EADS na dimensão stress a média foi de 5,479 com desvio padrão de 4,602; na dimensão ansiedade o valor médio foi de 5,000 com desvio padrão de 4,598 e na dimensão depressão obteve-se média de 3,689 com desvio padrão de 4,401;
- Em todas as dimensões da escala EADS a dispersão de resultados é muito elevada e os valores médios obtidos são relativamente baixos o que indica níveis de stress, ansiedade e depressão baixos;
- Relativamente à escala ISP na dimensão educacional a média foi de 3,823 com desvio padrão de 0,588; na dimensão confiança o valor médio foi de 3,870 com desvio padrão de 0,568, na dimensão área técnico profissional obteve-se média de 4,132 com desvio

padrão de 0,484 e na totalidade da escala tem-se média de 3,930 com desvio padrão de 0,486;

- Em todas as dimensões e totalidade da escala a dispersão de resultados é baixa e os valores médios obtidos indicam pelo menos alguma satisfação.
- Ainda na escala ISP tem-se que utentes inquiridos 42,5% (71) estão pouco satisfeitos, 21,6% (36) estão satisfeitos e 35,9% (60) estão muito satisfeitos.

3.2 - Análise Inferencial

Nesta secção apresentam-se os resultados obtidos pela inferência estatística, recorreremos às técnicas apresentadas no ponto *Tratamento Estatístico* da secção da metodologia.

Pretendemos neste ponto responder à questão de investigação:

Questão 1 – Qual a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, área de residência, condição económica, situação profissional) na satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Verificamos que os utentes do género feminino estão ligeiramente mais satisfeitos em cada dimensão e totalidade da escala, com exceção da dimensão educacional. Contudo, a um nível de significância de 5% as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, ou seja, a satisfação entre homens e mulheres é idêntica em todas as dimensões e totalidade da escala (cf. tabela 11).

Relativamente à idade observamos que os utentes mais satisfeitos na dimensão educacional (média de 3,91), confiança (média de 4,07) e totalidade da escala (média de 4,05) têm idade superior a 60 anos. Foram os utentes com idade até 40 anos que apresentaram melhores níveis de satisfação média (4,14) na dimensão área técnico profissional. Tem-se pela aplicação do teste paramétrico Anova (as condições de aplicabilidade foram satisfeitas) que na dimensão confiança e na totalidade da escala as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Na totalidade da escala não foi possível identificar entre que grupos as diferenças observadas são estatisticamente relevantes, na dimensão confiança concluímos, pelo teste de Tukey, que as diferenças são estatisticamente significativas entre os utentes com idade superior a 60 anos relativamente aos utentes das outras faixas etárias ($p=0,005$).

Quanto ao estado civil observamos que, em termos médios, são os utentes solteiros, separados/divorciados e os viúvos que estão mais satisfeitos e os casados/união de facto são os que assumem menores níveis de satisfação. As diferenças observadas são apenas na dimensão educacional estatisticamente significativas.

Quanto à área de residência observamos níveis médios de satisfação, em todas as dimensões e totalidade da escala, idênticos entre os utentes do meio rural e do meio urbano.

Tabela 11 - Caracterização das dimensões e totalidade da escala em função do género, faixa etária, estado civil e local de residência e resultados dos testes utilizados

Variáveis sociodemográficas		Dimensões e total escala ISP			
		E	C	Atp	ISP
		\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)
Género	Masculino (n=31)	3,83 (0,53)	3,86 (0,48)	4,03 (0,47)	3,90 (0,42)
	Feminino (n=136)	3,82 (0,60)	3,87 (0,59)	4,15 (0,49)	3,94 (0,50)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-0,060 p = 0,953	Z=-0,462 p = 0,647	Z=-1,812 p = 0,070	Z=-0,605 p = 0,547
Idade ^{a,b}	Até 40 anos (n=48)	3,79 (0,60)	3,74 (0,60)	4,14 (0,51)	3,87 (0,53)
	De 41 a 60 anos (n=53)	3,74 (0,62)	3,74 (0,58)	4,11 (0,47)	3,84 (0,47)
	Mais de 60 anos (n=66)	3,91 (0,55)	4,07 (0,47)	4,07 (0,47)	4,05 (0,44)
	Resultado teste Anova	$F_{2,164}=1,21$ p = 0,301	$F_{2,164}=7,37$ p <0,01	$F_{2,164}=0,97$ p = 0,909	$F_{2,164}=3,20$ p <0,05
Estado Civil ^c	Casado/União de Facto (n=107)	3,74 (0,56)	3,84 (0,51)	4,10 (0,47)	3,88 (0,44)
	Outro (n=60)	3,98 (0,61)	3,92 (0,67)	4,18 (0,52)	4,01 (0,56)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-0,060 p <0,05	Z=-0,462 p = 0,163	Z=-1,812 p = 0,319	Z=-0,605 p = 0,114
Área Residência	Rural (n=81)	3,81 (0,56)	3,91 (0,57)	4,11 (0,45)	3,94 (0,46)
	Urbano (n=86)	3,83 (0,62)	3,84 (0,57)	4,15 (0,51)	3,92 (0,52)
	Resultado teste t	$t_{165}=-0,210$ p=0,834	$t_{165}=0,778$ p =0,438	$t_{165}=-0,534$ p =0,594	$t_{165}=0,180$ p =0,858

E - Educacional; C -Confiança; Atp - Área técnico Profissional;

^a - na dimensão confiança os resultados da faixa etária mais de 60 anos são significativamente diferentes dos resultados das restantes faixas etárias (teste de Tukey); ^b - na globalidade da escala não foi possível determinar entre que grupos as diferenças são estatisticamente significativas; ^c - diferenças estatisticamente significativas na dimensão educacional.

Em resumo:

- Homens e mulheres apresentam níveis médios de satisfação idênticos nas dimensões e totalidade da escala;
- Utentes mais velhos (mais de 60 anos) estão mais satisfeitos em todas as dimensões e na globalidade da escala, com exceção da dimensão técnico profissional;
- Relativamente à idade as diferenças observadas são estatisticamente significativas na dimensão confiança e totalidade da escala;
- São os utentes casados/união de facto que estão menos satisfeitos e os utentes que tem outro estado civil os mais satisfeitos;
- As diferenças observadas entre os diferentes estados civis são estatisticamente significativas na dimensão educacional.

- Utentes provenientes do meio rural e do meio urbanos apresentam níveis médios de satisfação idênticos nas dimensões e totalidade da escala.

Relativamente à caracterização das dimensões e totalidade da escala em função das habilitações literárias, situação profissional e condição económica e resultados dos testes utilizado, verificamos que os utentes que estão ligeiramente mais satisfeitos nas dimensões educacional, confiança e total da escala são os que possuem apenas o 1^a ciclo do ensino básico e os utentes que concluíram o secundário. Na dimensão área técnico profissional os mais satisfeitos são os que fizeram o ensino secundário. Observamos que os resultados, em termos médios, apresentam poucas diferenças entre utentes com diferentes habilitações nas três dimensões em estudo e na totalidade da escala. Tal facto é confirmado pelos resultados do teste Kruskal-Wallis, pois, a um nível de significância de 5%, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas, com exceção da dimensão confiança. Nesta dimensão concluímos, ao nível de significância de 5%, que as diferenças observadas entre os utentes com o 1^o ciclo e os utentes com ensino superior são estatisticamente significativas ($p=0,041$ pelo teste Post hoc). De referir que, de modo geral, são os utentes com ensino superior que estão menos satisfeitos em todas as dimensões e totalidade da escala (cf. tabela 12).

Relativamente à situação profissional observamos que os utentes mais satisfeitos em todas dimensões e totalidade da escala são os reformados/aposentados, com exceção do domínio área técnico profissional. Os utentes que apresentam menores indicadores de satisfação no domínio educacional e no domínio área técnico profissional são os ativos não remunerados. No domínio confiança e total da escala são os ativos remunerados que apresentam menores indicadores de satisfação. Tem-se pela aplicação do teste paramétrico Anova (as condições de aplicabilidade foram satisfeitas) que na dimensão confiança as diferenças observadas são estatisticamente significativas, sendo os resultados significativamente diferentes entre ativos remunerados e reformados (teste de Tukey, $p=0,006$).

Nas restantes dimensões e totalidade da escala as diferenças observadas não apresentam significância estatística (cf. tabela 12).

Quanto ao rendimento mensal observamos que, em termos médios, são os utentes com rendimentos mais baixos que estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e confiança, assim como na totalidade da escala. A exceção acontece na dimensão técnico profissional em

que são os utentes com mais rendimentos que estão ligeiramente mais satisfeitos. Contudo, as diferenças observadas são meramente pequenas e concluímos que a um nível de significância de 5% não apresentam relevância estatística, com exceção do domínio confiança (cf. tabela 12).

Tabela 12 - Caracterização das dimensões e totalidade da escala em função das habilitações literárias, situação profissional, condição económica e resultados dos testes

Variáveis sociodemográficas	Dimensões e total escala ISP				
	E	C	Atp	ISP	
	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	
Habilitações Literárias^a	Sem Estudos (n=14)	3,75 (0,56)	3,96 (0,56)	3,99 (0,59)	3,91 (0,48)
	1º Ciclo (n=62)	3,85 (0,55)	4,04 (0,41)	4,11 (0,42)	4,01 (0,40)
	2º ou 3º Ciclo (n=29)	3,79 (0,70)	3,76 (0,68)	4,13 (0,54)	3,87 (0,57)
	Secundário (n=39)	3,88 (0,64)	3,81 (0,61)	4,24 (0,50)	3,95 (0,54)
	Superior (n=23)	3,75 (0,49)	3,60 (0,60)	4,09 (0,47)	3,78 (0,49)
Resultado teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_4=2,47$ p = 0,650	$\chi^2_4=10,0$ p <0,05	$\chi^2_4=3,74$ p = 0,442	$\chi^2_4=3,13$ p = 0,537	
Situação Profissional^b	Ativos remunerados (n=59)	3,81 (0,59)	3,72 (0,60)	4,17 (0,50)	3,87 (0,51)
	Ativos não remunerados (n=51)	3,77 (0,60)	3,86 (0,52)	4,08 (0,45)	3,89 (0,46)
	Reformado/Aposentado (n=57)	3,89 (0,58)	4,04 (0,53)	4,14 (0,49)	4,03 (0,48)
	Resultado teste Anova	$F_{2,164}=0,58$ p = 0,560	$F_{2,164}=4,93$ p <0,01	$F_{2,164}=0,55$ p = 0,576	$F_{2,164}=1,70$ p = 0,186
Rendimento Mensal^c	Inferior a 485€ (n=94)	3,83 (0,61)	3,96 (0,51)	4,13 (0,48)	3,97 (0,47)
	Mais de 485€ (n=73)	3,81 (0,56)	3,75 (0,62)	4,14 (0,49)	3,87 (0,51)
	Resultado teste t	$t_{165}=-0,208$ p =0,835	$t_{165}=2,352$ p <0,05	$t_{165}=-0,169$ p =0,866	$t_{165}=1,218$ p =0,225

E - Educacional; C -Confiança; Atp - Área técnico profissional;

^a - na dimensão confiança os resultados dos utentes do 1º ciclo e resultados dos utentes com ensino superior são significativamente diferentes (teste Post hoc); ^b - na dimensão confiança os resultados dos ativos remunerados são significativamente diferentes dos resultados dos reformados/aposentados (teste de Tukey); ^c- as diferenças na dimensão confiança são estatisticamente significativas.

Em resumo:

- Uteses com ensino superior estão menos satisfeitos;
- Uteses com 1º ciclo e com ensino secundário são os mais satisfeitos;
- Na dimensão confiança os resultados dos utentes com 1º ciclo são estatisticamente diferentes dos resultados dos utentes com ensino superior;

- Utentes reformados e os ativos remunerados são os mais satisfeitos;
- Na dimensão confiança os resultados dos utentes ativos com remuneração são significativamente diferentes dos resultados dos utentes reformados;
- Os utentes com rendimentos mais baixos estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e confiança, assim como totalidade da escala;
- Na dimensão confiança os resultados dos utentes com remuneração mais baixa são significativamente diferentes dos resultados dos utentes com remuneração mais elevada;
- Na dimensão área técnico profissional são os utentes com rendimentos mais elevados que estão mais satisfeitos;

Em resposta à questão 1 de investigação conclui-se que as variáveis sociodemográficas influenciam a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem. Apesar de homens e mulheres apresentarem níveis de satisfação idênticos, assim como o meio de proveniência não interferirem de modo relevante na satisfação, concluímos que: os utentes mais velhos estão mais satisfeitos (resultados estatisticamente significativos na dimensão confiança e totalidade da escala), os utentes casados/união estavam menos satisfeitos (diferenças significativas na dimensão educacional), utentes com 1º ciclo e ensino secundário estão mais satisfeitos em detrimento dos utentes com ensino superior (resultados estatisticamente significativos apenas na dimensão confiança), e utentes reformados e os ativos remunerados estão mais satisfeitos que utentes ativos não remunerados, nomeadamente na dimensão confiança os resultados são estatisticamente significativos. Por último, também se concluiu que utentes com rendimento mais baixo estão mais satisfeitos, nomeadamente no domínio confiança as diferenças são estatisticamente significativas.

Pretendemos neste ponto responder à questão de investigação:

Questão 2 – Qual a influência das variáveis familiares (pessoas com quem vive e funcionalidade da família) na satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Relativamente à caracterização das dimensões e totalidade da escala em função de com quem vive verificamos que os resultados para cada dimensão e totalidade da escala são muito próximos entre utentes que vivem sozinhos e os utentes que vivem com os familiares.

Destaca-se que os utentes que vivem sozinhos apresentam níveis médios de satisfação ligeiramente superiores em todas as dimensões e totalidade da escala. (cf. tabela 13).

Relativamente à funcionalidade familiar observamos que, em termos médios, são os utentes que tem Apgar funcional que estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e área técnico profissional, assim como na totalidade da escala. Na dimensão confiança os utentes com Apgar disfuncional estão ligeiramente mais satisfeitos. As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas (cf. tabela 13).

Tabela 13 - Caraterização das dimensões e totalidade da escala em função de com quem vive e funcionalidade familiar e resultados dos testes utilizados

Variáveis familiares		Dimensões e total escala ISP			
		E	C	Atp	ISP
		\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)
Com quem vive	Sozinho (n=31)	4,02 (0,61)	3,97 (0,69)	4,15 (0,56)	4,04 (0,57)
	Familiares (n=136)	3,78 (0,58)	3,85 (0,54)	4,13 (0,47)	3,91 (0,46)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-1,66 p = 0,098	Z=-1,43 p = 0,154	Z=-0,06 p = 0,950	Z=-1,24 p = 0,216
Apgar familiar	Funcional (n=134)	3,84 (0,60)	3,86 (0,57)	4,16 (0,50)	3,94 (0,49)
	Disfuncional (n=33)	3,77 (0,55)	3,91 (0,56)	4,03 (0,43)	3,90 (0,46)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-0,58 p = 0,562	Z=-0,36 p = 0,718	Z -1,77 p = 0,076	Z =-0,47 p =0,637

E - Educacional; C -Confiança; Atp - Área técnico profissional;

Em resumo:

- Níveis médios de satisfação muito próximos entre utentes com diferentes realidades familiares;
- A funcionalidade familiar não é fator determinante na satisfação dos utentes para as diferentes dimensões e totalidade da escala;

As variáveis familiares não influenciam significativamente a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem. Concluimos que os níveis médios de satisfação são idênticos entre utentes com diferentes realidades familiares em todas as dimensões e totalidade da escala. Também se conclui que a funcionalidade familiar não é fator determinante na satisfação dos utentes para as diferentes dimensões e totalidade da escala.

Apresentamos a caraterização das dimensões e totalidade da escala em função de internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de

proximidade e resultados dos testes utilizados. O objetivo é responder à questão de investigação:

Questão 3 – Que variáveis clínicas (internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de proximidade) se relacionam com a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

Verificamos que, em termos médios, os resultados obtidos para cada dimensão e totalidade da escala ISP são muito próximos entre utentes que já tiveram internamentos anteriores e utentes que não tiveram internamentos (cf. tabela 14).

Relativamente ao tempo de internamento tem-se em todas as dimensões e totalidade da escala que são os utentes que estão mais tempo internados que estão ligeiramente mais satisfeitos. As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas (cf. tabela 14).

Quanto ao tipo de cirurgia observamos que os utentes com cirurgia programada apresentam níveis de satisfação mais elevados que os utentes com cirurgia urgente, nomeadamente na dimensão educacional (média de 3,89 na cirurgia programada e média de 3,74 na cirurgia urgente), na dimensão confiança (média de 3,92 na cirurgia programada e média de 3,81 na cirurgia urgente) e na dimensão área técnico profissional (média de 4,20 na cirurgia programada e média de 4,05 na cirurgia urgente). Tem-se que a um nível de significância de 5% as diferenças observadas para a área técnico profissional são estatisticamente significativas (cf. tabela 14).

No que trata ao diagnóstico do utente verificamos que os resultados obtidos são, em termos médios, idênticos em todas as dimensões e totalidade da escala entre diferentes diagnósticos. Destaca-se que as mulheres com diagnóstico de ginecologia estão mais satisfeitas na área técnica profissional, assim como os utentes com outro diagnóstico estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e confiança e também na totalidade da escala. As diferenças observadas não são, a um nível de significância de 5%, estatisticamente significativas (cf. tabela 14).

Relativamente ao hospital de proximidade verificamos que em todas as dimensões e totalidade da escala são os utentes com residência próxima do hospital de Macedo de Cavaleiros os mais satisfeitos. Os utentes com residência na proximidade do hospital de

Mirandela são os menos satisfeitos, sendo estes os que se encontram a maior distância do hospital de aplicação do estudo. Concluímos que estas diferenças são estatisticamente significativas na dimensão confiança e totalidade da escala (cf. tabela 14). Pelo teste Post hoc conclui-se que as diferenças são significativas na confiança ($p=0,027$) e na totalidade da escala ISP ($p=0,032$) entre Mirandela e Macedo de Cavaleiros.

Tabela 14 - Caracterização das dimensões e totalidade da escala em função de internamentos anteriores, tempo de internamento, tipo de cirurgia, diagnóstico e hospital de proximidade e resultados dos testes utilizados

Variáveis clínicas		Dimensões e total escala ISP			
		E	C	Atp	ISP
		\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)	\bar{x} (s)
Internamentos anteriores	Sim (n=135)	3,82 (0,58)	3,87 (0,57)	4,14 (0,49)	3,93 (0,48)
	Não (n=32)	3,85 (0,62)	3,86 (0,59)	4,09 (0,46)	3,92 (0,52)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-0,014 p = 0,989	Z=-0,147 p = 0,885	Z=-0,604 p = 0,546	Z=-0,248 p = 0,806
Tempo internamento	Inferior a 10 dias (n=143)	3,81 (0,59)	3,85 (0,57)	4,13 (0,47)	3,92 (0,49)
	No mínimo 10 dias (n=24)	3,89 (0,56)	3,99 (0,58)	4,13 (0,55)	4,00 (0,49)
	Resultado teste Mann-Whitney	Z=-0,589 p = 0,559	Z=-1,279 p = 0,203	Z=-0,399 p = 0,692	Z=-0,867 p = 0,389
Tipo de cirurgia	Programada (n=91)	3,89 (0,57)	3,92 (0,53)	4,20 (0,48)	3,99 (0,46)
	Urgente (n=76)	3,74 (0,60)	3,81 (0,61)	4,05 (0,48)	3,86 (0,51)
	Resultado teste t	$t_{165}=1,662$ p = 0,098	$t_{165}=1,187$ p = 0,237	$t_{165}=2,138$ p < 0,05	$t_{165}=1,769$ p = 0,079
Diagnóstico	Ginecologia (n=50)	3,81 (0,64)	3,83 (0,60)	4,17 (0,52)	3,92 (0,54)
	Hépto-Biliar (n=48)	3,81 (0,55)	3,83 (0,56)	4,14 (0,48)	3,91 (0,46)
	Colo retal (n=56)	3,83 (0,59)	3,93 (0,59)	4,11 (0,47)	3,95 (0,48)
	Outros (n=13)	3,89 (0,56)	3,94 (0,42)	4,04 (0,44)	3,96 (0,43)
	Resultado teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_3=0,675$ p = 0,879	$\chi^2_3=1,816$ p = 0,612	$\chi^2_3=1,538$ p = 0,674	$\chi^2_3=0,781$ p = 0,854
Hospital de proximidade ^a	Mirandela (n=33)	3,72 (0,60)	3,74 (0,56)	4,02 (0,47)	3,81 (0,49)
	Macedo (n=25)	4,01 (0,53)	4,12 (0,51)	4,27 (0,40)	4,13 (0,429)
	Bragança (n=109)	3,81 (0,59)	3,85 (0,57)	4,13 (0,50)	3,92 (0,49)
	Resultado teste Kruskal-Wallis	$\chi^2_2=3,756$ p = 0,153	$\chi^2_2=6,914$ p < 0,05	$\chi^2_2=4,628$ p = 0,099	$\chi^2_2=6,725$ p < 0,05

E - Educacional; C - Confiança; Atp - Área técnico profissional;

^a - na dimensão confiança e total da escala os resultados dos utentes de Mirandela diferem de forma significativa dos resultados obtidos pelos utentes de Macedo de Cavaleiros (teste post hoc);

Em resumo:

- A existência de internamentos anteriores não interfere na satisfação atual dos cuidados de enfermagem;
- Os utentes com mais tempo de internamento estão ligeiramente mais satisfeitos, mas as diferenças não apresentam relevância estatística;
- Uteses com cirurgia programada estão mais satisfeitos em todas as dimensões e totalidade da escala que utentes com cirurgia urgente;
- O tipo de cirurgia influencia de forma estatisticamente significativa os resultados obtidos da dimensão área técnico profissional;
- O diagnóstico que conduziu à cirurgia e ao conseqüente internamento não é fator de influência nos níveis médios de satisfação dos utentes em todas as dimensões e totalidade da escala;
- Uteses com residência próxima do hospital de Macedo de Cavaleiros são os mais satisfeitos e os utentes com residência na proximidade do hospital de Mirandela são os menos satisfeitos. Concluimos que estas diferenças são estatisticamente significativas na dimensão confiança e totalidade da escala.

Em resposta à questão 3 de investigação conclui-se as variáveis: tipo de cirurgia e o hospital de proximidade influenciam significativamente a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem. Assim sendo, verificou-se que a existência de internamentos anteriores, assim como o tempo de internamento e o diagnóstico não influenciam de forma significativa a satisfação do utente com os cuidados de enfermagem. Por outro lado, concluimos que o tipo de cirurgia é fator determinante na satisfação, assim como a localização do hospital de proximidade. De outro modo, é possível afirmar que utentes com cirurgia programada estão mais satisfeitos que utentes com cirurgia de urgência e que os utentes com residência próxima do hospital de Macedo de Cavaleiros estão mais satisfeitos e os utentes com residência na proximidade do hospital de Mirandela são os menos satisfeitos.

Através da caracterização das dimensões da escala EADS em função dos níveis de satisfação das dimensões e totalidade da escala ISP pretendemos com estes resultados averiguar se níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão estão associados a níveis mais baixos de satisfação. Assim sendo, pretende-se responder à questão de investigação:

Questão 4 – Em que medida o bem-estar psicológico determina a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem?

De forma a solucionar a questão de investigação proposta recorreu-se à estimação de um modelo de regressão linear múltipla para cada dimensão e totalidade da escala. Para cada modelo as variáveis independentes são os níveis de stress, ansiedade e depressão, assim como as variáveis idade (anos), funcionalidade familiar (pontuação), sexo e hospital de proximidade estas últimas transformadas em variáveis dummy.

Dos valores correlacionais conclui-se que apenas são estatisticamente significativos os que associam a idade e o hospital de proximidade de Macedo de Cavaleiros com a satisfação global. Ambos são positivos o que permite afirmar que quanto maior a idade e o hospital de proximidade estar situado em Macedo de Cavaleiros induz maior satisfação no paciente (cf. tabela 15).

Tabela 15 - Correlações de Pearson entre a satisfação e as variáveis independentes

Fatores	r	p
Idade	0,187	0,008
Stress	-0,014	0,431
Ansiedade	0,005	0,474
Depressão	0,018	0,407
Funcionalidade familiar	0,054	0,245
Sexo (dummy)	-0,029	0,354
Hospital Mirandela (dummy)	-0,120	0,062
Hospital Macedo (dummy)	0,175	0,012
Hospital Bragança (dummy)	-0,031	0,345

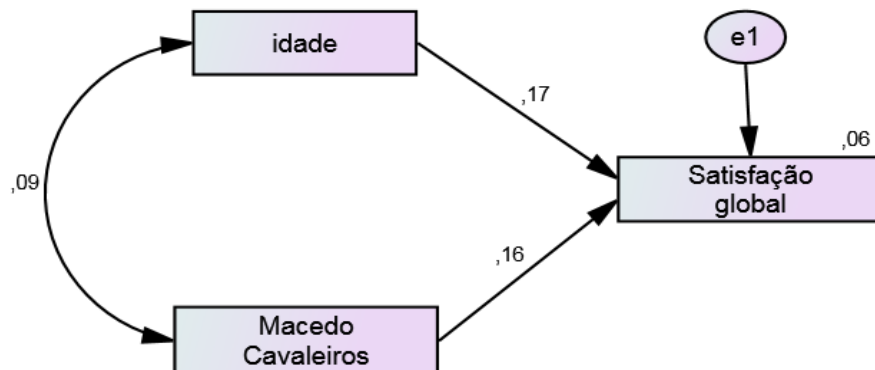
No modelo de regressão apresentado foram duas as variáveis que se configuraram como predictoras, idade e hospital Macedo de Cavaleiros. O modelo estimado explica, cerca de 4,9% da variação da satisfação global, com erro de estimação de 0,474. O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre os fatores em estudo. O teste t, apresenta-se com significância estatística para as referidas variáveis. Pelos coeficientes padronizados beta inferimos que as variáveis idade e hospital de proximidade de Macedo de Cavaleiros tem relação direta com a satisfação global. Os valores obtidos para VIF (variance inflation factor) são inferiores a 5.0 o que nos permite concluir que as variáveis explicativas não são colineares (cf. tabela 16).

Tabela 16 - Regressão múltipla entre as dimensões da escala EADS e a satisfação global

Variável dependente: Satisfação global					
R=0,246					
R ² =0,060					
R ² Ajustado=0,049					
Erro padrão de estimativa=0.47438					
Incremento de R²=0.025					
F=4.436					
p=0,037					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente B	Coefficiente beta	T	p	VIF
Constante	3,659				
Idade	0,004	0,173	2,279	0,024	1,008
Hospital Macedo	0,218	0,160	2,106	0,037	1,008

Apresentamos o gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. No modelo o coeficiente de regressão da idade é de 0,17 e, do hospital de proximidade Macedo de Cavaleiros é de 0,16. As duas variáveis conforme referido explicam aproximadamente cerca de 6 (cf. figura 2).

Figura 2 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação global



Apresentamos os coeficientes de correlação e um resumo do modelo estimado para a dimensão confiança da escala ISP, respetivamente nas tabelas 17 e 18.

Dos valores correlacionais afere-se que apenas são estatisticamente significativos os que associam a idade e o hospital de Macedo de Cavaleiros com a satisfação na confiança. Ambos são positivos o que permite afirmar que quanto maior a idade, bem como o hospital de proximidade ser em Macedo de Cavaleiros induz maior satisfação na confiança. (cf. Tabela 17)

Tabela 17 - Correlações de Pearson entre a satisfação na confiança e as variáveis independentes

Fatores	r	p
Idade	0,289	0,000
Stress	0,050	0,260
Ansiedade	0,095	0,112
Depressão	0,092	0,119
Funcionalidade familiar	0,005	0,473
Sexo (dummy)	-0,009	0,452
Hospital Mirandela (dummy)	-0,116	0,068
Hospital Macedo (dummy)	0,185	0,008
Hospital Bragança (dummy)	-0,042	0,296

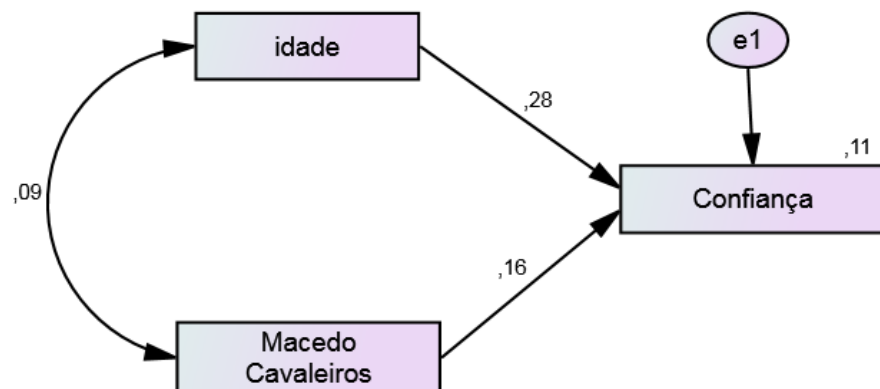
No modelo de regressão apresentado (tabela 18) equacionaram-se também como preditoras, a idade e o hospital de Macedo de Cavaleiros. O modelo estimado com as duas variáveis explica 9,8% da variação da satisfação na confiança, com erro de estimação de 0,5395. O teste F e o teste t, apresentam-se com significância estatística para as referidas variáveis. Quanto aos coeficientes padronizados beta apuramos que as variáveis idade e hospital de proximidade de Macedo de Cavaleiros tem relação direta com a satisfação na confiança. Os valores da VIF (Variance Inflation Factor) indiciam a não colinearidade entre as variáveis.

Tabela 18 - Regressão múltipla entre as dimensões da escala EADS e a satisfação na confiança

Variável dependente: Satisfação global					
R=0,331					
R ² =0,109					
R ² Ajustado=0,098					
Erro padrão de estimativa=0.5395					
Incremento de R²=0.026					
F=10,065					
p=0,030					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	<i>Coefficiente</i> B	<i>Coefficiente</i> beta	T	p	VIF
Constante	3,389				
Idade	0,008	0,275	3,720	0,000	1,008
Hospital Macedo	0,255	0,161	2,173	0,031	1,008

Apresentamos o gráfico do modelo ajustado com os coeficientes estandardizados. O coeficiente de regressão da idade é de 0,28, e do hospital de proximidade Macedo de Cavaleiros é de 0,16, variando ambas em sentido direto (cf. figura 3).

Figura 3 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação na confiança

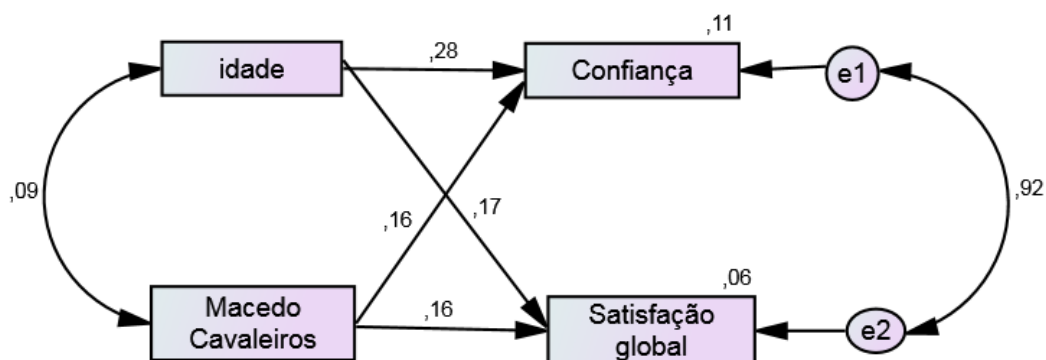


Relativamente à dimensão educacional e dimensão área técnico profissional não foram obtidos modelos de regressão múltipla porquanto nenhuma das variáveis se manifestou como predictoras. Dito de outro modo, nenhum dos possíveis regressores apresentados explica de forma significativa a variação da satisfação dos utentes na dimensão educacional e na dimensão área técnico profissional.

Concluimos apresentando na figura 4 o modelo final que representa uma regressão múltipla multivariada para a satisfação global e para a satisfação na dimensão confiança.

Observa-se que os resultados das trajetórias das variáveis manifestas para as latentes mantêm os coeficientes já apresentados anteriormente, o mesmo ocorrendo com a percentagem de variância explicada. Acresce que a correlação entre a confiança e a satisfação global é de 0.92, o que significa que as duas variáveis se influenciam acima de 80.0%.

Figura 4 - Gráfico do modelo ajustado para a satisfação global e satisfação na confiança



Em resumo:

- A satisfação do doente cirúrgico nas dimensões educacional, confiança, área técnico profissional e totalidade da escala ISP não é significativamente influenciada pelos níveis de stress, ansiedade e depressão que os doentes possam apresentar.
- A satisfação do doente cirúrgico na dimensão confiança e totalidade da escala ISP é significativamente influenciada pela idade e pelo hospital de proximidade de Macedo de Cavaleiros.

Assim, em resposta à questão 4 de investigação concluimos que o bem-estar psicológico não é fator determinante na satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem.

4 - DISCUSSÃO

No capítulo anterior fizemos a análise dos dados obtidos ao longo da investigação com base nas questões de investigação e objetivo da mesma, que se centra em apurar “a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem na ULSNE – Unidade de Bragança”, e determinar a influência das variáveis independentes. Neste capítulo vamos discutir os resultados e compará-los com outros estudos realizados anteriormente e que vão ao encontro do tema da nossa investigação. Do nosso ponto de vista a fase da discussão dos resultados é um dos pontos fulcrais do processo.

Analisando os resultados relativamente à caracterização sociodemográfica, verificamos que a amostra da nossa investigação é constituída por 167 indivíduos, sendo 136 do sexo feminino (81,4%) e 31 do sexo masculino (18,6%), a explicação desta diferença tão significativa tem a ver com o facto de o investigador exercer funções no serviço de internamento de cirurgia mulheres, e daí se verificar a aplicação do instrumento de colheita de dados de uma forma mais acentuada, estes resultados vão ao encontro de estudos similares (Martins, 2009; Guterres et al., 2012; Lopes, 2013), em concordância estão os resultados apurados nos censos 2011 relativamente à população residente em Portugal indicam que 52,2% são do sexo feminino, dados que não são corroborados por (Silva, 2011; Dinis, 2013). Nesta investigação, homens e mulheres apresentam níveis de satisfação idênticos nas várias dimensões e totalidade da escala, não se verificando diferenças estatisticamente significativas, resultados idênticos comprovados por (Oliveira e Guirardello, 2004; Pontinha, 2011; Silva, 2011; Guterres et al., 2012; Lopes, 2013; Dinis, 2013; Ferreira, 2014). Contudo as mulheres estão ligeiramente mais satisfeitas em cada dimensão, com exceção da dimensão educacional, o mesmo foi verificado por (Pontinha, 2011; Ferreira, 2014), considerando que as mulheres são mais exigentes, quer por uma questão cultural, quer pela própria sensibilidade feminina, podemos concluir que é um bom indicador dos cuidados de enfermagem prestados no serviço onde foi realizada a investigação.

Relativamente à idade, esta oscila entre os 18 e os 87 anos, com uma média de 53,355 anos, sendo que, no caso do género feminino as faixas etárias predominantes são até aos 60

anos (65,5% do total) e no caso masculino as faixas etárias são superiores a 60 anos (61,3% do total), observamos ainda que 39,5% dos utentes internados tem mais de 60 anos, de novo, os dados vão de encontro aos registados pelos censos 2011 referindo que 19% da população tem 65 ou mais anos e elucida para a propensão do envelhecimento demográfico nacional. Médias de idade semelhantes, foram encontradas por (Martins, 2009; Ortiz et al., 2013), o que não foi verificado nos estudos realizados por (Silva, 2011; Dinis, 2013; Pontinha, 2013; Ferreira, 2014) que verificaram médias de idade mais elevadas.

Na investigação e no que respeita à idade, as diferenças observadas são estatisticamente significativas na dimensão confiança e totalidade da escala, o mesmo foi verificado nos estudos realizados por (Silva 2011; Guterres et al., 2012; Ferreira, 2014), o que não foi confirmado por (Pontinha, 2011; Lopes, 2013; Dinis, 2013) que referem não haver diferenças estatisticamente significativas entre idades. Verificamos que os utentes mais satisfeitos nas dimensões educacional, confiança e totalidade da escala são os que têm mais de 60 anos, também (Guterres et al. 2012; Pontinha, 2011; Dinis, 2013; Ferreira, 2014) referem que os utentes mais velhos estão mais satisfeitos. Acreditamos que esta justificação se deva ao facto de estes serem menos exigentes, mais dependentes e também não terem o mesmo conhecimento sobre os direitos dos utentes. Foi possível constatar que os utentes com indicadores mais baixos de satisfação são os mais novos, no entanto é importante referir que na dimensão área técnico profissional são os utentes com idade compreendida até aos 40 anos que estão mais satisfeitos.

Em relação ao estado estado civil constatamos que 64,1% da amostra está casada ou em união de facto, o que representa a maioria dos homens 71% e também a maioria das mulheres 62,5%, realidade que foi certificada nos estudos de (Martins, 2009; Guterres et al., 2012; Silva, 2011; Lopes, 2013; Dinis, 2013; Ferreira, 2014). A realidade nacional mencionada nos censos 2011 refere que apenas 47% da população é casada. Apuramos que as diferenças observadas relativamente ao estado civil e à satisfação são na dimensão educacional estatisticamente significativas, o que não se verificou nos estudos efetuados por (Guterres et al., 2012; Dinis, 2013; Silva, 2011; Ferreira, 2014). Comprovamos que em termos médios, são os utentes incluídos em outros (que no inquérito incluía separados/divorciados, viúvos e solteiros) que estão mais satisfeitos, com exceção dos solteiros que assumem menores níveis de satisfação.

As habilitações literárias da amostra da investigação mostram que a maioria dos utentes possuem o 1º ciclo do ensino básico 37,1%, apenas 23,4% possuem o ensino

secundário e só 13,8% o ensino superior, nesta amostra verificamos que são maioritariamente as mulheres que possuem maior grau académico, dados confirmados pelos censos 2011, que salientam a redução da taxa de analfabetismo. Verificamos que os utentes que possuem apenas o 1º ciclo do ensino básico e os que concluíram o secundário estão ligeiramente mais satisfeitos nas dimensões educacional, confiança e total da escala. Os que concluíram o secundário são os mais satisfeitos na dimensão área técnico profissional. Observamos que os resultados, em termos médios, apresentam poucas diferenças entre utentes com diferentes habilitações nas três dimensões em estudo e na totalidade da escala. As diferenças observadas não são estatisticamente significativas, resultados idênticos foram observados por (Silva, 2011; Guterres et al., 2012; Lopes, 2013). Contudo, verificamos exceção na dimensão confiança, na qual observamos diferenças estatisticamente significativas, concluímos que as diferenças observadas são entre os utentes com o 1º ciclo e os utentes com ensino superior, ideia revigorada por (Ferreira, 2014). De referir que os utentes com ensino superior são os que estão menos satisfeitos em todas as dimensões e totalidade da escala.

No que concerne à área de residência da amostra da investigação, estes provêm maioritariamente do meio urbano, representando 51,5% da totalidade, sendo que 48,5% vivem no meio rural, é importante referir que o distrito é composto por 12 concelhos e tem apenas 4 cidades, no entanto tem 8 vilas, que no estudo se encontram incluídas no meio urbano, o que pode explicar a proveniência da amostra. Também (Silva, 2011; Guterres et al., 2012; Ferreira, 2014) obtiveram amostras com proveniências idênticas, é de salientar que os estudos dos autores referenciados foram realizados em distritos do interior à semelhança desta investigação. Os níveis médios de satisfação em todas as dimensões e totalidade da escala são idênticos entre os utentes do meio rural e do meio urbano, não se verificando diferenças estatisticamente significativas, tal como comprovaram os investigadores (Silva, 2011; Pontinha, 2011; Guterres et al., 2012; Lopes, 2013; Dinis, 2013; Ferreira, 2014).

Relativamente à situação profissional apuramos que 35, 3% da amostra tem atividade profissional remunerada, também 30,5% são ativos não remunerados e em contraste, 34,1% da amostra encontra-se reformado/aposentado, situação explicada pela idade avançada dos inquiridos. Apuramos que os utentes mais satisfeitos em todas as dimensões e totalidade da escala são os reformados/aposentados. Os menos satisfeitos são os ativos não remunerados que se referem aos estudantes e domésticos. Na dimensão confiança os resultados dos utentes ativos com remuneração são significativamente diferentes dos resultados dos utentes reformados, sendo que os primeiros estão menos satisfeitos, desta forma na dimensão

confiança as diferenças observadas são estatisticamente significativas. Nas restantes dimensões e totalidade da escala as diferenças observadas não apresentam significância estatística. À semelhança os estudos realizados por (Silva, 2011; Ferreira, 2014) também não ostentam diferenças significativas, no entanto, ao contrário da nossa investigação, verificaram índices de satisfação mais elevados nos utentes ativos.

Supomos que os resultados da nossa investigação podem ser explicados pelo facto de os reformados/aposentados e desempregados enquanto estão hospitalizados, indiretamente seja visto como um benefício em termos económicos, já que quer os reformados, quer os desempregados não têm perda de rendimentos durante o internamento.

Em análise ao rendimento mensal líquido verifica-se que na maioria dos casos 56,3% auferem valores inferiores a 485€, e que 43,7% dos utentes auferem rendimentos superiores a 485€. Observamos que são os utentes com rendimentos mais baixos que estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e confiança, assim como na totalidade da escala. No entanto verificamos exceção na dimensão área técnico profissional, de forma que são os utentes com rendimentos mais elevados que estão mais satisfeitos. A explicação desta última análise tem a ver com os conhecimentos técnicos deste grupo, pois os que auferem maiores rendimentos, normalmente têm mais formação, daí, estarem mais satisfeitos na área técnico profissional. Contudo, as diferenças observadas apenas apresentam relevância estatisticamente significativa na dimensão confiança, o que vai de encontro ao estudo realizado por (Dinis, 2013). No entanto, outros estudos verificaram resultados totalmente inversos, tal como (Silva, 2011) que observou diferenças estatisticamente significativas, com maior satisfação nos utentes que auferem rendimentos mais elevados, entre 970€ e 1455€.

Analisando agora os resultados relativamente à caracterização familiar, na qual se descreve com quem vive e funcionalidade familiar verificamos que 81,4% dos utentes vive com familiares, dos quais a maioria vive com o cônjuge ou com o cônjuge e filhos, e que apenas 3% estão institucionalizados. Relativamente ao Apgar familiar, a família funcional é observada com maior frequência, 80,2% dos casos, apenas em 19,8% das situações se observa família disfuncional. Em análise às distintas funcionalidades familiares, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas. A funcionalidade familiar não é condição determinante na satisfação dos utentes. Resultados e funcionalidade familiar idêntica foi encontrada em estudos realizados por (Pontinha, 2011; Silva, 2011; Guterres, et al., 2012; Dinis, 2013). Apesar de resultados semelhantes para cada dimensão e totalidade da escala entre utentes com diferentes realidades familiares, é importante destacar que relativamente à

funcionalidade familiar, são os utentes que tem Apgar funcional que estão mais satisfeitos nas dimensões educacional e área técnico profissional, assim como na totalidade da escala. Na dimensão confiança os utentes com Apgar disfuncional estão ligeiramente mais satisfeitos. Dada a cultura enraizada nas regiões do interior relativamente à questão de apoiar e cuidar dos familiares é compreensível a elevada frequência de famílias funcionais.

Da análise aos resultados da caracterização clínica, observamos que 80,8% dos utentes já esteve internado anteriormente, indo de encontro a valores apresentados por (Silva 2011; Dinis, 2013), desta totalidade, 48,1% já estiveram internados no serviço onde decorre a investigação. Quanto ao tempo de internamento verifica-se um valor mínimo de 1 dia e máximo de 30 dias, a que corresponde um valor médio de 5,904 dias, de referir que em 85,6% da amostra o tempo de internamento foi inferior a 10 dias. De salientar que os homens em média estão mais tempo internados que as mulheres. Analisando outros estudos, verificamos que (Pontinha, 2011; Dinis, 2013) apresentam médias de dias de internamento superiores, ao invés de (Silva, 2011) que referiu média de 2,88 dias, que se atestam inferiores. Da análise de cada dimensão e totalidade da escala, apuramos que em função de internamentos anteriores e tempo de internamento, as diferenças não são estatisticamente significativas, à semelhança dos estudos realizados por (Silva, 2011; Dinis, 2013). Apesar de não haver diferenças de relevância estatística, torna-se pertinente salientar que os utentes com mais tempo de internamento estão ligeiramente mais satisfeitos, ao invés de (Pontinha, 2011; Dinis, 2013) que relatam menor satisfação por parte dos que estão mais tempo internados.

Relativamente ao diagnóstico, verificamos que nas mulheres a patologia mais comum é de natureza ginecológica 36,8% seguindo-se a patologia colo retal em 32,4% e a hépato biliar em 26,5%. No caso dos homens, as patologias com maior frequência são: hépato biliar e colo retal com representação idêntica de 38,7%. Em análise ao diagnóstico e à satisfação com os cuidados de enfermagem, apuramos que os resultados obtidos não apresentam diferenças estatisticamente significativas, tal como no estudo realizado por (Dinis, 2013), no entanto observamos que as mulheres submetidas a intervenção cirúrgica do foro ginecológico estão mais satisfeitas na área técnico profissional.

Analisando o tipo de cirurgia, verificamos que as de carácter programado se aplicaram maioritariamente às mulheres, representando 59,6% ao invés de 40,4% de carácter urgente. Nos homens não se verifica o mesmo, pois a maioria 67,7% foram submetidos a cirurgia de carácter urgente e apenas 32,3% de carácter programada. Observamos que os utentes submetidos a cirurgia programada apresentam níveis de satisfação mais elevados que os de

cirurgia de carácter urgente, em todas as dimensões e totalidade da escala. As diferenças observadas na área técnico profissional são estatisticamente significativas. (Dinis, 2013) também refere que o internamento por patologia de carácter urgente se traduz em menor satisfação para com os cuidados de enfermagem, no entanto sem diferença estatisticamente significativa. Os resultados observados são compreensíveis, já que na cirurgia programada o utente foi submetido antecipadamente a consulta e rotinas pré-operatória, desencadeando como que um preparo cirúrgico menos agressivo em relação a uma situação de urgência.

O hospital mais próximo para a maioria dos utentes 65,3%, é o hospital distrital de Bragança (onde ocorre a investigação), seguindo-se o hospital de Mirandela com 19,8% e por último o hospital de Macedo de Cavaleiros com 15%. Os resultados demonstraram que os utentes menos satisfeitos em todas as dimensões e totalidade da escala são os de Mirandela. Concluimos que se observam diferenças estatisticamente significativas na dimensão confiança e totalidade da escala. De referir que não foi encontrado nenhum estudo que realizasse esta avaliação, o objetivo desta análise relaciona-se com o facto de os utentes terem que se deslocar para outro hospital que não o de maior proximidade ou de referência para realizar uma intervenção cirúrgica. A compreensão destes resultados está diretamente relacionada com o facto de Mirandela ser a cidade mais distante do hospital onde foi realizada a investigação, para além de que, o hospital de Mirandela dispõe de serviço de internamento de cirurgia, e de bloco operatório, mas, no entanto só são realizadas cirurgias de ambulatório, o que obriga a que na maioria das situações o doente seja internado inicialmente em Mirandela e posteriormente seja transferido para Bragança para aí poder realizar a intervenção cirúrgica, após a recuperação da mesma, normalmente são novamente transferidos para o hospital de origem, acreditamos que todo este processo condicione a satisfação do doente.

Relativamente à caracterização da dimensão bem-estar psicológico, é de referir que, em termos médios, os níveis de stress, ansiedade e depressão são baixos, na realidade encontram-se mesmo abaixo do valor médio teórico esperado que é de 10.5 pontos. Em análise à escala EADS na dimensão stress a média foi de 5,479; na dimensão ansiedade o valor médio foi de 5,000 e na dimensão depressão obtivemos média de 3,689. Em análise concluimos que na totalidade da escala ISP, os níveis médios mais elevados de stress, ansiedade e depressão são observados nos utentes que estão pouco satisfeitos, e os níveis médios mais baixos verificam-se nos utentes muito satisfeitos. As diferenças observadas não são, a um nível de significância, estatisticamente significativos. Em todas as dimensões da escala EADS a dispersão de resultados é muito elevada e os valores médios obtidos são relativamente baixos

o que indica níveis de stress, ansiedade e depressão baixos. Níveis idênticos foram encontrados por (Santos, 2014) que realizou um estudo com o objetivo principal de quantificar os níveis de stress, ansiedade e depressão no pré-operatório no doente cirúrgico, correlacionando-o com algumas variáveis, só encontrando diferenças significativas em função do diagnóstico e uma correlação significativa da depressão com o tempo de internamento.

Dado que os estudos encontrados são realizados no pré-operatório e o nosso instrumento de recolha de dados é aplicada no pós-operatório, consideramos não ser viável a análise comparativa relativamente aos níveis de stress, ansiedade e depressão. No entanto torna-se pertinente referenciar que (Kelly, 2014), relata que a ansiedade no período pré-operatório não influencia o período pós-operatório, a não ser nos casos em que há antecedentes de tumor ou medos que podem agravar os níveis de ansiedade, no entanto foi apontado que quanto maior o nível de stress antes da cirurgia, mais complicado se torna o processo de cicatrização, tal como atrasa o restabelecimento do sistema imunológico e ainda a possibilidade de alterar a colaboração do utente na sua recuperação.

No sentido de melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade, também (Ortiz, et al., 2013) realizaram um estudo para perceber se a transmissão de informação objetiva antes da cirurgia tinha diferença significativa, concluiu que a informação melhora a satisfação do utente, no entanto, não reduz a ansiedade.

Relativamente à análise a correlação entre as dimensões da escala EADS, apuramos uma forte correlação e direta entre o stress e as outras dimensões. Desta forma o aumento de stress leva ao aumento da ansiedade e da depressão.

Ao analisarmos a correlação da escala Apgar com a escala EADS, verificamos que esta apresenta correlação significativa com as dimensões stress, ansiedade e depressão, os coeficientes são negativos e de magnitude fraca, logo, uma melhor funcionalidade familiar traduz-se em níveis de stress, ansiedade e depressão mais baixos.

Análise das dimensões e totalidade da escala ISP, na dimensão educacional a média foi de 3,823, na dimensão confiança o valor médio foi de 3,870, na dimensão área técnico profissional obtivemos a média de 4,132 e na totalidade da escala média de 3,930. Na análise global obtivemos como valor mínimo 2,68, valor médio de 3,93 e valor máximo de 5. De referir que em termos médios, os níveis de satisfação estão acima do valor médio teórico expectável que é de 3 pontos, desta forma salientamos que indica pelo menos alguma satisfação. Verificamos correlação moderada e no sentido direto entre as dimensões da escala

e entre estas e a totalidade da mesma, desta forma maiores níveis de satisfação numa dimensão induz a maiores níveis de satisfação nas outras dimensões. Em termos gerais apuramos que 42,5% estão pouco satisfeitos, 21,6% estão satisfeitos e 35,9% estão muito satisfeitos, (resumindo em duas dimensões, obtemos 42,5% de pouca satisfação e 57,5% de satisfação). Após as observações e em análise com outros estudos, verificamos que resultados idênticos foram observados por (Oliveira, 2004; Vaz, 2008; Lopes et al., 2009; Pontinha, 2011; Silva 2011; Guterres et al., 2012; Lopes, 2013; Ferreira, 2014), todos referem satisfação por parte dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem. Os estudos referidos anteriormente referem-se a avaliações em contextos diferentes, alguns deles realizados nos cuidados diferenciados, outros nos cuidados de saúde primários, no entanto, todos com o mesmo objetivo, o de quantificar o grau de satisfação do utente para com os cuidados de enfermagem e o de conhecer as determinantes dessa mesma satisfação.

Quando analisamos as respostas às questões que compõem a escala ISP, também aplicada por (Oliveira, 2004; Silva, 2011), à semelhança da nossa investigação, os resultados são muito semelhantes, em ambos os estudos, os utentes referem grande satisfação com a agradabilidade, disponibilidade perante a solicitação, compreensão, paciência, habilidade e organização dos cuidados. O menor nível de satisfação diz respeito às questões “O enfermeiro está demasiado ocupado para conversar comigo” e “O enfermeiros diz pouco acerca dos resultados dos exames”. É de salientar que também (Martins, 2009; Pontinha, 2011) salientam que os utentes consideram insuficiente a informação que lhes é fornecida, aliás (Martins, 2009) constatou evidência significativa na influência da informação recebida com o grau de satisfação.

5 - CONCLUSÃO

Estando agora na fase final deste trabalho, faremos uma abordagem conclusiva, com análise dos pontos fortes da investigação, facultando contributos sugestivos de forma construtiva para colmatar as interferências negativas na avaliação dos cuidados de enfermagem e complementar conhecimentos e promover mudanças positivas na prestação de cuidados de enfermagem de excelência. Atualmente a satisfação do utente é considerada o melhor indicador da qualidade dos cuidados de saúde.

É concordante que qualquer estudo de investigação tem limitações, à semelhança de outros também nesta investigação nos deparamos com algumas limitações, sendo essencialmente a falta de disponibilidade do investigador (já que a aplicação do questionário coincidiu com a realização do período de estágio) para estar com o utente antes da alta, já que este era o momento da aplicação do instrumento de recolha de dados, como maioritariamente o utente só era informado da alta clínica no próprio dia, este facto limitou a amostra e até mesmo a adesão por parte dos participantes, já que alguns referiam falta de tempo para o preenchimento do inquérito. Alguns dos inquéritos eram preenchidos a pedido do utente pelo investigador, que no caso é elemento de uma das equipas de enfermagem do serviço de cirurgia, podendo desta forma enviesar o resultado. A avaliação da satisfação nesta investigação refere-se apenas ao momento, já que o estudo é transversal.

Mesmo tendo em consideração as limitações e dificuldades da investigação, acreditamos que atingimos os objetivos delineados para a mesma, e ponderadamente consideramos que esta investigação poderá ser um ponto de partida para a realização de outras idênticas nos diversos serviços da unidade hospitalar de Bragança da ULSNE, já que até ao momento esta investigação é pioneira na avaliação da satisfação do doente cirúrgico. Desta forma torna-se importante referir que o instrumento de recolha de dados da investigação foi aplicado aos utentes submetidos a uma intervenção cirúrgica na unidade hospitalar de Bragança e internados no serviço de cirurgia homens e mulheres desta unidade, no entanto, é importante salientar que não avalia a satisfação por serviço, já que esse nunca foi objetivo da

investigação, e também porque foram inquiridas mulheres internadas no serviço de cirurgia homens, e vice-versa.

Iniciamos agora a referência às principais ilações desta investigação, tendo como fio condutor as questões e objetivos da mesma, no sentido de melhorar os cuidados prestados e obter o nível mais elevado de satisfação por parte dos utentes. Desta forma numa análise às variáveis sociodemográficas, constatamos que os utentes do género feminino estão ligeiramente mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, à exceção da dimensão educacional, tal como os utentes mais velhos essencialmente com mais de 60 anos, também estes estão mais satisfeitos em comparação com os mais jovens, principalmente até aos 40 anos. Em relação em estado civil, são os incluídos em outros (viúvos e separados/divorciados) que estão mais satisfeitos, sendo os solteiros os que apresentam níveis de satisfação mais baixos. Os que vivem no meio rural ou urbano apresentam níveis de satisfação idênticos. Uteses com formação académica mais baixa, com menores rendimentos mensais, desempregados e reformados são os que estão mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem ao invés dos utentes com ensino superior que apresentam níveis de satisfação mais baixos em todas as dimensões e totalidade da escala, de salientar que na dimensão área técnico profissional os que possuem maiores rendimentos estão mais satisfeitos.

Para responder à questão de investigação, e na análise realizada às variáveis sociodemográficas, a hipótese em estudo é, neste estudo validada, apesar do género e do meio de proveniência não interferirem de modo relevante na satisfação, concluímos que há diferenças estatisticamente significativas na idade nas dimensões confiança e totalidade da escala, no estado civil na dimensão educacional, nas habilitações literárias, situação profissional e rendimento mensal, ambas na dimensão confiança.

Analisando as variáveis familiares, observamos que a amostra apresenta grande funcionalidade familiar, em relação ao maior nível de satisfação, esta verifica-se nos utentes com Apgar funcional. Os níveis médios de satisfação são muito próximos entre utentes com realidades familiares diferentes, o que nos leva a dizer que a funcionalidade familiar não interfere na satisfação dos utentes. Desta forma e em resposta à questão de investigação, a hipótese em estudo para as variáveis familiares, não é neste estudo validada.

Quanto às variáveis clínicas, apuramos que o diagnóstico e o facto de ter internamento anterior, tal como o tempo de internamento não interferem no grau de satisfação, no entanto, essa satisfação melhora com o aumento do tempo de internamento, mas sem diferenças estatisticamente significativas, de salientar que os homens em média estão mais tempo

internados. O facto de a cirurgia ser de carácter programado ou urgente interfere com o nível de satisfação, sendo que este é mais elevado para a cirurgia de carácter programado em todas as dimensões e totalidade da escala, desta forma os utentes operados de urgência estão menos satisfeitos. As cirurgias de urgência verificaram-se mais no género masculino (67,7% da totalidade dos homens, ao invés de 40,4% das mulheres), o que poderá ser parte da explicação da menor satisfação destes. Relativamente ao hospital de proximidade, os utentes mais satisfeitos são os que têm residência próxima do hospital de Macedo de Cavaleiros, ao contrário dos utentes com proximidade do hospital de Mirandela que são os menos satisfeitos, consideramos que, por este ser o mais distante do hospital onde se realizou a investigação, possa ser explicação para este facto.

Em resposta à questão de investigação, a hipótese em estudo para as variáveis clínicas, é neste estudo parcialmente validada. A existência de internamentos anteriores, o tempo de internamento e o diagnóstico não influenciam de forma significativa a satisfação do utente com os cuidados de enfermagem. Confirmamos diferenças estatisticamente significativas no tipo de cirurgia, assim como na localização do hospital de proximidade, que consideramos fatores determinante na satisfação.

Da análise à variável de bem-estar psicológico, constatamos que os níveis médios de stress, ansiedade e depressão são baixos. No entanto os níveis mais elevados de stress, ansiedade e depressão, verificam-se nos utentes pouco satisfeitos, na totalidade da escala e dimensões, à exceção da confiança, mas sem diferença estatisticamente significativa. Em resposta à questão de investigação, a hipótese em estudo para as variáveis de bem-estar, não é neste estudo validada.

Quando analisamos a totalidade da escala ISP e as diferentes dimensões, verificamos que em termos médios para a totalidade da escala o valor mínimo obtido foi de 2,68, médio de 3,93 e máximo de 5, dado que o valor médio teórico expectável é de 3 pontos, podemos afirmar que os níveis de satisfação estão acima do valor médio. Em análise às dimensões: na educacional a média foi de 3,823, na confiança foi de 3,870 e na área técnico profissional foi de 4,132. Em termos gerais apuramos que 42,5% estão pouco satisfeitos, 21,6% estão satisfeitos e 35,9% estão muito satisfeitos. Salientamos que 57,5% da amostra está satisfeita ou muito satisfeita. (Ferreira, 2014), no seu estudo reforça este facto ao comparar a satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários da ULSNE com os dos cuidados diferenciados.

As sugestões de melhoria são essencialmente na área do acolhimento, comunicação e humanização dos cuidados de enfermagem.

É primordial aperfeiçoar as competências relacionais e comunicacionais dos profissionais deste serviço. A forma como acolhemos o utente no serviço, a relação terapêutica e de ajuda que estabelecemos com o utente/família, é extremamente importante, já que este é o primeiro contato, que por um lado transmite muito sobre a nossa forma de ser e por outro, é o momento em que podemos perceber muitas das expectativas do utente. Desta forma será realizada formação em serviço designada “A comunicação e o cuidar”.

Após a análise, e em função dos resultados obtidos, torna-se primordial adequar a prestação de cuidados aos utentes submetidos a cirurgia de caráter urgente, aos utentes mais jovens, solteiros e com mais formação, bem como aos utentes transferidos de outra unidade hospitalar e distante da unidade de Bragança. Para sua concretização será elaborado um manual de acolhimento para o serviço com diretrizes direcionadas para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e outro para os utentes com informações úteis para a compreensão das especificidades inerentes a uma intervenção cirúrgica e ao doente cirúrgico.

Consideramos ser importante que todos os profissionais de saúde deste serviço, o gabinete do cidadão desta unidade hospitalar e a direção clínica e de enfermagem conheçam os resultados desta investigação. O facto de esta investigação ser pioneira na unidade hospitalar de Bragança, e da avaliação intra hospitalar referente à satisfação do utente ainda não ter sido realizada, apesar de já estar planeada, consideramos que a nossa investigação possa ser uma grande mais-valia para a ULSNE – Unidade de Bragança.

Por considerarmos que a realização desta investigação foi gratificante e motivante, sugerimos a continuação de investigações deste género, com propostas de melhoria contínua da qualidade com resultados na satisfação do utente, como forma de obter ganhos em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, S. M. (2010). *Humanização dos cuidados de enfermagem – A perspetiva do enfermeiro* (Monografia, Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima da Faculdade de Ciências da Saúde). Acedido em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1934/2/PG_16661.pdf
- Brunner & Suddarth. (2011). *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Caldeira, S. (2011). *A espiritualidade no cuidar: Um imperativo ético*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.
- Chaves, C., Duarte, J., Silva, R., Mateus, T., Castro, C., Marques, C.,...Santos, V. (2012). Satisfação dos utentes da unidade de saúde de Tondela. *Millenium*, 43(Junho/Dezembro), 47-77. Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2218/1/4.pdf>
- Costa, M. A. M. (2012). Cuidar e cuidado: os novos olhares e contextos. In M. L. Basto (Org.), *Cuidar em enfermagem: Saberes da prática* (pp. 335-338). Coimbra: Formasau.
- Dantas, M. M. D. (2014). *A visita pré-operatória de enfermagem: Contributos para a sua implementação* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=home>

Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2014). Porto: Porto Editora.

Acedido em <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/satisfação>

Dinis, S. R. B. (2013). *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2053/1/DINIS%2c%20Susana%20Raquel%20Bogas%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>

Fekete, M. C. (2000). A qualidade na prestação do cuidado em saúde. In Brasil. Ministério da

Saúde. *Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família* (pp. 51-57). Brasília: OPAS. Acedido em

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2104.pdf>

Ferreira, C. A. S. (2014). *Satisfação dos utentes da Unidade Local de Saúde do Nordeste face aos cuidados de Enfermagem* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de

Bragança). Acedido em.

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9785/1/Carina%20Salvador%20Ferreira.pdf>

Ferreira, M. A. G., Pontes, M. & Ferreira, N. (2009). *Cuidar em Enfermagem – percepção dos utentes*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade

Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480, 358-366. Acedido em.

http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1288/1/358-366_FCS_06_.pdf

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures:

Lusodidacta.

Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação da conceção à realização*. Loures:

Lusociência.

- Gomes, N. C. R. P. (2009). *O doente cirúrgico no período pré-operatório: da informação recebida às necessidades expressas* (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto). Acedido em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/16187/2/O%20DOENTE%20CIRRGICO%20NO%20PERODO%20PROPERATRIO%20DA%20INFORMA%C3%83O%20R.pdf>
- Graça, L. (2002). *Ethel Fenwick: o combate pela profissionalização da enfermagem na Grã-Bretanha e no resto do mundo*, (p. 141). Acedido em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos141.html>
- Guterres, C., Patrício, H., Júnior, L., & Almeida, M. (2012). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários. In M. Cunha (Coord.), *Investigação em saúde: Perspetiva ética, clínica e epidemiológica* (pp. 449-463). Viseu: Instituto Politécnico de Viseu Escola Superior de Saúde.
- Hibbert, A. (2003). O stress nos doentes cirúrgicos: Uma perspetiva Fisiológica. In K. Manley, L. Bellman, & J. Lumby (Eds.), *Enfermagem Cirúrgica: Prática avançada* (pp. 159-170). Loures: Lusociências.
- Kelly, J. (2007). O impacto da cirurgia e os aspetos psicológicos do paciente: uma revisão. *Pepsic. Psicologia hospitalar*, 5(1). Acedido em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000100004
- Lopes, J. L., Cardoso, M. L. A. P., Alves, V. L. S. & D’Innocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2). Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a04v22n2.pdf>
- Lopes, P. C. G. (2011). *A ansiedade do doente no período pré-operatório* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em

<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1653/1/LOPES%20Paula%20Cristina%20Gaspar%20corpo%20do%20trabalho.pdf>

Lopes, S. M. G. M. (2013). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de saúde Personalizados de Eiras* (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em http://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=details&id_sp=4349&l=1

Marek, J. F. & Boehnlein, M. J. (2010a). A Enfermagem Pré-Operatória. In W. J. Phipps, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença* (pp. 245-261). Loures: Lusodidacta.

Marek, J. F. & Boehnlein, M. J. (2010b). A Enfermagem Intra-Operatória. In W.J.Phipps, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença* (pp. 275-277). Loures: Lusodidacta.

Marek, J. F. & Boehnlein, M. J. (2010c). A Enfermagem Pós-Operatória. In W.J.Phipps, *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspetivas de saúde e doença* (pp. 311-315). Loures: Lusodidacta.

Martins, J. C. A. (2009). Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(3). Acedido em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n3/pt_09.pdf

Medeiros, R. G. (2010). A Enfermagem do passado e do futuro: perspetivas e desafios do cuidar. In W. Malagutti & S. M. R. C. Miranda (Orgs.), *Os caminhos da Enfermagem: de Florence à globalização* (pp. 85-102). São Paulo: Phorte Editora.

- Mendes, F., Mantovani, M. F., Gemito, M. L. & Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 17-25. doi.org/10.12707/RIII1281.
- Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Santo Tirso: Editorial Novembro.
- Oliveira, A. M. L. (2004). *Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument* (Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas UNICAMP). Acedido em <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000349484&fd=y>
- Oliveira, A. M. L. & Guirardello, E. B. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Revista Escola Enfermagem da USP*, 40(1), 71-77. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda da inovação dos cuidados*. Lisboa: OE. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2009.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE/ Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: OE. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/REPE_VF.pdf
- Ortiz, J., Wang, S., Elayda, M. A. & Tolpin, D. A. (2013). Informação pré-operatória ao paciente: podemos melhorar a satisfação e reduzir a ansiedade. *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 65(1), 7-13. doi.org/10.1016/j.bjan.3013.07.009.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pinto, T. G. G. S. N. (2011). *A vulnerabilidade ao stress do doente cirúrgico no período pré-operatório* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1651/1/PINTO%20Teresa%20Gra%C3%A7a%20Guerra%20Santos%20Nisa%20-%20Disserta%C3%A7ao%20Mestrado.pdf>
- Pisco, L. A. (2007). Sistema de qualidade em saúde. In *Investir em saúde: Contributo dos fundos estruturais comunitários em Portugal no setor da saúde* (pp. 95-105). Lisboa: Gabinete de Gestão do Saúde XXI.
- Pontinha, C. M. R. (2011). *Satisfação dos utentes face à prestação de cuidados de saúde* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedidem.<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1672/1/PONTINHA%20Carlos%20Manuel%20Rodrigues%20%20DM%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20utentes%20cuidados%20sa%C3%BAde.pdf>
- Portugal, Instituto Nacional de Estatísticas. (2009). *Censos 2011*. Acedido em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=107624784&DESTAQUESTema=55466&DESTAQUESmodo=2
- Revez, S., & Silva, C. (2010). Visão simbiótica de qualidade em Saúde-busca contínua pela melhoria. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, *TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas* (pp. 41-51). Lisboa: Edições sílabo.
- Ribeiro, O. P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*, 35(Novembro). doi: <http://hdl.handle.net/10400.19/357>
- Rocha, J. A. O. (2011). *Gestão da qualidade: Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- Santos, M. M. B., Martins, J. C. A., & Oliveira, L. M. N. (2014). *A ansiedade, depressão e stresse no pré-operatório do doente cirúrgico*. 7-15. doi: 10.12707/RIII1393.

- Silva, A. A. P. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20.
- Silva, E. B. B. (2012). *Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência geral* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1632/1/SILVA%20Etelvina%20Branco%20Barreira%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20dos%20utentes%20com%20atendimento%20de%20enfermagem%20no%20SU.pdf>
- Silva, M. C. C. (2011). *Satisfação do doente cardíaco com os cuidados de Enfermagem* (Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1557/1/SILVA%20Melania%20Cristina%20Correia,%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20doente%20card%C3%ADaco%20com%20os%20cuidados%20de%20enfermagem.pdf>
- Vaz, C. R. O. T. (2008). *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência* (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta). Acedido em <https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/702>
- Wold, J. L. (2011). Gestão da qualidade. In M. Stanhope & J. Lancaster, *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população* (pp. 547-569). Loures: Lusodidacta.

ANEXOS

ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Ministério da Educação e Ciência
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
 Escola Superior de Saúde de Viseu



Código: _____

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem Médico-Cirúrgica
Investigador Principal: Professor Olivério Paiva Ribeiro
Investigador Colaborador: Adélia de Lurdes Rodrigues Sendas Melgo
Curso: Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Inquérito

Este inquérito realiza-se no âmbito de um estudo de investigação sobre a satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem, prestados aos utentes submetidos a intervenção cirúrgica no serviço de cirurgia da Unidade Hospitalar de Bragança, da Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE.

No papel de Enfermeira a realizar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, informo que a sua participação é muito importante e solicito-lhe o preenchimento deste inquérito.

Mais esclareço que:

- Será mantido o anonimato e confidencialidade restrita ao estudo;
- Deverá preencher todas as questões;
- A resposta deverá ser a sua opinião sincera.

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

A . Dados sociodemográficos e familiares**P.1. Sexo**

- Masculino Feminino

P.2. Idade: _____**P.3. Estado Civil**

- Casado/União Facto Solteiro Separado/Divorciado
 Viúvo

P.4. Habilitações Literárias

- Sem estudos 1º Ciclo 2º Ciclo
 3º Ciclo Secundário Superior

P.5. Situação Profissional

B.Dados sobre o internamento**P.1. Já esteve internado**

Sim Não

P.1.1. Se já esteve internado, foi neste serviço

Sim Não

P.2. Tempo de internamento, em dias: _____

P.3. Diagnóstico actual: _____

P.4. Tipo de cirurgia

Programada Urgente

P.5. Hospital de Proximidade

Mirandela Macedo de Cavaleiros Bragança

P.6. Data da cirurgia: _____

C. Escala EADS

Responda às seguintes questões tendo por referência o que melhor descreve o seu sentimento e vontade (coloque uma cruz no quadrado que mais se aproxima da realidade):

	Não se aplica a mim	Aplica-se a mim algumas vezes	Aplica-se a mim muitas vezes	Aplica-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldade em me acalmar.				
2. Senti a minha boca seca.				
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo.				
4. Senti dificuldades em respirar.				
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas.				
6. Tive tendência a reagir em demasia em deter minadas situações.				
7. Senti-me fraquejar (ex: sem força nas pernas).				
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa.				
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula				
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro.				
11. Dei por mim a ficar agitado.				
12. Senti dificuldade em me relaxar.				
13. Senti-me desanimado e melancólico.				
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar o que estava a fazer.				
15. Senti-me quase a entrar em pânico.				
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada.				
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa				
18. Senti que por vezes estava sensível.				
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico.				
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso.				
21. Senti que a vida não valia a pena.				

Fonte: Pais-Ribeiro, J., Honrado, & Leal, I.(2004). Contribuição para o estudo da adaptação Portuguesa das escalas de depressão ansiedade e stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36,235-246

D. Instrumento de Satisfação do Paciente (Hinshaw & Atwood, 1982)

As seguintes frases descrevem os cuidados de enfermagem. Por favor, dê a sua opinião, colocando uma cruz numa das respostas:

	Concordo Totalmente	Concordo	Não tenho Opinião	Discordo	Discordo Totalmente
1- O enfermeiro deveria ser mais atencioso					
2 - O enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto					
3- O enfermeiro mostra-se disponível quando solicitado					
4- O enfermeiro deveria ser mais amigável					
5- O enfermeiro consegue entender como me sinto					
6- Quando preciso conversar, posso contar os meus problemas ao enfermeiro					
7- O enfermeiro está demasiado ocupado para conversar comigo					
8- O enfermeiro é compreensivo para ouvir os meus problemas					
9- O enfermeiro simplesmente não tem paciência					
10- O enfermeiro fala comigo com uma atitude de superioridade					
11- Sinto-me melhor quando falo com o enfermeiro					
12- O enfermeiro pensa que não sou capaz de entender a explicação médica, e não se preocupa em explicar					
13- O enfermeiro explica as coisas com uma linguagem simples					
14- O enfermeiro faz muitas perguntas, mas não faz nada perante a resposta					
15- O enfermeiro diz pouco acerca dos resultados dos meus exames					
16- É sempre fácil entender o que diz o enfermeiro					
17- O enfermeiro usa linguagem a um ritmo correcto					
18- O enfermeiro dá explicações correctas e completas acerca dos exames solicitados					
19- O enfermeiro preocupa-se em me explicar como seguir as orientações médicas					
20- O enfermeiro está sempre desorganizado e com pouca calma					
21- O enfermeiro dá bons conselhos					
22- O enfermeiro sabe o que está a dizer					
23- O enfermeiro é muito lento a prestar os cuidados					
24- O enfermeiro não é preciso a executar o seu trabalho					
25- O enfermeiro é habilidoso a colaborar com o médico					

Obrigado pela sua participação!

ANEXO II – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO AO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE:

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido.

Caro Senhor(a)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a realizar na Escola Superior de Saúde de Viseu estamos a realizar um estudo/investigação com o tema “Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem” e cujos objectivos principais são melhorar os cuidados de enfermagem no âmbito do acolhimento e relação de ajuda prestados durante o internamento, no sentido de obter de um grau de satisfação excelente. (Se existir riscos ou incómodos resultantes da participação, deverão ser aqui descritos). A evolução dos conhecimentos científicos, aos mais diversos níveis e também na área da saúde, tem ocorrido sobretudo graças ao contributo da investigação, por isso reveste-se de elevada importância a sua colaboração através da resposta a este questionário. Asseguramos que neste estudo/investigação será mantido o anonimato e que será mantida a confidencialidade dos seus dados, pois os investigadores consagram como obrigação e dever o sigilo profissional.

- Declaro ter compreendido os objectivos, riscos e benefícios do estudo, explicados pelo investigador que assina este documento;

- Declaro ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora;

- Declaro ter-me sido assegurado que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o venha a autorizar por escrito;

- Declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo dos meus direitos se não consentir ou desistir de participar a qualquer momento;

Assim, depois de devidamente informado(a) **autorizo a participação** neste estudo:

_____ (localidade), __/__/____

Nome _____

Assinatura do participante _____

Se não for o próprio a assinar:

Nome: _____

BI/CD n.º: _____, data/validade __/__/____

Morada _____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Declaro que prestei a **informação adequada** e me certifiquei que a mesma foi **entendida**:

Nome do investigador _____

Assinatura

ANEXO III – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
Praça Cavaleiro Ferreira
5031-862 BRAGANÇA

VOSSA REFERÊNCIA:

VOSSA DATA:

NOSSA REFERÊNCIA

ESSV 0444 02-MAV-14

ASSUNTO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) e a estudante Adélia de Lurdes Rodrigues Sendas Melgo, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, estão a realizar um estudo subordinado ao tema "*Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem*", cujo principal objectivo é melhorar os cuidados de enfermagem no âmbito do acolhimento e relação de ajuda prestados durante o internamento.

Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação junto dos doentes submetidos a cirurgia no Serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Bragança no período de Junho a Dezembro de 2014.

Em anexo, enviamos exemplares do Instrumento de Recolha de Dados, da Declaração de Consentimento Informado e do Projecto de Investigação.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que o Professor Olivério Ribeiro é o responsável pela orientação da investigação, estando disponível para prestar eventuais informações adicionais através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV

Professor Doutor Carlos Pereira

OR/NC

Tel. +351 232 419 100

Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º102, 3500-843 Viseu, PORTUGAL

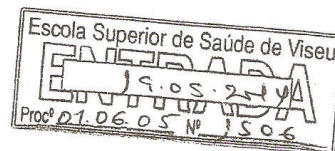
Fax. +351 232 428 343

E-mail essvgeral@essv.ipv.pt

Web. www.essv.ipv.pt

Nã ree a indicar a nossa referéncia. Em cada ofício tratar só de um assunto.

ANEXO IV – AUTORIZAÇÃO DA ULS



Exmo. Sr.
 Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
 Professor Doutor Carlos Pereira
 Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº. 102
 3500- 843 VISEU

Sua Referência
 ESSU 044

Sua Comunicação de
 02/05/14

Nossa Referência
 Pº. CE/AE – Nº. 56

Data
 08/05/2014

Assunto: Parecer da Comissão Ética
Reunião dia 07/05/2014

A Comissão de Ética da ULS Nordeste EPE, na sequência do pedido apresentado por uma aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para a recolha de dados/informação junto dos doentes submetidos a cirurgia no Serviço de Cirurgia da Unidade Hospitalar de Bragança no período de Junho a Dezembro de 2014, informa V. Ex.ª do seguinte:

- Desde que os visados não se importem de responder, nada a opor do ponto de vista ético.

Com os melhores cumprimentos,

A Presidente da Comissão de Ética da ULSNE, EPE

Joaquina Baltazar

 Dra. Joaquina Baltazar
 Presidente da Comissão Ética
 da ULSNE
 Dra. Joaquina Baltazar

ANEXO V – PEDIDO DE DADOS[Imprimir](#)[Fechar](#)**FW: Pedido de dados**

De: **adelia sendas** (adeliasendas@hotmail.com)
Enviada: terça-feira, 12 de maio de 2015 09:54:09
Para: lilia.meireles@ulsne.min-saude.pt (lilia.meireles@ulsne.min-saude.pt)

From: adeliasendas@hotmail.com
To: lilia.meireles@min-saude.pt
Subject: Pedido de dados
Date: Mon, 11 May 2015 14:31:39 +0100

Exma^a Dr. Lilia Meireles

Eu, Adélia de Lurdes R. Sendas Melgo, Enfermeira a exercer funções no serviço de Cirurgia Mulheres da Unidade hospitalar de Bragança, a realizar Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com estudo de investigação no tema "Satisfação do doente cirúrgico face aos cuidados de enfermagem, venho por este meio solicitar que me seja facultado o nº de cirurgias realizadas no 2º semestre de 2014, da especialidade de ginecologia e de cirurgia geral. Certa da sua maior atenção, aguardo com a maior brevidade possível.
Sem mais de momento, agradeço a colaboração.

Adélia Melgo

ANEXO VI – ENVIO DE DADOS

[Imprimir](#)

[Fechar](#)

envio de dados

De: **Assunção Moura** (smoura@ulsne.min-saude.pt)
 Enviada: domingo, 17 de maio de 2015 18:44:12
 Para: adeliassendas@hotmail.com (adeliassendas@hotmail.com)

Olá,

Falamos unicamente das especialidades enumeradas.

Pode confiar!!!

Sempre ao dispor.

bjssss

Especialidade	N.º Cirurgia			Total
	Programadas	Urgentes	Ambulatório	
UH BRAGANÇA				
Cirurgia Geral	218	272	0	490
Ginecologia	66	33	0	99

Com os melhores cumprimentos,

Assunção Esteves

Teléfono: 273 310 800 -Ext- 1803 e 1804

Telemóvel: 961790184 -52212 - 7515

ANEXO VII – CARATERIZAÇÃO ITEM A ITEM

Tabela - Caraterização da escala ISP item a item

Item	Média	Desvio padrão	Mediana
1- O enfermeiro deveria ser mais atencioso	3,75	1,24	4,00
2* - O enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto	1,62	0,83	1,00
3*- O enfermeiro mostra-se disponível quando solicitado	1,62	0,83	1,00
4- O enfermeiro deveria ser mais amigável	3,52	1,27	4,00
5*- O enfermeiro consegue entender como me sinto	1,96	0,84	2,00
6*- Quando preciso conversar, posso contar os meus problemas ao enfermeiro	2,35	1,00	2,00
7- O enfermeiro está demasiado ocupado para conversar comigo	2,81	1,07	3,00
8*- O enfermeiro é compreensivo para ouvir os meus problemas	2,14	0,81	2,00
9- O enfermeiro simplesmente não tem paciência	4,07	0,90	4,00
10- O enfermeiro fala comigo com uma atitude de superioridade	4,06	1,00	4,00
11*- Sinto-me melhor quando falo com o enfermeiro	1,95	0,83	2,00
12- O enfermeiro pensa que não sou capaz de entender a explicação médica, e não ..	3,83	0,98	4,00
13*- O enfermeiro explica as coisas com uma linguagem simples	1,87	0,84	2,00
14- O enfermeiro faz muitas perguntas, mas não faz nada perante a resposta	3,86	0,89	4,00
15- O enfermeiro diz pouco acerca dos resultados dos meus exames	2,94	1,06	3,00
16*- É sempre fácil entender o que diz o enfermeiro	1,86	0,84	2,00
17*- O enfermeiro usa linguagem a um ritmo correto	1,77	0,74	2,00
18*- O enfermeiro dá explicações corretas e completas acerca dos exames solicitados	2,37	1,02	2,00
19*- O enfermeiro preocupa-se em me explicar como seguir as orientações médicas	1,84	0,67	2,00
20- O enfermeiro está sempre desorganizado e com pouca calma	4,11	0,89	4,00
21*- O enfermeiro dá bons conselhos	1,71	0,61	2,00
22*- O enfermeiro sabe o que está a dizer	1,73	0,64	2,00
23- O enfermeiro é muito lento a prestar os cuidados	4,20	0,78	4,00
24- O enfermeiro não é preciso a executar o seu trabalho	4,07	0,91	4,00
25*- O enfermeiro é habilidoso a colaborar com o médico	2,18	0,85	2,00

