



Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Melânia Cristina Correia Silva

RELATÓRIO FINAL - Volume II

Satisfação do Doente Cardíaco com os Cuidados
de Enfermagem

Novembro de 2011

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica

Melânia Cristina Correia Silva

Satisfação do Doente Cardíaco com os Cuidados
de Enfermagem

RELATÓRIO FINAL - Volume II

Trabalho efectuado sob a orientação de
Professor Doutor António Madureira



*És tu,
A razão da nossa existência
O centro da nossa atenção
Somos enfermeiros porque tu és utente.*

A todos os utentes que tornaram possível este estudo, a nossa sincera gratidão.

AGRADECIMENTOS

À família, amigos e colegas, pela motivação e apoio incondicional demonstrados ao longo da realização deste trabalho.

À Unidade de Cuidados Intensivos Coronária do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade Hospitalar de Vila Real.

Ao Professor António Madureira pela orientação, transmissão e partilha de conhecimentos, disponibilidade e motivação, bem como a facilitação de documentos, contributos fundamentais para a aprendizagem e realização deste estudo.

RESUMO

Título do trabalho: Satisfação do Doente Cardíaco com os Cuidados de Enfermagem

Introdução: A satisfação dos doentes é um indicador imprescindível para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, beneficiários directos desses cuidados.

Objectivos: Identificar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem; analisar a influência das variáveis sociodemográficas, contexto familiar, clínicas, estilos de vida e psicológicas.

Metodologia: Estudo quantitativo, não-experimental, descritivo-correlacional e transversal; Amostra: 90 doentes que se encontravam na Unidade de Cuidados Intensivos Coronária no momento da aplicação dos questionários (sexo masculino 64.4%, feminino 36.6%; idade média=64.17anos, dp=15.80). Dados obtidos através de questionário: questões de caracterização Sociodemográfica, Sociofamiliar, Clínica, Estilos de Vida, Psicológica, escala de Apgar Familiar (Smilkstein, 1978), Inventário Clínico de Auto conceito (Vaz Serra, 1985) e Instrumento de Satisfação do Paciente (Oliveira, 2004).

Resultados: Da amostra em estudo, 37.8% apresentam-se pouco satisfeitos com os cuidados de enfermagem, 28.9% satisfeitos, 33.3% muito satisfeitos. Variáveis que influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem: Idade ($F=2.94$; $p=0.04$); Rendimento mensal ($X^2=9.975$; $p=0.019$); IMC ($\beta=-0.245$; $t=-2.328$; $p=0.022$); maturidade psicológica ($\beta=0.388$; $t=2.129$; $p=0.036$) e impulsividade/actividade ($\beta=0.364$; $t=2.260$; $p=0.026$) para a dimensão educacional; Impulsividade/actividade ($r=0.198$; $p=0.031$) para a dimensão técnico-profissional e o IMC ($\beta=-0.241$; $t=-2.328$; $p=0.022$) para a satisfação.

Conclusão: A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pela idade, rendimento mensal, IMC, aceitação/rejeição social e impulsividade/actividade. A amostra sente-se mais satisfeita com a dimensão educacional (2.86) e técnico-profissional (2.81) e menos com a dimensão confiança (2.77).

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidar; Satisfação do utente

ABSTRACT

Title: Heart Patient Satisfaction with Nursing Care

Introduction: The customer satisfaction is a crucial indicator for evaluating the quality of care provided to citizens, direct beneficiaries of such care

Objectives: Identify the degree of satisfaction with nursing care, analyze the influence of sociodemographic, assess the influence of sociodemographic, family background, clinical, lifestyle and psychological.

Methodology: Quantitative study, non-experimental, descriptive correlational and cross; Sample: 90 patients are in Intensive Coronary Care Unit at the time of questionnaire administration (male 64.4%, female 36.6%, middle age = 64.17years, dp = 15.80). Data sources obtained through questionnaire: questions of sociodemographics, family background, clinical, lifestyles, psychological, Family Apgar Scale (Smilkstein, 1978), Clinical Self Concept Inventory (Vaz Serra, 1985) and Patient Satisfaction Instrument (Oliveira, 2004).

Results: From the study sample, 37.8% are not very satisfied with nursing care, 28.9% are satisfied, 33.3% are very satisfied. Variables that influence satisfaction with nursing care: age ($F=2.94$, $p=0.04$), monthly income ($\chi^2=9.975$, $p=0.019$), IMC ($\beta=-0.245$, $t=-2.328$, $p=0.022$); psychological maturity ($\beta=-0.388$, $t=2.129$, $p=0.036$) and impulsivity/activity ($\beta=0.364$, $t=2.260$, $p=0.026$) for the educational dimension; Impulsivity/activity ($r=0.198$; $p=0.031$) for the technical-professional and IMC ($\beta=-2.241$, $t=2.328$, $p=0.022$) for satisfaction.

Conclusion: The satisfaction with nursing care is influenced by age, monthly income, IMC, acceptance / social rejection and impulsivity / activity. The sample feels more pleased with the educational dimension (2.86) and technical-professional (2.81) and less with the confidence dimension (2.77).

Key-words: Nursing, Care, Patient Satisfaction

ÍNDICE

1 - INTRODUÇÃO	17
2 - REVISÃO DA LITERATURA.....	19
2.1 - CONCEITO DE SATISFAÇÃO	20
2.2 - QUALIDADE EM ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO DO UTENTE	20
2.3 - SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE ...	22
2.4 - O CUIDAR	23
2.5 - O UTENTE NA UCIC	25
2.6 - OUTROS ESTUDOS	27
3 - METODOLOGIA.....	31
3.1 - PARTICIPANTES	33
3.2 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	35
3.3 - PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO	36
3.3.1 - Procedimentos éticos.....	36
3.3.2 - Procedimentos estatísticos	36
4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	
4.1 - ANÁLISE DESCRITIVA	41
4.2 - ANÁLISE INFERENCIAL	47
5 - DISCUSSÃO	
5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	55
5.2 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
6 - CONCLUSÃO	67
7 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
Anexo I – Inventário Clínico de Auto Conceito	79
Anexo II – Questionário de Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP)	83
Anexo III - Pedido de aplicação do Instrumento de Colheita de dados.....	87
Anexo IV – Pedido de aplicação das escalas.....	91
Anexo V – Autorização para aplicação do Instrumento de Colheita de Dados	95
Anexo VI – Autorização para utilização das escalas	99
Apêndice I – Caracterização Sociodemográfica	103
Apêndice II – Caracterização Sociofamiliar	105
Apêndice III – Caracterização Clínica	107
Apêndice IV – Caracterização dos Estilos de Vida.....	109
Apêndice V – Caracterização da variável Psicológica.....	111

Apêndice VI – Caracterização da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem	113
Apêndice VII – Teste de Normalidade Kolmogorov-Smirnov	115
Apêndice VIII – Análise Inferencial.....	117
Apêndice IX – Consentimento Informado	125
Apêndice X – Instrumento de Colheita de Dados	127
Apêndice XI – Operacionalização das Variáveis	135

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CV – Coeficiente de Variação

Dp – Desvio padrão

EP – Erro padrão

et al. – E outros

HSTV – Hospital S.Teotónio de Viseu

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

IEFP – Instituto do Emprego e Formação Profissional

IMC – Índice de Massa Corporal

INE – Instituto Nacional de Estatística

K – Curtose

Kg – Quilograma

m – Metro

n – Amostra

OMS – Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância

p. – Página

r – Correlação

R² – Coeficiente de determinação

SCA – Síndrome Coronária Aguda

Sk – Skewness

SPSS – Statistical package for the social sciences

t – Valor de *t de student*

UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Coronária

X² – Teste de qui quadrado

ÍNDICE DE SÍMBOLOS

- média \bar{x}

% - percentagem

> - maior que

\geq - maior ou igual a

<- menor que

\leq - menor ou igual a

1 – INTRODUÇÃO

A qualidade da prestação nos serviços de saúde é hoje entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes¹. Por sua vez, é fundamental ir de encontro às necessidades, expectativas e conseguir um elevado grau de satisfação desses mesmos utentes com os cuidados prestados.

Para o enfermeiro, a qualidade dos cuidados pode ser influenciada por dois aspectos, um prende-se com questões relacionadas com o campo do comportamento, o outro, tem em conta a competência técnica. Na óptica do utente, as competências que considera mais importantes para os cuidados com qualidade estão relacionadas com aspectos interpessoais, ou seja, assenta no relacionamento entre este e o profissional que presta os cuidados. Para o utente, o mais importante é receber atenção e amizade por parte do enfermeiro, ao mesmo tempo que anseia que este seja um bom ouvinte. Obviamente, que o utente também espera que o enfermeiro revele demonstrações de carinho, apresente competência, habilidade e informação sobre os cuidados. O utente aguarda, também que haja respostas rápidas às suas chamadas, que se respeitem pelas suas necessidades, que seja sujeito a um tratamento agradável e que possa ter um envolvimento nos seus próprios cuidados e nas decisões que tem de tomar. As características da personalidade do enfermeiro, nomeadamente o seu comportamento empático, a sua capacidade de comunicação e proficiência nos cuidados, são, inequivocamente, factores que requerem conhecimentos, domínio técnico e habilidade organizacional e que têm demonstrado influência na satisfação do utente com os cuidados de enfermagem (OLIVEIRA, 2006).

O estudo desta problemática respeita o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros “a satisfação dos utentes/doentes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador dos cuidados de prestados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.52).

Alguns estudos sobre a satisfação do utente e a qualidade dos cuidados relatam que estes avaliam as situações ou os aspectos dos cuidados de maneira diferente dos enfermeiros. Alguns autores referem ainda que o grau de satisfação do utente se prende sobretudo com o tipo de relação que tem com o profissional de saúde, desejando ser tratados com respeito e sentirem-se seres únicos e dignos (FERNANDES, 2009).

Cuidar está presente na nossa vida desde sempre. Todos temos a necessidade de cuidar e de sermos cuidados. Todo o ser humano se sente impellido a cuidar de quem tem

¹ Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003), o termo cliente designa a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem. Em todo o caso, designações como “utente”, “doente” ou “consumidor de cuidados”, dependendo do contexto de utilização, não colidem com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, pelo que, neste trabalho será utilizada a palavra utente para definir o alvo ou beneficiário dos cuidados de enfermagem. (Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – Divulgação, Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2003)

necessidade de ajuda; cuidar é estar disponível para o outro, de forma a promover, manter ou restabelecer o seu bem-estar; cuidar é mais que um saber técnico, envolve um relacionamento interpessoal, onde a afectividade se opõe ao tecnicismo e à instrumentação (FERNANDES, 2007).

2 - REVISÃO DA LITERATURA

A enfermagem tem evoluído muito nos últimos anos. Além do progresso científico e tecnológico tem sido crescente o valor que se tem dado à humanização e à arte do cuidar.

Vários estudos têm sido feitos na área da satisfação do utente, no entanto não encontramos nenhum estudo que nos traduza o grau de satisfação dos utentes que passaram por diversos procedimentos invasivos, manipulações, intervenções urgentes em condições que levam muitas vezes à transferência do utente para unidades de cuidados intensivos, onde são afastados de tudo o que lhes é familiar. O nosso interesse na realização deste estudo é tentar perceber qual a percepção dos utentes com os cuidados de enfermagem prestados numa situação de emergência. É pertinente saber se em serviços dotados de tecnologia de ponta, onde os profissionais são treinados para agir de forma rápida e eficaz, onde na maioria das vezes é vedada a entrada a acompanhantes e onde por se tomam decisões, no maior interesse do utente mas sem o seu consentimento expresso, apenas presumido, os utentes têm um sentimento positivo acerca dos cuidados recebidos. Os factores que influenciam a satisfação dos utentes são diversos, no entanto é indiscutível o papel dos profissionais de enfermagem na satisfação do utente, assumindo assim um papel central na prestação de cuidados nas instituições (GOMES, 2008).

A satisfação tem associado um certo grau de subjectividade na sua definição. Cada indivíduo designa para si, mediante factores internos, acontecimentos passados, conhecimento adquirido, diferentes níveis de satisfação (FERNANDES, 2009). Segundo estudos realizados na área da satisfação e qualidade dos cuidados os utentes e enfermeiros avaliam de forma distinta as situações e aspectos dos cuidados recebidos/ministrados. A hospitalização pode desencadear no indivíduo sentimentos negativos, uma vez que o utente perante um problema de saúde vê-se impedido de desempenhar as suas actividades. A distância do contexto familiar e o facto de ter que permanecer, mesmo que temporariamente, num ambiente com normas e rotinas a que não está habituado pode gerar insatisfação e ansiedade no utente. A expectativa que o indivíduo tem em relação à hospitalização, ao tratamento e à qualidade do cuidado é um factor que pode ter repercussões na percepção dos cuidados que virá a receber. (OLIVEIRA, 2006)

Saber identificar e satisfazer as necessidades reais do utente, especialmente em serviços causadores de elevado stress, como é o caso das unidades de cuidados intensivos, serviços de urgência, para além de contribuir para um prognóstico favorável facilita a adaptação ao meio hospitalar, dando ao utente maior segurança e tranquilidade,

apercebendo-se que a equipa o trata como ser humano individual e não apenas como portador de uma patologia. (SEVERO, 2005)

Satisfação é um dado pessoal e individual, visto que cada indivíduo estabelece para si, de acordo com as suas crenças, valores e ambiente sociocultural em que está inserido, diferentes níveis de satisfação, de acordo com os factos e vivências e com as suas expectativas (FERNANDES, 2009). A nível da saúde a satisfação dos utentes espelha a qualidade dos cuidados prestados, traduzindo um indicador importante na monitorização da excelência dos serviços.

A percepção do estado de saúde que o próprio indivíduo tem a seu respeito poderá levar a diferentes níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem. O grande objectivo dos cuidados de enfermagem é maximizar as funções de cada indivíduo de forma a garantir/promover um melhor nível de bem-estar físico, psicológico e social.

Os estudos realizados apontam para que a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde. (GOMES, 2008)

2.1 - CONCEITO DE SATISFAÇÃO

Ele tem a sua proveniência etimológica do latim *satisfactio*, que significa “acto ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria (...)” (DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2005, p.1512) querendo significar saciedade, sentimento de bem-estar ou ainda contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera e/ou deseja, do bom êxito de qualquer actividade, alegria, contentamento, ou sentimento de agrado e aprazimento.

Um dos mitos que envolvem satisfação dos utentes é o facto de se tratar de uma noção pouco palpável e que não pode ser medida. No entanto, devido ao crescente interesse e exigência nesta área, a avaliação da satisfação do utente está a tornar-se rapidamente uma ciência. (SANTOS, 2009)

O conceito de satisfação do utente é o termo sumário que, numa perspectiva teórica, se refere ao leque variado de reacções do utente à experiência dos cuidados de saúde e tem em si uma utilização complexa. Com efeito, é entendido sob vários ângulos, assumindo diferentes significados em diferentes contextos, é um conceito subjectivo, dinâmico, com forte valor cultural e por isso sujeito a mutações constantes (GOMES, 2008).

2.2 - QUALIDADE EM ENFERMAGEM E SATISFAÇÃO DO UTENTE

A qualidade das instituições, dos serviços e dos profissionais é hoje uma condição premente e uma necessidade. Tendo em conta a diversidade de mudanças que têm que ser implementadas, causadas pela evolução das ciências, das tecnologias, com implicações nas sociedades, resultando em novos desafios, bem como, nas melhores respostas às expectativas cada vez mais exigentes dos cidadãos. (RIBEIRO, 2008).

Considerado um indicador da qualidade e produtividade em enfermagem na componente resultados, a satisfação, “é um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, pelo facto desta resultar de uma evolução positiva ou modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem após as intervenções” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005, p.6).

A OE (2005), desenvolveu um sistema de qualidade em saúde que se revela uma acção prioritária, uma vez que, as actividades desenvolvidas para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados vão permitir introduzir melhorias nas novas políticas de saúde e nas novas estratégias reformistas. Neste contexto, a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, protótipos fundamentais para as organizações de saúde em particular e para o exercício profissional dos enfermeiros em geral constituindo assim, um valiosíssimo instrumento capaz de guiar o caminho na procura de um exercício profissional de excelência.

A qualidade encontra-se em permanente processo de invenção, de criação e de evolução. Isto significa que, ao nível de um serviço, as suas características estão sujeitas a um permanente processo criativo, pois, por muito boa que seja a sua reputação nunca será perfeita. Isto significa que a qualidade nunca se estabelece, por decerto, por acção isolada deste ou daquele profissional por mais brilhante que se considere ou por muitos diplomas que possa possuir. A nível individual, a qualidade de prestação de cuidados de saúde só pode ser prosseguida caso a caso, em função das particularidades de cada situação concreta. (RIBEIRO, 2008)

Quando o profissional de saúde tem como objectivo a qualidade de cuidados, com todas as suas implicações, como valor de referência do exercício da profissão, como o ideal profissional, isto significa que a preocupação com a qualidade é o ponto de referência que vai orientar e dar sentido à acção.

A qualidade de cuidados em enfermagem assenta na equidade, atribuir a cada utente aquilo que ele necessita ou pode suportar, resultando numa complementaridade completa, entre o cuidado prestado e a necessidade do utente. Nesta óptica de ideias, a qualidade de cuidados de enfermagem depende em grande medida da qualidade da interacção que se estabelece entre o enfermeiro e o utente usuário dos seus cuidados. No quotidiano profissional, o enfermeiro fundamenta o seu cuidar de qualidade nos padrões da qualidade preconizados. (FERREIRA, 2009)

Os padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem são uma referência para os enfermeiros nos diferentes níveis de intervenção: clínica, gestão, ensino e investigação estão em consonância com as orientações actuais dos sistemas de cuidados e serviços de saúde. Exprimem especialmente o que é um exercício de qualidade e apoiam os enfermeiros no seu compromisso, a assumir o seu papel na equipa de saúde e na sociedade como elemento proactivo para a cidadania.

Os padrões da qualidade têm contribuído para a prática profissional, como linhas orientadoras, bem como apelado a uma prática reflexiva e à necessidade de implementação de mudanças no sentido de um cada vez maior investimento num estabelecimento de uma relação de parceria enfermeiro/utente, direccionando os cuidados de enfermagem para as suas necessidades concretas, com ênfase no que é essencial á saúde e aos projectos de saúde que cada pessoa definiu para si. (FERNANDES, 2008)

2.3 - SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

Os cuidados de saúde prestados aos utentes são influenciados pelos conhecimentos científicos, mas também por factores sócio-culturais e políticos, pois ver o utente como parceiro implica, naturalmente, dar-lhe mais informação para ele ter mais oportunidades de escolher e envolver-se no seu próprio tratamento. (MELO, 2005).

Ouvir a voz do utente não só passará a ser uma necessidade da qualidade que perseguimos, mas também um aperfeiçoamento da sua dignidade como cidadão e consumidor dos cuidados de saúde. (SILVA, 2005).

Se pretendermos prestar um serviço de qualidade, é fundamental ir de encontro às expectativas dos utentes e, por isso, os estudos sobre a “Satisfação do utente dos serviços de saúde” e a sua relação com a qualidade dos cuidados tem vindo a assumir particular relevância como campo de investigação nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, os estudos que têm sido realizados sob esta problemática, debruçam-se sobre o nível de satisfação do utente com os cuidados de saúde em geral, isto é, sem os relacionar com nenhum tipo de doença ou episódio, ou com o atendimento em contextos específicos de saúde e de doença e são habitualmente realizados com pessoas que recorrem recentemente aos serviços de saúde. Outros estudos, revelam que os utentes que recorrem aos serviços de saúde estão frequentemente descontentes com a quantidade e qualidade da informação que recebem dos profissionais de saúde e isso reflecte-se na sua satisfação. A maioria da investigação aponta para uma forte relação entre a quantidade de informação que o utente possui e o conseqüente nível de satisfação face à informação recebida, ou seja, parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes. (MELO, 2005).

2.4 – O CUIDAR

Cuidar é a essência e o centro da enfermagem, devendo os profissionais prestar cuidados personalizados sendo esta a principal característica da sua profissão. Cuidar em enfermagem é um termo abrangente, que não fica restrito às técnicas e procedimentos mas vai para além das relações interpessoais, com vista a potencialização e encorajamento do utente para lidar com o seu processo de doença. Cuidar visa a melhoria ou a promoção da saúde, tendo em conta as necessidades prioritárias do utente, sem descurar a sua individualidade, estilo de vida e valores (FERNANDES, 2007).

Já COLLIERE (1999), cuidar, diz respeito a qualquer pessoa que ajuda outra a garantir o que lhe necessário para continuar a vida, a vida do grupo e da espécie, sendo este o fundamento de todos os cuidados.

Cuidar só pode ser demonstrado e praticado numa relação interpessoal, fundamentada num sistema de valores humanísticos, o respeito, o afecto por si e pelos outros. Este sistema de valores humanísticos, envolve a capacidade de gostar das pessoas e apreciar a diversidade, a individualidade. (ALMINHAS, 2007)

Ser enfermeiro é uma ciência que visa cuidar do ser humano, quer individualmente, quer integrado no seio familiar e social, de forma integral e holística, desenvolvendo actividades de promoção, protecção, prevenção e recuperação de saúde. “Cuidar é feito com o outro e não apenas um procedimento, uma intervenção técnica, mas uma relação de ajuda, que envolve respeito, compreensão e o uso do toque de forma mais efectiva” (INABA, 2005, p.424).

O cuidar de qualidade em saúde envolve todos os profissionais de saúde, no entanto é necessária formação específica, independentemente do grupo profissional, face à verdadeira essência do cuidar, o mais importante é cuidar do outro pessoa de forma global, em que cada um com os seus saberes se agrupam em prol desse objectivo comum. (RIBEIRO, 2008)

No estudo intitulado “O Processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crónica cardíaca” desenvolvido por BALDUINO, MANTOVANI e LACERDA, (2009), o instrumento para a realização do cuidado é o processo cuidar, mediante uma acção interactiva entre o enfermeiro e o utente. As actividades do profissional são desenvolvidas “para” e “com” o utente, ancoradas no conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico e criatividade e acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidar/cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a totalidade e a dignidade humana. (WALDOW, 2006)

O cuidar é oferecido aos utentes mediante acções, emoções e sensibilidade que a ajudem a vivenciar o processo de doença. Assim estabelece-se a dimensão técnica que se caracteriza pelas acções físicas desempenhadas, relacionadas com os papéis que cumprem

expectativas sociais, incluem processos de cuidar (saberes e fazeres), que são orientados a longo prazo; e a dimensão expressiva, que se refere à proximidade com o utente, respeito e assistência na sua integralidade de maneira humanizada.

Para o enfermeiro, o cuidar é entendido como a aplicação de conhecimentos científicos no quotidiano associados à habilidade de utilizar a emoção e a sensibilidade como bases de comunicação para prestar os cuidados de enfermagem, respeitando o utente como ser humano. (CAVALCANTI, 2007).

Assim, o exercício profissional autónomo, é orientado pela tomada de decisão do enfermeiro e implica uma abordagem sistémica e sistemática, conforme refere NUNES (2006,p.10) "...as nossas decisões quanto aos cuidados e a nossa responsabilidade perante as pessoas de quem cuidamos não apenas nos pertencem como nos constituem profissionalmente". Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem do utente, família ou comunidade e prescreve intervenções de enfermagem que visam evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver, ou diminuir, os problemas reais identificados.

Neste processo, o enfermeiro baseia-se em guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem – *guidelines* – como suporte estrutural na melhoria contínua da qualidade do seu exercício profissional.

Como refere NUNES (2006, p.12) "A nossa própria razão de ser, enquanto profissionais, decorre da necessidade de cuidados, que deverão ser prestados com excelência, equidade e proximidade: porque somos enfermeiros".

A relação de ajuda assume-se como indispensável na prestação de cuidados de enfermagem, sendo considerada um instrumento válido e útil para os mesmos. O exercício profissional de enfermagem é caracterizado pela relação interpessoal e humana estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa cuidada (Mendes, 2006).

Neste contexto, PHANEUF (2005,p.22) refere que " (...) comunicar é estar em relação com o outro, mantendo-se a relação consigo próprio". Compreende-se, nesta perspectiva, que a comunicação é a troca de informações em que o emissor cria as suas mensagens, invoca os seus pensamentos, as suas atitudes, os seus valores e as suas experiências passadas, antes de comunicar ao seu interlocutor. É nesta vertente que a relação de ajuda é considerada como ponto primordial uma vez que além de contribuir para a cura interfere na auto-realização da pessoa que recebe o cuidado. (PHANEUF, 2005).

Com nesta perspectiva, o enfermeiro deve valorizar a pessoa no seu global, atendendo às características biológicas, cognitivas, emocionais, sociais e espirituais, caso contrário corre o risco de perturbar a pessoa na sua totalidade. (CHALIFOUR, 2008)

A ajuda do enfermeiro deve basear-se em três pontos, a verdadeira escuta, que possibilita receber a palavra do outro, permitindo a identificação das necessidades

expressas de forma verbal e não verbal; a empatia, que implica a compreensão do outro, conseguir colocar-se no seu lugar, salvaguardando a relação terapêutica e a congruência, que obriga que o enfermeiro seja verdadeiro, igual a ele próprio; e a presença física e humana e disponibilidade a fim de conseguir chegar à totalidade do utente. (SARAIVA, 2008).

2.5 - O UTENTE NA UCIC

O utente cardíaco apresenta compromisso do seu estado de saúde, nesta fase pode apresentar limitações emocionais, financeiras, perdas pessoais e sociais e precisará de aprender a administrar o seu tratamento efectivo. Nestas circunstâncias, é o enfermeiro que assume um papel importante e muito expressivo, no sentido de ajudá-lo a enfrentar as dificuldades à volta da doença como a satisfazer as suas necessidades de segurança, carinho e autoconfiança. Desse modo, é importante que o enfermeiro compreenda que os utentes do foro cardíaco requerem um raciocínio clínico e crítico constante, pois uma simples preocupação pode colocar em risco a própria vida. (ROCHA, 2007).

A unidade coronária é um sector diferenciado por exigir equipamentos de alta tecnologia e cuidados especializados. Além das habilidades científicas da equipa, é necessário o desenvolvimento de competências a favor da dinamização dos cuidados ao utente crítico. É uma unidade de terapia intensiva capaz de prestar cuidados voltados para indivíduo do foro cardíaco, o qual requer do enfermeiro uma multiplicidade de conhecimentos em cardiologia e versatilidade na sua actuação. A unidade coronária deve ser provida adequadamente de recursos humanos e materiais, constituindo um suporte para implantação de uma assistência efectiva ao utente hospitalizado, em função da sua elevada especificidade. (AGUIAR, 2010).

As Unidades de Cuidados Intensivos Coronárias (UCIC) são um contexto específico de prestação de cuidados de saúde. Diferenciam-se dos outros serviços pela sofisticada tecnologia de monitorização e de intervenção terapêutica, pelos recursos humanos altamente especializados e pela gravidade do estado clínico dos utentes que aí são atendidos. São precisamente estas características que se destacam nas vivências dos utentes, porque são potencialmente indutores de stress e interferem no seu bem-estar.

A imagem que o cidadão comum tem de uma UCIC, e que também é veiculada pelos meios de comunicação, é de um ambiente tecnológico onde se prestam cuidados de saúde de “fim de linha”. Isto é, dentro dos vários departamentos das instituições de saúde identificamos as UCI como os locais onde são atendidos os utentes mais graves e onde a distância entre a vida e a morte é ténue. Daí, também a ideia generalizada do sofrimento que acompanha o internamento nestas unidades e que corresponde a estados limite de doença. (SEVERO, 2005)

Num estudo intitulado “Gerenciamento de Enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronária”, AGUIAR (2010), os recursos humanos são o primeiro foco de atenção do enfermeiro responsável na unidade coronária, contar com uma equipa qualificada é condição vital para a actuação efectiva do trabalho de enfermagem. O desenvolvimento de pesquisas e grupos de interesse na área do saber em cuidado crítico melhora o domínio técnico-científico dos profissionais e promove o aperfeiçoamento contínuo, reflectido na execução dos cuidados. A qualidade do cuidado é preservada quando se considera a disponibilização de recursos materiais adequados à prática assistencial, sejam eles de consumo ou permanentes.

No estudo intitulado “Percepções dos pacientes em relação à Unidade Terapia” desenvolvido por CESARINO [et al.] (2005), a Unidade de Terapia Intensiva é um conjunto de elementos funcionalmente agrupados, destinados ao atendimento de utentes graves que necessitam de assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de recursos humanos e materiais especializados. No início do intensivismo, os utentes morriam em 24 horas, tendo a unidade a relação directa com a morte, dor e desespero. Actualmente, pode manter o utente com hipóteses de recuperação com um tempo médio de 10 dias até um tempo indeterminado, para que se restabeleça o equilíbrio orgânico, dando continuidade ao tratamento possível. É, actualmente, uma unidade presente dentro do contexto hospitalar, sendo caracterizada como um ambiente complexo, decorrente do uso crescente da tecnologia que visa atender melhor o utente. No entanto, apesar das indiscutíveis vantagens desta tecnologia, esta pode gerar alguma ansiedade, uma vez que sentindo-se rodeado de equipamentos pode associá-los a uma pioria do estado geral. Esta ideia é reforçada pela afirmação “os utentes nas unidades de cuidados intensivos são cercados de tecnologia avançada que, embora essencial para salvar vidas, pode criar um ambiente estranho e, até mesmo, ameaçador para eles.” (SEVERO, 2005, p.22)

O equipamento não constitui o único factor gerador de ansiedade como prova o estudo de “Avaliação dos pacientes sobre os estressores em uma Unidade Coronariana” (MAROSTI e DANTAS, 2006), em que outros factores como a dor, não conseguir dormir, sentir falta do marido/esposa e ver a família por poucos minutos, não conseguir mexer os braços e mãos devido às vias endovenosas, não ter controlo sobre si mesmo, estar amarrado por tubos e falta de privacidade, são alguns dos principais factores que provocam stress. Os cuidados de enfermagem visam identificar estes factores de modo a entender como se sente o utente, de modo a propiciar a construção de protocolos que transformem a unidade num local mais adequado e agradável.

2.6 – OUTROS ESTUDOS

No Hospital de São Teotónio de Viseu, foi realizado um estudo por um grupo de alunos da Escola Superior de Saúde de Viseu, denominado “Rumo à qualidade, a voz dos utentes da UCIC do HSTV” (2000), com o objectivo de avaliar o grau de satisfação dos cuidados prestados e quais as áreas que necessitam de melhoria.

Num estudo intitulado “Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em utentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário”, onde se pretende avaliar a relação entre o auto-conceito (incluindo as dimensões que o constituem), e o Bem-estar (e suas dimensões) e a percepção do estado de saúde, considerando estes dois últimos constructos como variáveis dependentes do auto-conceito. (RIBEIRO, 2001). A experiência de hospitalização é susceptível de contribuir para a agudização dos sintomas físicos e psicológicos. O utente pode experimentar a trilogia básica, ansiedade, depressão e baixa de auto-estima, ou genericamente, sentimentos de perda de controlo e desespero. É universalmente conhecida a importância da relação entre factores psicológicos e doença coronária. Um auto-conceito elevado reflecte uma atitude de segurança, manifestações saudáveis e ausência de sentimentos de ameaça gerados pelos acontecimentos de vida.

Um auto-conceito realista, consistente e positivo parece favorecer o confronto com situações de stress, influenciando a percepção geral de saúde e o bem-estar. Como refere SERRA (1986), quanto melhor é o auto-conceito, melhor é o desempenho do individuo. O auto-conceito parece influenciar a adaptação ao contexto hospitalar e a recuperação da doença, assim como o estado emocional da pessoa. Uma vez ultrapassado o sofrimento antecipatório, que resulta das expectativas do utente em relação ao desenvolvimento dos acontecimentos, podem surgir emoções negativas relacionadas com a recuperação e a necessidade de reavaliar o projecto de vida.

Conhecer o grau de satisfação do utente é considerado um critério para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, constituindo tema para várias pesquisas como a “Satisfação do Usuário: desvendando as representações sociais sobre a qualidade da assistência em enfermagem” de Ana Gracinda Ignacio da Silva (2002), tenta desvendar as representações sociais de usuários de um hospital público sobre a qualidade da assistência de enfermagem hospitalar, onde foram caracterizados o quotidiano hospitalar, o cuidado como forma de assistência em enfermagem e a sua qualidade.

Um outro estudo “Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument” elaborado por Acácia Maria Lima de Oliveira (2004), teve como efeito traduzir e validar o Patient Satisfaction Instrument (PSI), desenvolvido por Hinshaw e Atwood (1982) para a cultura brasileira.

Ainda sobre a percepção dos utentes em relação à sua vivência numa unidade de cuidados intensivos, foi desenvolvido um estudo “Estar internado em unidade de Terapia Intensiva: Percepção de Pacientes” (SEVERO, 2005).

O contacto com os utentes internados em unidades coronárias, suscita o interesse de identificar os factores geradores de stress. Tratando-se de uma área completamente equipada de materiais necessários à detecção e tratamento de complicações do foro cardíaco, provoca o desencadeamento de estímulos negativos. Num estudo intitulado “Avaliação de pacientes sobre os estressores em uma Unidade Coronariana”, de MAROSTI e DANTAS (2006), os factores de stress mais comuns são a perda de privacidade agravado pelo facto de homens e mulheres ocuparem o mesmo ambiente, os desconfortos causados pela monitorização contínua, ausência de qualquer actividade de recreação e as sucessivas punções venosas.

Várias pesquisas têm sido realizadas nesta área como o estudo intitulado “Satisfação do paciente com os Cuidados de Enfermagem: comparação entre dois hospitais” da autoria de OLIVEIRA e GUIRARDELLO (2006) que tem como objectivos mensurar e comparar a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem em dois hospitais e verificar se existem diferenças no nível de satisfação dos pacientes e variáveis como sexo, escolaridade, idade e tempo de internamento.

No estudo denominado “Satisfação do paciente em uma Unidade de Gastroenterologia” da autoria de DORIGAN e GUIRARDELLO (2010), pretende-se avaliar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem recebidos e verificar se existem diferenças em relação às variáveis em estudo.

Outros estudos como “Satisfação dos utentes idosos face aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência” (VAZ, 2008), “Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico (RIBEIRO, 2008), “Contacto com o enfermeiro da triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente” (GOMES, 2008), “Satisfação e qualidade: a visão dos utentes de uma unidade de Reabilitação Respiratória” (SANTOS, 2009), “A Satisfação dos utentes do Sentro de saúde de Ovar face aos Cuidados de Enfermagem” (ABRANTES, 2009), “O Serviço de Atendimento Permanente - Satisfação dos utentes com a Assistência em Enfermagem” (ALVES, 2009).

Por vezes, a implementação de um modelo e/ou formula predeterminada de prestação de cuidados, não é uma garantia de uma maior qualidade. É necessário, por isso, que se estabeleçam novas e complexas relações e interações o ser humano de forma ampla e integral, satisfazendo assim as suas necessidades. No estudo “Sistematização da Assistência de Enfermagem: vislumbrando um cuidado interactivo, complementar e multiprofissional, de NASCIMENTO [et al.] (2008), consideram um fenómeno como estratégia para repensar as práticas de enfermagem ainda que centradas em modelos lineares e unidimensionais.

O utente adulto cardíaco apresenta compromisso do seu estado de saúde, sendo fundamental o desempenho do enfermeiro. Assim, é importante saber como estes

profissionais conduzem a prática do cuidar a partir de determinado método. Uma pesquisa intitulada “O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crónica cardíaca” desenvolvido por BALDUINO, MANTOVANI e LACERDA (2009), pretendeu identificar e descrever os elementos do processo de cuidar realizado pelo enfermeiro ao utente cardíaco.

Conhecer a percepção dos utentes sobre os cuidados de enfermagem prestados numa situação de internamento foi o objectivo do estudo “Cuidar em Enfermagem – Percepção dos Uteses” (FERREIRA, 2009). Foi possível verificar que a percepção dos utentes remete de forma determinante para o domínio relacional (relação de ajuda), havendo também referência ao domínio técnico-profissional.

FERNANDES desenvolveu dois estudos denominados “ Factores que influenciam a percepção dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros” (2007) e “Os comportamentos de cuidar dos enfermeiros na perspectiva dos utentes” (2009), com o objectivo de identificar os factores influenciadores dos comportamentos de cuidar dos enfermeiros e qual a relação entre as variáveis sociodemográficas, socioprofissionais e psicológicas individuais.

A assistência em enfermagem na unidade coronária requer uma equipa de saúde especializada, equipamentos de alta tecnologia e uma constante atenção aos cuidados de enfermagem. Assim é necessário discutir os aspectos que facilitam ou dificultam os cuidados numa unidade, como defende um estudo “Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronária” de AGUIAR [et al.] (2010).

3 – METODOLOGIA

O método de investigação é o conjunto de processos, as técnicas e as práticas utilizadas para a recolha, processamento e análise dos dados.

Partindo dos objectivos traçados, no sentido de melhorar a contínua prestação de cuidados, uma das áreas que nos pareceu necessário investigar foi o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Actualmente, a qualidade dos cuidados é uma temática que vai aumentando de interesse no seio dos profissionais de saúde, mas o grande investimento em estudos na área da satisfação e qualidade dos cuidados de saúde deve-se ao facto de este tipo de estudo ser um indicador que serve para caracterizar, de forma pertinente o tipo de serviço de saúde de que dispomos. Os enfermeiros investigam nesta temática, uma vez que têm a possibilidade de aplicar rapidamente o resultado da sua pesquisa, não só introduzindo medidas correctivas, num curto espaço de tempo, bem como tentando melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao utente. De facto, a qualidade é uma tentativa de equilíbrio entre o possível e o desejável, variando conforme os receptores dos cuidados e a contextualização espaço-temporal. No processo de cuidado aos utentes, devem ser consideradas algumas dificuldades como a adaptação ao novo ambiente, ter de permanecer isolado dos seus familiares e compreender muitas terminologias e exigências para as quais nem sempre está preparado. Isto pode desencadear limitações em exercer papéis como chefe de família, lidar com assuntos de finanças ou dar continuidade no seu trabalho. (OLIVEIRA, 2006).

Estudos na área da satisfação e qualidade são de grande utilidade na medida em que, conhecendo o grau de satisfação dos utentes, poderemos planear e gerir os serviços de saúde de forma mais efectiva, indo de encontro às necessidades, desejos, expectativas dos utentes, que são o elemento principal do sistema de saúde (FERNANDES, 2009).

A questão de investigação é um enunciado claro e preciso com o objectivo de promover o desenvolvimento do conhecimento já existente acerca de um determinado tema de estudo.

Enunciamos, assim, a nossa questão de investigação: “ Em que medida os utentes internados numa UCIC estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem?

Os objectivos são guias orientadores do estudo, devem ser claros e realizáveis, de modo a evitar possíveis desvios no processo de investigação.

- Identificar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem
- Analisar a influência das variáveis sociodemográficas, sociofamiliares, clínicas, estilos de vida e psicológicas sobre a satisfação com os cuidados de enfermagem

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, caracterizando-se por medir variáveis e obter resultados numéricos passíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos (FORTIN, 2009). Será orientado segundo uma lógica descritiva-correlacional, pois explora e descreve as relações entre as variáveis, permitindo determinar quais são as variáveis associadas ao fenómeno estudado. As relações descobertas entre as variáveis poderão servir para a formulação de hipóteses (FORTIN, 2009). Apresenta-se como não-experimental, visto que não recorre à aleatoriedade, à manipulação de variáveis, nem a grupos de comparação/ de controlo. O investigador limita-se a observar, não interferindo (SOUSA, DRIESSNACK, MENDES, 2007). É um estudo transversal, já que os dados se reportam a um momento específico no tempo, tendo como finalidade, medir a frequência de um acontecimento ou problema numa população num determinado momento (FORTIN, 2009).

As variáveis estão incluídas no enunciado do objectivo, nas questões de investigação e nas hipóteses. São consideradas as unidades de base da investigação, assim como qualidades, propriedades ou características de pessoas, objectos de situações possíveis de mudar ou variar no tempo.

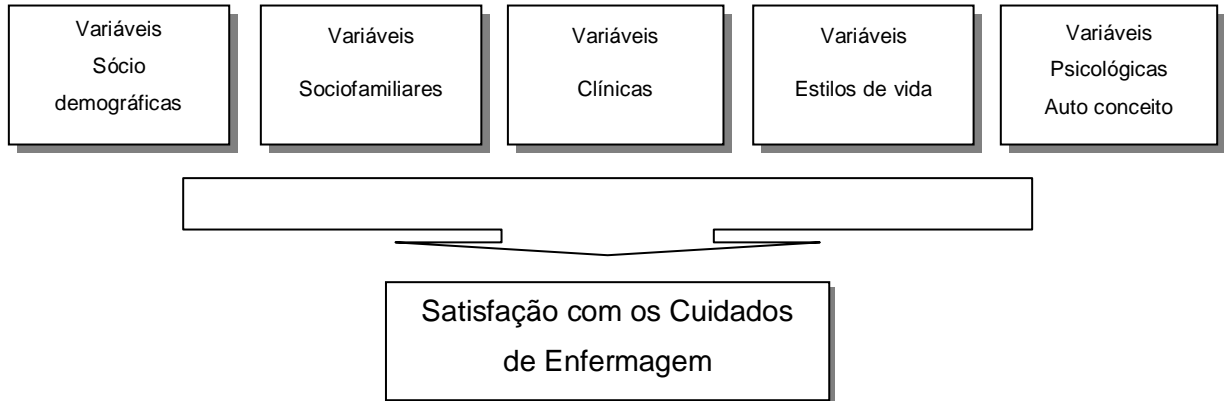
A variável independente é o elemento capaz de exercer um efeito sobre outra variável sendo introduzida e manipulada, num contexto de investigação. A variável dependente é o elemento que sofre o efeito, é o resultado esperado pelo investigador

A variável dependente é a Satisfação do Doente. Como variáveis independentes temos as sociodemográficas (Idade, Sexo, Estado Civil, Residência, Habilitações literárias Rendimento mensal e Situação profissional); variáveis sociofamiliares (Com quem vive, Apgar Familiar); variáveis clínicas (Diagnóstico, Internamentos anteriores, Tempo de internamento anterior, Tempo de Internamento actual, Medicação habitual, Outras doenças, Familiar com doença cardíaca, Limitação física), variáveis relacionadas com estilos de vida (Peso, Altura, Perímetro abdominal, Exercício físico, Hábitos tabágicos, Consumo de café e Hábitos alcoólicos) e variável psicológica (Auto Conceito).

O desenho é um plano lógico traçado pelo investigador, para estabelecer uma maneira de proceder susceptível de levar à realização dos objectivos, que vão responder às questões de investigação ou verificar as hipóteses. O desenho varia de acordo com o

objectivo, as questões de investigação ou as hipóteses, e o seu estabelecimento coincide com a escolha do método, devendo conduzir a investigação.

A articulação das variáveis estudadas é representada no modelo esquematizado:



O enunciado das hipóteses é a fase do método de investigação que vem depois da formulação do problema. No fundo, toda a pesquisa científica consiste em enunciar e verificar hipóteses.

Então, no presente estudo, definimos as seguintes hipóteses:

H₁ – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, residência, habilitações literárias, rendimento mensal e situação profissional) e a satisfação com os cuidados de enfermagem

H₂ – A variável sociofamiliar (com quem vive) interage na predição da satisfação com os cuidados de enfermagem

H₃ – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas (internamentos anteriores, medicação, outras doenças e limitação física) e a satisfação com os cuidados de enfermagem

H₄ – A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pelas variáveis - estilos de vida (exercício físico e consumo de bebidas alcoólicas)

H₅ – Existe efeito significativo entre as variáveis sociodemográfica (idade), sociofamiliar (Funcionalidade familiar), estilos de vida (IMC) e a variável psicológica (auto conceito) e a satisfação com os cuidados de enfermagem

3.1 – PARTICIPANTES

Neste estudo a amostra é acidental porque os elementos são escolhidos de acordo com a sua presença num determinado local e momento, e não probabilística porque não dá

a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra.

O nosso estudo é constituído pelos utentes em regime de internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronária do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Unidade Hospitalar de Vila Real e Unidade de Cuidados Intensivos Coronária do Hospital de S. Teotónio de Viseu, num total de 90 utentes.

Os critérios de inclusão foram: idade maior ou igual a 18 anos na data da realização do questionário, com internamento numa unidade de cuidados intensivos coronária e com o consentimento informado assinado. Como critérios de exclusão foram: idade menor de 18 anos na data de realização do questionário, utentes que se recusam a participar e pessoas que já tenham participado uma vez no estudo.

Caracterização Sociodemográfica

A amostra é constituída por 90 indivíduos, 64.40% do sexo masculino e 36.60% do feminino.

A idade mínima dos indivíduos é de 20 anos e a máxima de 88 anos correspondendo-lhes uma média de 64.17, um desvio padrão de 15.80 e o coeficiente de variação de 24.62%, sugerindo uma dispersão média. Os valores de simetria (*Skewness/erro* = -2.54) e curtose (*Kurtosis/erro* = -0.26), indiciam uma curva gaussiana assimétrica negativa ou enviesada à direita e mesocúrtica. Assim consideramos a distribuição relativa à idade como não normal. Os indivíduos do sexo masculino apresentarem valores médios inferiores (\bar{x} = 63.02; *dp* = 16.24) aos apresentados pelo sexo oposto (\bar{x} = 66.25; *dp* = 14.99), não existindo diferença estatisticamente significativa (t = -0.928; *p*. = 0.356). (Apêndice I – Quadro 1)

A maioria dos indivíduos inquiridos tem companheiro (75.9%), o que corresponde ao estado civil “Casado” e “união de facto”. Os restantes elementos da amostra não têm companheiro.

Após interpretação dos dados obtidos verificamos que a maioria dos indivíduos reside em “Aldeia” (41.1%) e em “Cidade” (37.8%) e os restantes em “Vila” (21.1%).

Os indivíduos da amostra que apenas “Sabem ler e escrever” correspondem a 20.0%, sendo que aqueles com habilitações literárias, 43.3% têm apenas a 4ª Classe.

Em relação ao rendimento mensal, 52.2% dos indivíduos recebe um valor mensal “Inferior a 485€” seguido do valor mensal “entre 485 e 970€” (27.8%), sendo apenas 10.0% relativo ao valor “Entre 970 e 1455€ e mais 10% relativo a “Superior a 1455€.

Na situação profissional, podemos dizer que 30% dos indivíduos estão activos e 70% inactivos. Sendo que dos inactivos a maioria dos indivíduos são do sexo feminino (75%). Verificamos que dos 27 indivíduos empregados da nossa amostra, 25.9% trabalha no

“sector 7 - Trabalhadores qualificados da indústria”, seguido do sector 2 - Especialistas das actividades intelectuais e científicas” (22.2%). (Apêndice I – Quadro 2)

Em suma:

- A média de idades é 64.17 (dp=15.80), sendo o valor mínimo de 20 anos e máximo de 88anos;
- Sexo masculino (64.4%) e do sexo feminino (35.6%);
- Tem companheiro (75.9%), o que corresponde ao estado civil “Casado” e “união de facto”;
- Residem maioritariamente em “Aldeia” (41.1%) e em “Cidade” (37.8%);
- Relativamente às habilitações literárias 43.3% dos indivíduos têm apenas a 4ª Classe;
- 52.2% dos indivíduos recebe um valor mensal “Inferior a 485€”;
- 70% dos indivíduos estão “inactivos”.

3.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Os dados foram recolhidos no período de 10 de Março a 30 de Maio de 2011, através da aplicação de um questionário.

A escolha do método de colheita de dados depende do nível de investigação, do tipo de variável e dos instrumentos disponíveis. O investigador deve garantir que o instrumento que deseja utilizar é o mais conveniente para responder às questões de investigação ou verificar hipóteses.

Foi realizado um pré-teste a 10 doentes com critérios de inclusão na nossa amostra, no período de 1 a 10 de Março de 2011. Foi necessário retirar questões e proceder a alterações de redacção, de forma reduzir a extensão e a simplificar a compreensão do formulário.

Com o objectivo de responder às questões, optamos pela recolha de dados através de um formulário que se encontra dividido em seis partes.

Parte I - Variáveis sociodemográficas

Pretende-se avaliar os aspectos sociodemográficos, nomeadamente obter elementos de natureza pessoal, ou seja a caracterização do indivíduo.

Parte II - Variáveis sociofamiliares

Com o objectivo de obter um conhecimento acerca da estrutura familiar e envolvimento do indivíduo com a mesma.

Parte III - Variáveis clínicas

Nesta parte pretende-se obter informação acerca de aspectos relacionados com a doença.

Parte IV - Variáveis relacionadas com estilos de vida

Nesta fase pretende-se tomar conhecimento sobre os estilos de vida dos indivíduos.

Parte V - Variáveis psicológicas (auto conceito)

O auto conceito influencia o modo como um indivíduo se percepção a si próprio e ao mundo à sua volta. Tem por isso um papel relevante no desenrolar da vida quotidiana.

Nesta etapa pretende-se medir a maneira de ser habitual do indivíduo e não o estado em que transitoriamente se encontre, para tal recorreremos à aplicação da escala – Inventário Clínico de Auto Conceito. (Anexo I)

Parte VI - Variáveis relacionadas com a satisfação com os cuidados de enfermagem

Nesta fase pretende-se avaliar o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, assim procedemos à aplicação da escala – Questionário de instrumento de satisfação do paciente (ISP). (Anexo II)

3.4 - PROCEDIMENTOS NA CONDUÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

3.4.1 - Princípios Éticos

Neste trabalho de investigação foram cumpridas todas as normas e orientações referentes aos procedimentos éticos, aquando da aplicação dos questionários, tais como: preenchimento dos consentimentos informados pelos inquiridos antes do preenchimento dos questionários, explicando aos participantes o objectivo do estudo e o porquê da necessidade da aplicação dos questionários, assim como a autorização junto da comissão ética da nossa instituição para autorização da aplicação do instrumento de colheita de dados.

Ao fim de realizarmos o Instrumento de Colheita de Dados, foi solicitada autorização para a sua aplicação ao Conselho de Administração das duas instituições hospitalares, obtendo-se um parecer favorável.

3.4.2 – Procedimentos Estatísticos

Após a colheita de dados, foi efectuada uma primeira análise e selecção de todos os instrumentos de colheita de dados, no intuito de eliminar aqueles que porventura se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, tendo-se posteriormente processado a sua codificação e inserção em base de dados do IBM SPSS Statistics, versão 19, onde foi efectuado o tratamento estatístico.

Neste trabalho iremos proceder ao tratamento dos dados obtidos, através da estatística descritiva analítica e inferencial.

Relativamente à estatística descritiva, usamos as frequências relativas e absolutas, como medida de tendência central, utilizamos a média aritmética e como medidas de dispersão o desvio padrão e o coeficiente de variação. Para analisar a simetria

(Skewness/erro) e a curtose (Kurtosis/erro) utilizamos os seguintes valores (PESTANA e GAGEIRO, 2005):

A medida de assimetria Skewness (SK) obtém-se através do quociente entre (SK) com o erro padrão (EP). Se SK/EP oscilar entre -1.96 e 1.96, a distribuição é simétrica. Mas se SK/EP for inferior a - 1.97, a distribuição é assimétrica negativa, com enviesamento à direita e se SK/EP for superior a +1.96, a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

Para as medidas de achatamento curtose (K) o resultado também se obtém através do quociente com o erro padrão (EP). Deste modo se K/EP oscilar entre - 1.96 e 1.96 a distribuição é mesocúrtica, pelo contrário se K/EP for inferior a - 1.96, a distribuição é platicúrtica, enquanto que para K/EP superior a +1.96, a distribuição é leptocúrtica.

Nas análises estatísticas dos valores relativos aos coeficientes de dispersão utilizámos os seguintes intervalos (PESTANA e GAGEIRO, 2005):

- $CV \leq 15\%$ – Dispersão fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ – Dispersão média;
- $CV > 30\%$ – Dispersão elevada.

Deste modo, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

Teste t de Student - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (PESTANA E GAJEIRO, 2005).

Análise de variância a um factor (ANOVA) - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um factor na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do factor são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do factor, recorre-se habitualmente aos testes posthoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (PESTANA e GAGEIRO, 2005);

Regressão - é um modelo estatístico que foi usado para prever o comportamento de uma variável quantitativa (variável dependente ou endógena - Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza intervalar ou rácio (variáveis independentes ou exógenas - Xs) informando sobre as margens de erro dessas previsões, isto é permite-nos determinar

quais as variáveis independentes que são preditoras da variável dependente (PESTANA e GAGEIRO, 2005). Quando utilizamos apenas uma variável dependente e uma independente, efectuamos uma regressão linear simples. Por outro lado quando comparamos uma variável dependente e mais que uma variável independente efectuamos a regressão múltipla. Na regressão a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente (Y). Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão. Quanto menor for essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (PESTANA e GAGEIRO, 2005).

Em relação às correlações de Pearson que este tipo teste gera, utilizamos os valores de r que, por convenção, Pestana e Gajeiro (2005) sugerem que:

- $r < 0.2$ - associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$ - associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$ - associação moderada
- $0.7 \leq r \leq 0.89$ - associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$ - associação muito alta

Coefficiente de correlação de Pearson – é uma medida de associação linear que foi usada para o estudo de variáveis quantitativas. A correlação indica que os fenómenos não estão indissolavelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um (em média) é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso. Por isso os valores oscilam entre -1 e +1. Se a associação for negativa a variação entre as variáveis ocorre em sentido contrário, isto é, os aumentos numa variável estão associados em média à diminuição da outra; se for positiva a variação das variáveis ocorre no mesmo sentido. Acresce ainda referir que a comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra, e que tanto R como R^2 não exprimem relações de causalidade. A violação de normalidade afecta pouco o erro tipo 1 e a potência do teste principalmente quando se trabalham com grandes amostras (PESTANA E GAGEIRO, 2005).

Podem ser seleccionados os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$ - estatística significativa;
- $p < 0.01$ - estatística bastante significativa;
- $p < 0.001$ - estatística altamente significativa;
- $p \geq 0.05$ - não significativo.

A variável total estilos de vida foi apurada através da soma das variáveis independentes frequência de refeições, frequência de alimentos, consumo de álcool, consumo de tabaco, exercício físico e stress. Para quantificarmos a variável total de estilos de vida utilizamos os grupos extremos (Média \pm 0.25 dp) preconizados por PESTANA E GAGEIRO (2005) os quais permitiram obter a seguinte classificação:

Pouco Satisfeitos	$(\leq M - 0,25 \text{ dp})$
Satisfeitos	$(> M - 0,25 \text{ dp e } < M + 0,25 \text{ dp})$
Muito Satisfeitos	$(\geq M + 0,25 \text{ dp})$

4 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para apresentar os resultados consiste em fornecer todos os resultados pertinentes relativamente às questões de investigação ou às hipóteses formuladas, devendo ser apresentados em primeiro lugar os resultados obtidos com as análises descritivas, seguindo-se os obtidos com as análises inferenciais. FORTIN (2009)

4.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A análise descritiva consiste num estudo de características não uniformes dos aspectos observados ou experimentais.

Caracterização das variáveis sociofamiliares

A maior parte dos indivíduos vive com o “cônjuge” (44.4%), e 16.7% vive “sozinho” sendo que 21.9% são do sexo feminino e 13.8% do masculino. Uma percentagem de 34.4% vive com “família restrita” (cônjuge e filhos). (Apêndice II - Quadro 1)

Em relação ao Apgar Familiar, a “Família altamente funcional” é a observada com mais frequência (86.7%). A média de Apgar familiar foi de 2.80 (dp=0,54), o coeficiente de variação de 19.45%, indicativo de dispersão média. Os indivíduos do sexo feminino apresentam valores médios superiores (\bar{x} =2.94;dp=0.25) do que nos do sexo masculino (\bar{x} =2.72;dp=0.64). A simetria (Skewness/Error = -10.48) e curtose (Kurtosis/error = 11.64), indicam uma curva assimétrica negativa ou enviesada à direita e leptocúrtica. (Apêndice II - Quadro 2)

Em suma:

- A maior parte dos indivíduos vive com o “cônjuge” (44.4%), e 16.7% vive “sozinho” sendo que 21.9% são do sexo feminino e 13.8% do masculino. Uma percentagem de 34.4% vive com “família restrita” (cônjuge e filhos).
- A “Família Altamente Funcional” é a observada com mais frequência (86.7%).

Caracterização das variáveis clínicas

Verificamos que a patologia mais comum é o “EAM” (55.6%), nos homens (58.6%) e nas mulheres (50.0%) seguido da “Angina instável” com 10.0%.

A maioria dos indivíduos respondeu “sim” aos internamentos anteriores (68.9%) e 31.1% respondeu que nunca esteve internado.

Em relação ao número de internamentos anteriores, verificamos um valor mínimo de 1 e máximo de 10, correspondendo-lhes uma média de 2.21, desvio padrão de 1.58 e um coeficiente de variação de 71.50%, sugerindo uma dispersão elevada. Os indivíduos do sexo feminino apresentam valores médios superiores ($\bar{x}=2.76$; $dp=2.23$) do que nos do sexo masculino ($\bar{x}=1.93$; $dp=1.03$). A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=7.81) e leptocúrtica (Kurtosis/error=14.32), apresentando uma distribuição anormal. (Apêndice III – Quadro 1)

Ao analisarmos os serviços, verificamos que apenas 17.7% dos indivíduos estiveram internados numa UCI e 82,3% noutros serviços, sendo 100% as mulheres.

No tempo de internamento anterior, o valor mínimo é 1 e máximo é 90, correspondendo-lhes uma média de 10.24, desvio padrão de 12.68 e um coeficiente de variação de 123.76%, sugerindo uma dispersão elevada. Nos indivíduos do sexo masculino o valor médio foi de 11.27 ($dp=14.85$) e no sexo feminino de 8.24 ($dp=6.51$). O valor de simetria revela uma curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=14.52) e leptocúrtica (Kurtosis/error=42.88), apresentando uma distribuição anormal. (Apêndice III – Quadro 2)

No tempo de internamento actual, o valor mínimo é 1 e máximo é 8, uma média de 2.88, desvio padrão de 1.34 e um coeficiente de variação de 46.54%, sugerindo uma dispersão elevada. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=5.87) e leptocúrtica (Kurtosis/error=7.10), apresentando uma distribuição anormal. (Apêndice III – Quadro 3)

Na medicação habitual, a maioria dos indivíduos respondeu “sim” (81.1%) e 18.9 respondeu que “não”.

Em relação ao tipo de medicação, verificamos que 74.0% da amostra, referem fazer medicação de apenas um grupo farmacológico isolado. Tanto os homens como as mulheres apresentam maiores percentagens na mesma classe de medicação, com 80.4% e 63.0%, respectivamente.

Na análise das outras doenças, verificamos que 34.4% respondeu não ter nenhuma doença e 65.6% respondeu que “sim”. Verificamos que 64.4% sofre apenas de uma doença, com percentagens muito parecidas entre homens (65.7%) e mulheres (62.5%).

No que diz respeito à presença de familiar com doença cardíaca, 66.7 % não tem antecedentes familiares. Nos que responderam “sim” (33.3%), o “EAM” é a doença mais frequente em homens (66.7%) e mulheres (58.3%). O grau de parentesco mais comum é “pais” (56.7%), em ambos os sexos, homens (44.4%) e mulheres (75.0%).

Na limitação física, 47.8% dos indivíduos refere uma “Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras”, e 41.1% “Limitação física para

actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras) ”, sendo que apenas 1.1% refere “Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso”. (Apêndice III – Quadro 4)

Em suma:

- A patologia mais comum é o “EAM” (55.6%), nos homens (58.6%) e nas mulheres (50.0%) seguido da “Angina instável” com 10.0%.
- (68.9%) dos indivíduos já esteve internado
- No número de internamentos anteriores, a média é 2.21 (dp=1.58), sendo o valor mínimo é 1 e máximo é 10
- No tempo de internamento, a média é 10.24 dias (dp=12.68), com o valor mínimo é 1 e o valor máximo é 90
- Para o tempo de internamento actual o valor mínimo é 1 e máximo é 8, obtendo uma média de 2.88 (dp=1.34)
- A maioria dos indivíduos toma medicação habitualmente (81.1%)
- 74.0% da amostra toma medicação de apenas um grupo farmacológico
- A maioria dos indivíduos sofre de outra 65.6% sendo que 64.4% sofre apenas de uma doença
- 66.7% não tem historia familiar de doença cardíaca.
- 47.8% dos indivíduos refere uma “Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras”.

Caracterização da variável - estilos de vida

Para o IMC, o valor mínimo é 15,12 kg/m² e o máximo de 34.85 kg/m², uma média de 22.11 e o desvio padrão de 3.36. o coeficiente de variação é de 15.20%, sendo indicador de uma dispersão média. Nos indivíduos do sexo masculino o valor médio foi de 22.57 (dp=2.83) e no sexo feminino de 21.34 (dp=4.13), apresentando os homens um maior índice de massa corporal. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=3.26) e leptocúrtica (Kurtosis/error=3.06), apresentando uma distribuição anormal.

Analisando a variável por classes, 73.3% apresentam-se “saudáveis”, sendo que 75.9% são do sexo masculino e 68.8% do sexo feminino. (Apêndice IV – Quadro 1)

Quanto ao perímetro abdominal, o valor mínimo é 72 cm e o máximo de 148 cm, uma média de 98.04 e o desvio padrão de 13.58. O coeficiente de variação é de 13.80%, sendo indicador de uma dispersão fraca. No sexo masculino o perímetro abdominal revela um valor médio de 99.03 (dp=12.48) e no sexo feminino 96.19 (dp=15.47), o que traduz valores superiores nos homens. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda

(Skewness/error=3.73) e leptocúrtica (Kurtosis/error=3.87), apresentando uma distribuição anormal.

Analisando a variável por classes, verificamos que 45.6% apresentam um perímetro abdominal muito aumentado, com a distribuição para o sexo masculino (31.0%) e feminino (71.9%). Apenas 27.8% apresentam um perímetro abdominal normal. (Apêndice IV – Quadro 2)

Em relação ao exercício físico, a maioria dos indivíduos (71.1%) não pratica exercício e apenas 28.9% pratica algum tipo de exercício.

O tipo de exercício mais praticado é “Caminhadas” (21.1%)

No que diz respeito às horas de exercício, a maioria dos indivíduos respondeu “1” hora por dia (52.9%), 50.0% pratica 2 horas por semana e outros 50.0% pratica 3 horas por semana, uma percentagem total (100.0%) pratica 5 horas por mês.

Nos hábitos tabágicos, 78.9% não é fumador, a percentagem de homens fumadores (29.3%) é superior à das mulheres (6.3%).

Em relação ao número de cigarros por dia, o valor mínimo é 1 cigarro/dia até um máximo é 50 cigarros/dia, sendo que a média é 13.37 e o desvio padrão de 11.75. Podemos verificar que a curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=4.05) e leptocúrtica (Kurtosis/error=4.78), apresentando uma distribuição anormal, pelo que podemos dizer que a dispersão elevada (CV=87.88%). (Apêndice IV – Quadro 3)

No que diz respeito ao consumo de café, não há muita diferença entre os indivíduos que responderam “não” (48.9%) e os que responderam “sim” (51.1%).

No número de cafés, o valor mínimo é 1café/dia e o máximo é 6 cafés/dia, um valor médio de 2.33, um desvio padrão de 1.35 e um coeficiente de variação de 58.07%, indicador de uma dispersão elevada. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=3.04) e mesocúrtica (Kurtosis/error=0.73), apresentando uma distribuição anormal. (Apêndice IV – Quadro 4)

Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 46.7% dos indivíduos responderam que “não” bebem. Analisando este conjunto de indivíduos em função do sexo, constatamos que 75.0% corresponde ao sexo feminino.

Dos 48 indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, verificamos que 85.4% bebe vinho.

No tipo de bebidas, dos 48 indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, verificamos que 85.4% bebe vinho. Quanto à frequência, verificamos que 42.9% bebe “ocasionalmente” 2 copos de 0.20 ml, 50.0% bebe “semanalmente” 2 copos de 0.20 ml e 54.1% bebe diariamente 1 copo de 0.20 ml. (Apêndice IV – Quadro 5)

Em suma:

- Para o IMC o valor mínimo é 15,12 kg/m² e o máximo de 34.85 kg/m², e uma média de 22.11. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram valores médios superiores ao sexo

feminino. Analisando a variável por classes, 73.3% apresentam-se “saudáveis”, sendo que 75.9% são do sexo masculino e 68.8% do sexo feminino.

- No perímetro abdominal o valor mínimo é 72 cm e o máximo de 148 cm, uma média de 98.04. Analisando a variável por classes, verificamos que 45.6% apresentam um perímetro abdominal muito aumentado, com a distribuição para o sexo masculino (31.0%) e feminino (71.9%). Apenas 27.8% apresentam um perímetro abdominal normal.

- 71.1% dos indivíduos não pratica exercício físico sendo o mais realizado as “Caminhadas” (21.1%)

- A maioria dos indivíduos pratica “1” hora de exercício físico por dia (52.9%),

- Relativamente aos hábitos tabágicos, 78.9% dos indivíduos da amostra não é fumador, sendo a percentagem de homens fumadores (29.3%) é superior à das mulheres (6.3%). Para os que fumam (21.1%) o valor mínimo é 1 cigarro/dia até um máximo de 50 cigarros/dia.

- A maioria dos indivíduos toma café (51.1%)

- No que diz respeito ao número de cafés, o valor médio é 2.33

- 46.7% dos indivíduos não bebem, verificando-se uma maior percentagem nas mulheres (75%). Dos 48 indivíduos que ingerem bebidas alcoólicas, verificamos que 85.4% bebe vinho. Para os que afirmam beber (53.3%), 85.4% bebe vinho, quanto à frequência, verificamos que 42.9% bebe “ocasionalmente” 2 copos de 0.20 ml, 50.0% bebe “semanalmente” 2 copos de 0.20 ml e 54.1% bebe diariamente 1 copo de 0.20 ml.

Caracterização da variável psicológica – Auto Conceito

No que diz à aceitação/rejeição social, o valor mínimo é 12 e o máximo é 25, um valor médio de 17.56, um desvio padrão de 2.70, na auto-eficácia, o valor mínimo é 8 e o máximo é 28, um valor médio de 21.33, um desvio padrão de 3.28, na maturidade psicológica o valor mínimo é 9 e o máximo é 28, um valor médio de 13.84, um desvio padrão de 2.57 e na impulsividade actividade o valor mínimo é 6 e o máximo é 15, um valor médio de 10.50, um desvio padrão de 1.67.

Na aceitação/rejeição social, o coeficiente de variação é de 15.40%, indicador de uma dispersão média. A curva é simétrica (Skewness/error=1.67) e mesocúrtica (Kurtosis/error=0.64), apresentando uma distribuição normal, na auto-eficácia, o coeficiente de variação é de 15.36%, indicador de uma dispersão média. A curva é assimétrica negativa ou enviesada à direita (Skewness/error=-3.79) e leptocúrtica (Kurtosis/error=4.86), apresentando uma distribuição anormal, maturidade psicológica o coeficiente de variação é de 18.53%, indicador de uma dispersão média. A curva é simétrica (Skewness/error=1.34) e mesocúrtica (Kurtosis/error=-1.19), apresentando uma distribuição normal e impulsividade actividade o coeficiente de variação é de 15.91%, indicador de uma dispersão média. A

curva é simétrica (Skewness/error=-0.49) e mesocúrtica (Kurtosis/error=-0.01), apresentando uma distribuição normal. (Apêndice V – Quadro 1)

Em suma:

- No que diz respeito à dimensão aceitação/rejeição social, a media é 17.56 (dp=2.70), um valor mínimo de 12 e máximo de 25;
- O valor mínimo é 8 e o máximo é 28 para a dimensão auto-eficácia, sendo um valor médio de 21.33 (dp=3.28);
- A média de 13.84 (dp=2.57) para a dimensão maturidade psicológica, sendo o valor mínimo de 9 e o máximo de 28;
- Na dimensão impulsividade actividade o valor mínimo é 6 e o máximo é 15, e um valor médio de 10.50 (dp=1.67).

Caracterização da satisfação com os cuidados de enfermagem

No que diz à dimensão educacional o valor mínimo é 2.14 e o máximo é 3.71, um valor médio de 3.71 e um desvio padrão de 0.39, na dimensão confiança o valor mínimo é 2.36 e o máximo é 3.91, um valor médio de 2.77 e um desvio padrão de 0.21 e na dimensão técnico-profissional o valor mínimo é 2.14 e o máximo é 3.57, um valor médio de 2.81 e um desvio padrão de 0.29.

Na dimensão educacional, o coeficiente de variação é de 15.91%, indicador de uma dispersão média. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=2.93) e mesocúrtica (Kurtosis/error=-0.61), apresentando uma distribuição anormal, na dimensão confiança o coeficiente de variação é de 7.73%, indicador de uma dispersão fraca. A curva é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Skewness/error=7.69) e leptocúrtica (Kurtosis/error=16.56), apresentando uma distribuição anormal e na dimensão técnico-profissional o coeficiente de variação é de 10.45%, indicador de uma dispersão fraca. A curva é simétrica (Skewness/error=-0.42) e mesocúrtica (Kurtosis/error=0.78), apresentando uma distribuição normal. (Apêndice VI - Quadro 1)

Para classificar o grau de satisfação da amostra, de modo a facilitar a interpretação dos valores obtidos no quadro anteriormente apresentado, recorreu-se ao método dos grupos extremos. (Apêndice VI – Quadro 2)

$$[\text{Valor médio} \pm 0.25 \times \text{desvio padrão}] = 2.80 \pm 0.25 \times 0.19$$

Em suma:

- No que diz respeito à dimensão educacional a média é 2.86 (dp=0.39), com um valor mínimo é 2.14 e máximo de 3.71;
- O valor mínimo é 2.36 e o máximo é 3.91 para a dimensão confiança, sendo um valor médio de 2.77 (dp=0.21);
- A média de 2.81 (dp=0.29) para a dimensão técnico-profissional, sendo o valor mínimo de 2.14 e o máximo de 3.57.
- A amostra apresenta-se pouco satisfeita (37.8%), satisfeita (28.9%) e muito satisfeita (33.3%).

4.2 - ANALISE INFERENCIAL

A análise inferencial apoia-se nas hipóteses de investigação formuladas a partir de um quadro teórico. A utilização de testes estatísticos, no tratamento dos dados, permite determinar se as relações de associação observadas, entre as variáveis, são reais ou se são fruto do acaso.

Após a análise descritiva dos dados obtidos descritos anteriormente passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses associando algumas das variáveis independentes em estudo à nossa variável dependente. Estas foram testadas através de testes paramétricos nomeadamente Testes t de Student, Análises de variância (ANOVA), correlação de Pearson e regressão linear múltipla e não paramétricos como o teste Kruskal-Wallis e Mann-Whitney U.

Uma vez que não respeita uma distribuição normal como indica o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov para amostras superiores a 50, optamos por utilizar testes paramétricos, uma vez que são bastante robustos, podendo ser utilizados quando este pressuposto é violado, a menos que os dados tenham uma distribuição muito diferente do normal. (Apêndice VII – Quadro 1)

H₁ – Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, residência, habilitações literárias, rendimento mensal e situação profissional) e a satisfação com os cuidados de enfermagem”

H_{1,1} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre o sexo e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Analisando as médias constatamos que, os elementos do sexo masculino estão mais satisfeitos com a dimensão confiança (2.79) e técnico-profissional (2.83), enquanto os do sexo feminino sentem-se mais satisfeitos com a dimensão educacional (2.94). No valor global, os valores são iguais para ambos os sexos (2.81).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o sexo e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 1)

H_{1.2} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a idade e a satisfação com os cuidados de enfermagem

No tratamento desta variável decidimos outro tipo de reagrupamentos das classes de idades porque pois correspondiam a um número reduzido de casos.

Os indivíduos com “<45”anos” constituem o grupo mais satisfeito em todas as dimensões, educacional (3.04), confiança (2.83) e técnico-profissional (2.89) e valor global (2.90).

No que se refere à idade com o valor global verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($F=2.94$, $p=0.04$). O teste post hoc de Tukey localiza estas diferenças, entre os indivíduos dos grupos “<45 anos” e “61-75” ($p=0,04$). Sendo o coeficiente de determinação ($r^2= 9.3\%$). (Apêndice VIII – Quadro 2)

H_{1.3} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre o estado civil e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Para testar a hipótese apresentada recorreu-se a testes não paramétricos, uma vez que o quociente entre a maior e menor dimensão dos grupos é superior a 1.5, havendo portanto grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, pelo que recorreremos ao teste Kruskal-Wallis.

Os indivíduos viúvos manifestam mais satisfação na dimensão educacional (55.07), confiança (54.07), valor global (50.00) e menos satisfeitos com a técnico-profissional (35.47). Os casados apresentam-se mais satisfeitos com a dimensão técnico-profissional (48.32).

Não há diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 3)

H_{1.4} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a residência e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Verificamos que os indivíduos que vivem na cidade sentem-se mais satisfeitos com a dimensão educacional (2.89) e valor global (2.83), os da aldeia com a dimensão confiança (2.81) e os da vila com a dimensão técnico-profissional (2.86).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a residência e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VII - Quadro 4)

H_{1.5} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Verificamos que os indivíduos com o 4ºAno e Licenciatura estão mais satisfeitos com a dimensão educacional (46.94) e (54.05), respectivamente. Em relação à dimensão confiança, destacam-se os indivíduos com o 12ºAno (53.56) e Licenciatura (58.64). Os indivíduos com o 9ºano apresentam-se mais satisfeitos com a dimensão técnico-profissional (2.89), ao contrário dos indivíduos com licenciatura (52.00). No valor global, o grupo com grau de licenciatura apreseem-se os mais satisfeitos (53.59).

Sendo o nível de significância ($p \geq 0.05$), o que leva à rejeição da igualdade do de satisfação nos vários grupos, rejeitando-se portanto a hipótese de investigação em causa. (Apêndice VIII - Quadro 5)

H_{1.6} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Ao analisarmos esta variável optamos por fazer um reagrupamento das classes de rendimento mensal uma vez que correspondia um nível reduzido de elementos.

Os indivíduos com rendimento mensal entre 970 e 1455€ possuem mais satisfação com a dimensão educacional (60.94), confiança (70.44), técnico-profissional (55.33) e valor global (68.11).

No que se refere ao rendimento mensal com a dimensão confiança verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=9.975$, $p=0,019$). Após a ordenação das médias, foi aplicado o teste Anova e o teste post hoc de Tukey que localizou estas diferenças, entre os grupos “inferior a 485” e “entre 971 e 1455€” ($p=0.025$), e “entre 485 e 970” e “971 e 1455€” ($p=0,01$). Sendo o coeficiente de determinação ($r^2= 11.21$). (Apêndice VIII - Quadro 6)

H_{1.7} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a situação profissional e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Consideram-se grupos de dimensão semelhante quando o quociente entre a maior dimensão (M) e a menor (n) for inferior a 1.5, quando este quociente é superior a 1,5 os grupos não são de dimensões semelhantes, há grandes afastamentos tanto da normalidade como da homocedasticidade, põe-se em risco as conclusões tidas na análise de variância, assim usamos o teste não paramétrico, Mann-Whitney U.

Os indivíduos que se encontram activos apresentam valores superiores de satisfação em todas as dimensões, educacional (48.48), confiança (49.71), técnico-profissional (47.98) e valor global (50.52).

A diferença não é estatisticamente significativa ($p \geq 0.05$), pelo que se pode inferir que existe igualdade de satisfação nos grupos activos e inactivos, rejeitando-se portanto a hipótese de investigação em causa. (Apêndice VIII - Quadro 7)

H₂ - A variável sociofamiliar (com quem vive) interage na predição da satisfação com os cuidados de enfermagem

H_{2.1} - A variável com quem vive interage na predição da satisfação com os cuidados de enfermagem

Os indivíduos que vivem com a família alargada estão mais satisfeitos com a dimensão educacional (69.38), confiança (51.25), técnico-profissional (63.88) e valor global (72.25).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre com quem vive e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 8)

H₃ - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis clínicas (internamentos anteriores, medicação, outras doenças e limitação física) e a satisfação com os cuidados de enfermagem

H_{3.1} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre os internamentos anteriores e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Os indivíduos com internamentos anteriores apresentam valores médios superiores de satisfação na dimensão educacional (46.02), técnico-profissional (47.37) e valor global (46.53). Em relação à dimensão confiança, os indivíduos sem internamentos anteriores apresentam médias superiores (46.45).

A diferença não é estatisticamente significativa ($p \geq 0.05$), pelo que se pode inferir que existe igualdade de satisfação nos dois grupos, rejeitando-se portanto a hipótese de investigação em causa. (Apêndice VII - Quadro 9)

H_{3.2} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a medicação e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Os indivíduos que fazem medicação apresentam-se mais satisfeitos com a dimensão educacional (46.26), confiança (46.96) e valor global (46.49). Em relação aos que não fazem medicação, manifestam-se mais satisfeitos com a dimensão técnico-profissional (47.00).

A diferença não é estatisticamente significativa ($p \geq 0.05$), pelo que se pode inferir que existe igualdade de satisfação nos dois grupos, rejeitando-se portanto a hipótese de investigação em causa. (Apêndice VIII - Quadro 10)

H_{3.3} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre as outras doenças anteriores e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Os indivíduos portadores de outras doenças apresentam valores médios superiores de satisfação com a dimensão educacional (47.65) e valor global (46.78). Por outro lado, o grupo de indivíduos que não tem outras doenças apresenta maior índice de satisfação na dimensão confiança (45.53) técnico-profissional (47.50).

No entanto não existem diferenças estatisticamente significativas entre as outras doenças e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 11)

H_{3.4} - Prevê-se uma relação estatisticamente significativa entre a limitação física e o auto-conceito nas suas várias dimensões

Os indivíduos do grupo 1 apresentam-se mais satisfeitos na dimensão confiança (47.07), técnico-profissional (46.48) e valor global (46.09). Os indivíduos do grupo 2 estão mais satisfeitos na dimensão educacional (46.38).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre a limitação física e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 12)

H₄ - A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pelas variáveis - estilos de vida (exercício físico e consumo de bebidas alcoólicas)

H_{4.1} – A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pelo exercício físico

Os indivíduos que não fazem exercício físico apresentam valores médios superiores de satisfação na dimensão educacional (47.19), confiança (46.62), técnico-profissional (47.29) e valor global (47.73).

Não se verifica diferenças estatisticamente significativas entre o exercício físico e a satisfação com os cuidados de enfermagem ($p \geq 0.05$). (Apêndice VIII - Quadro 13)

H_{4.2} – A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pelo consumo de bebidas alcoólicas

Na dimensão educacional, os mais satisfeitos são os que não consomem bebidas alcoólicas (46.54) bem como na dimensão confiança (45.79). Os indivíduos que consomem bebidas alcoólicas apresentam valores médios superiores de satisfação na dimensão técnico-profissional (47.99) e valor global (46.05).

A diferença não é estatisticamente significativa ($p \geq 0.05$), pelo que se pode inferir que existe igualdade de satisfação nos dois grupos, rejeitando-se portanto a hipótese de investigação em causa. (Apêndice VIII - Quadro 14)

H₅ - Existe efeito significativo entre as variáveis sociodemográfica (idade), sociofamiliar (Apgar familiar), estilos de vida (IMC), psicológicas (Auto Conceito) e a satisfação com os cuidados de enfermagem

Para a dimensão educacional, as variáveis independente apresentam correlações que variam entre ($r=0.018$) na impulsividade/actividade e ($r=-0.032$) na idade e maturidade psicológica. Com excepção da impulsividade/actividade, as correlações estabelecidas com a variável dependente são inversas pelo que, se pode concluir que quanto maiores os índices nestas variáveis pior é a satisfação com os cuidados de enfermagem, demonstrando benefícios no que se refere à variável cuja relação é positiva. Somente no IMC ($p=0.033$) e na aceitação/rejeição social ($p=0.031$), se encontraram significâncias estatísticas. (Apêndice VIII - Quadro 15)

Para o estudo da variável dependente “educacional”, com as variáveis independentes (Idade, Apgar familiar, IMC e Auto-conceito), procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, usando o método enter.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece é muito baixa ($r=0.390$), explicando 15.2% da variação com a dimensão educacional. Pelos coeficientes padronizados beta, a maturidade psicológica é a variável com maior valor preditivo, e com menor valor preditivo, a idade. O apgar familiar, maturidade psicológica e impulsividade/actividade estabelecem uma relação positiva. A idade, IMC, aceitação/rejeição social e auto-conceito estabelecem uma relação negativa, o que equivale a dizer que quanto maior os índices nestas variáveis pior a satisfação com os cuidados de enfermagem. Por outro lado, somente foram encontradas significâncias estatísticas no IMC ($p=0.022$), maturidade psicológica ($p=0.036$) e impulsividade/actividade ($p=0.026$). (Apêndice VIII - Quadro 16)

Para a dimensão confiança, existe uma relação inversa com todas as variáveis excepto com a idade, o Apgar familiar e a impulsividade/actividade, o que equivale a dizer, que quanto maior o IMC, a aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e o auto-conceito, pior a satisfação com os cuidados de enfermagem. Não há diferenças estatisticamente significativas. (Apêndice VIII - Quadro 17)

Para o estudo da dimensão confiança, com as variáveis Idade, Apgar Familiar, IMC e Auto-conceito, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, usando o método enter.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece é muito baixa ($r=0.225$), explicando 5.1% da variação da dimensão confiança. O modelo não tem valor explicativo/preditivo ($F=0.626$ e $p=0.733$). (Apêndice VIII - Quadro 18)

Para a dimensão técnico-profissional, as correlações com as variáveis independentes variam entre ($r=0.083$) para o Apgar familiar e o IMC ($r=0.140$). Para todas as variáveis existe uma relação positiva excepto para a idade e o IMC, o que quer dizer que

quanto maiores os índices nestas variáveis com relação negativa, pior a satisfação com os cuidados de enfermagem. Somente encontramos significância estatística na impulsividade/atividade ($p=0.031$). (Apêndice VIII - Quadro 19)

Para o estudo da dimensão técnico-profissional, com as variáveis Idade, Apgar familiar, IMC e Auto-conceito, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, usando o método enter.

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece é muito baixa ($r=0.280$), explicando 7.8% da variação da dimensão técnico-profissional. Pelos coeficientes padronizados beta, nenhuma variável independente em estudo tem influência sobre a dimensão técnico-profissional. (Apêndice VIII - Quadro 20)

Para o estudo da satisfação com os cuidados de enfermagem, com as variáveis Idade, Apgar, IMC e Auto-conceito, procedeu-se à realização de uma regressão linear múltipla, usando o método stepwise.

Neste modelo de regressão a variável que apresenta maior correlação com a satisfação é a impulsividade/atividade ($r=0.112$) e a de menor correlação, a idade (-0.030). As variáveis Apgar familiar e impulsividade/atividade estabelecem com a variável dependente uma relação positiva, por outro lado, a idade, o IMC, a aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica e auto-conceito, estabelecem uma relação negativa. Destas correlações entre a variável dependente e independentes apenas a variável IMC apresenta influência significativamente estatística ($p=0.011$). (Apêndice VII - Quadro 21)

A correlação que o conjunto destas variáveis estabelece é muito baixa ($r=0.241$), explicando 5.8% da variação da satisfação com os cuidados de enfermagem. As variáveis independentes idade, apgar familiar, aceitação/rejeição social, auto-eficácia, maturidade psicológica, impulsividade/atividade e auto-conceito foram removidas do nosso modelo de regressão. O IMC é a única variável a entrar neste modelo constituindo-se assim preditora da satisfação.

O teste F é estatisticamente significativo, o que leva à rejeição de nulidade entre as variáveis em estudo. O valor de t, dado apresentar significância estatística, permite afirmar que a variável independente que entrou no modelo de regressão tem poder explicativo na satisfação pois os coeficientes são diferentes de zero. Pelos coeficientes padronizados beta, o IMC estabelece uma relação inversa com a variável dependente, pelo que podemos dizer que quanto menor o IMC melhor a satisfação com os cuidados de enfermagem. (Apêndice VIII - Quadro 22)

O modelo final ajustado para a satisfação com os cuidados de enfermagem:

Satisfação = 3.108 + (-0.241 IMC)
--

5 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A simples apresentação dos resultados não é suficiente, sendo necessário analisá-los e interpretá-los.

5.1 - DISCUSSÃO METODOLÓGICA

No decurso da realização desta investigação deparamo-nos com algumas fragilidades metodológicas. O estudo elaborado sendo transversal apenas avalia a satisfação do utente com os cuidados de enfermagem no momento da investigação, fornecendo-nos dados imediatos e utilizáveis, contudo o seu alcance é mais limitado do que o estudo longitudinal, que permite a recolha de dados de forma periódica no mesmo grupo, o que nos permitiria avaliar as mudanças relativas às nossas variáveis no tempo.

A opção de utilizarmos um formulário prendeu-se com o nível educacional da população em causa. No entanto esta escolha possui algumas desvantagens, nomeadamente, menos liberdade nas respostas em função da presença do entrevistador, risco de distorções pela influência do aplicador, menos tempo para responder às perguntas e insegurança das respostas por alegada falta do anonimato. Por outro lado o nível de escolaridade verificado em grande parte da amostra poderá ter influenciado a compreensão das questões e consequentes respostas, no entanto o seu preenchimento foi sempre acompanhado por nós no sentido de esclarecer dúvidas.

Colocar questões aos utentes sobre a relação que possuem com os profissionais de saúde neste contexto pode ter influenciado as respostas, podendo ter gerado algum constrangimento e falta de clareza nos resultados.

O questionário foi aplicado a utentes em meio hospitalar num estado psicológico condicionado pela proximidade da ocorrência de um episódio coronário e consequente hospitalização, o que pode ter influenciado as respostas. Além disso era inevitável que as respostas do utente fossem influenciadas pela experiência previa de hospitalização.

Outra limitação deste estudo está relacionada com a informação relativa à terapêutica farmacológica dos indivíduos em ambulatório que, em alguns casos, não foi descrita com rigor, além de que esta informação não se encontrava registada no processo. A ausência deste tipo de informação poderá ter condicionado a confirmação clínica de determinadas doenças/medicação.

Os questionários foram aplicados por nós, senda da nossa responsabilidade a criação da base de dados, através da qual realizámos o tratamento e análise dos mesmos.

Tendo postas estas considerações e alguns obstáculos referidos, consideramos que este trabalho se mostra como uma mais-valia na compreensão de alguns fenómenos que influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem.

5.2 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A discussão de resultados permite explicar os resultados obtidos mais significativos e consiste na comparação entre estes e os resultados de trabalhos anteriores.

No presente estudo o número de indivíduos é de 90, sendo 58 do sexo masculino (64.40%) e 32 do sexo feminino (36.60%). Este resultado está concordante com outro estudo com uma amostra de 70 indivíduos, sendo que 77,14% são do sexo masculino e 22,86% do sexo feminino ($\bar{x}=59,33$ anos e $dp=11,61$)².

No entanto outros estudos não corroboram estes, numa amostra com 63 utentes, sendo 57.1% mulheres e 42.9% homens.³

Os dados obtidos vão de encontro à nossa realidade nacional. Segundo o 4º Inquérito Nacional realizado pelo INE em 2005/2006, a maioria dos indivíduos com doença coronária pertence ao sexo masculino, 1,9% da população masculina Portuguesa já sofreu um Síndrome Coronário Agudo contrastando com 0,8% da população feminina.

Este facto deve-se ao facto dos homens terem um maior risco face à doença coronária do que as mulheres, sendo esta diferença resultante em parte de diferenças hormonais (estrogéneos). A mulher usufrui de uma protecção relativa que desaparece alguns anos depois da menopausa uma vez que os estrogénios produzidos pelos ovários são protectores de doença coronária. Existe um retardamento de dez a quinze anos no aparecimento de doença coronária comparativamente com os homens. A presente estatística aponta para o aumento da doença na mulher jovem, estando associado ao tabagismo e ao stress da vida extra familiar. No entanto, a pílula como anticoncepcional, aumenta o risco de desenvolvimento de uma doença coronária, este risco existe sobretudo na presença de outros factores favorecedores.

Os indivíduos do sexo masculino encontram-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, no entanto esta diferença não é significativa ($p=0.97$).

É um dado interessante, se considerarmos que as mulheres normalmente são mais exigentes, sensíveis e atentas ao meio que os rodeia, logo mais difíceis de se sentirem satisfeitas, podendo explicar o facto de os homens, no nosso estudo, estarem mais satisfeitos com os cuidados prestados.

Quanto à idade a amostra foi constituída por utentes com idades compreendidas entre 20 e 88 anos ($\bar{x}=64.17$ e $dp=15.80$). Estes resultados estão em concordância com outros estudos, em que a média foi de 62.25 anos ($dp=12.91$).⁴

A mesma situação foi verificada num estudo sendo a média 56.52 ($dp=17.5$)⁵

² FIGUEIRA, Wiliam Pestana - **Factores de Risco prevalentes em Utentes com Doença Coronária**. [Em linha]. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto (2008). [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54416>

³ DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIARDELLO, Edinéis de Brito – Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.23,nº4 (2010)

⁴ FERREIRA, José António da costa; MARQUES, Belmiro Manuel Oliveira; PORTUGAL, Anabela dos Santos – **Rumo à Qualidade: a Voz dos Utentes da UCIC do HSTV**. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2001

Em relação à idade, verifica-se que a doença coronária surge como a principal causa de morte nos homens entre os 35 e 44 anos, aumentando com a idade. (FIGUEIRA, 2008).

Actualmente, sabe-se que a doença coronária aumenta com o avançar da idade, quer nos homens, quer nas mulheres. Este aumento de risco está, provavelmente, relacionado com o aumento do número e severidade dos factores de risco com o avançar da idade. Ao longo da vida, a acumulação progressiva de placas ateroscleróticas nas artérias coronárias, resulta num estado mais avançado de aterosclerose nos indivíduos mais velhos. A probabilidade da ocorrência de um evento coronário agudo é directamente proporcional à extensão total da placa aterosclerótica coronária. O aumento do número de factores de risco com a idade verificado nos indivíduos de ambos os sexos vem reforçar o conceito do aumento de risco na população idosa. (FIGUEIRA, 2008).

Os indivíduos mais jovens manifestam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0.04$).

Os jovens, em geral, são mais inexperientes e com mais expectativas em relação ao futuro, e por isso ainda insatisfeitos com o meio que os rodeia, estes dados do nosso estudo, são interessantes porque vão contra esta perspectiva.

No estado civil, a maioria dos indivíduos inquiridos tem companheiro (75.9%). Estes dados corroboram um estudo em que 63.5% dos indivíduos tem companheiro e 36.5% não tem companheiro. ⁴

Ainda num estudo realizado recentemente (2010), 49,2% eram casados, 17,5% solteiros, 14,3% viúvos e 19% separados. ⁶

Os viúvos constituem o grupo mais satisfeito com os cuidados de enfermagem, não seria de esperar estes resultados, uma vez que como não têm companheiro se poderiam sentir mais sozinhos e carentes, logo mais insatisfeitos, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0.863$).

Contudo num estudo de OLIVEIRA (2006), denominado “Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais”, numa amostra de 211 utentes, os dados apontam para diferenças estatisticamente significativas no estado civil ($p=0.028$), sendo a maioria casada.

No que respeita à residência, após interpretação dos dados obtidos verificamos que a maioria dos indivíduos reside em “Aldeia” (41.1%) e em “Cidade” (37.8%) e os restantes em “Vila” (21.1%). Sendo que a maioria dos utentes do sexo masculino habitava na aldeia (44.8%) e a maioria dos utentes do sexo feminino habitava na cidade (40.6%).

⁵ OLIVEIRA, Acácia Maria Lima – Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument. Biblioteca Digital da Unicamp.[Em linha]. Campinas. (Fevereiro 2004). [Consult. 1 Junho de 2010]. Disponível em WWW: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000349484>.

⁶ DORIGAN, Gisele Hespagnol; GUIRARDELLO, Edinéis de Brito – Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.23,nº4 (2010)

Estes dados vão de encontro a um estudo nacional, em que a maioria dos utentes vive em meio rural, aldeia (55.8%), cidade (27.5%) e vila (16.7%).⁷

Existe em Portugal uma tendência actual do êxodo rural, embora já não tão acentuada como há alguns anos. As populações rurais sofrem de menos stress e de mais saúde pois podem produzir a maioria dos seus alimentos e vivem com um ar menos poluído. Por outro lado, a deslocação à cidade e serviços de saúde é mais demorada, possuem falta de meios culturais e de outras formas de lazer. Julgamos que os indivíduos que residem na cidade poderão ter um nível de literacia em saúde superior o que lhes permite ter melhor percepção dos cuidados de enfermagem, contudo no nosso estudo os indivíduos da aldeia sentem-se os mais satisfeitos, sem influência estatística significativa ($p=0.56$).

No que diz respeito às habilitações literárias, os indivíduos da amostra que apenas “Sabem ler e escrever” correspondem a 20.0%, dos quais 21,9% são mulheres e 19.0% são homens e 43.3% têm apenas a 4ª Classe.

Estes resultados vão de encontro aos dados obtidos pelo INE (2003) nos Censos de 2001 os quais confirmam que em 2001, em que 27,8% tinha apenas completado o ensino básico, sendo a taxa de analfabetismo superior nas mulheres.

No nosso estudo, os indivíduos com maior grau de escolaridade apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, sem relação estatística significativa ($p=0.827$). Existe uma prevalência entre a mortalidade por doença coronária e o nível educacional, por outro lado, os indivíduos com baixas habilitações literárias estão mal informados acerca dos factores de risco associados à doença coronária.

Não se verifica grande diferença entre as habilitações literárias entre homens e mulheres, ao contrário do que acontece no estudo nacional em que 76% dos homens tem a 4ª Classe contra 24% das mulheres, o que se pode compreender pelo facto em que naquela época a instrução primária ser mais difícil adquirir para o sexo feminino.⁷

No rendimento mensal, 52.2% dos indivíduos recebe um valor mensal “Inferior a 485€” seguido do valor mensal “entre 485 e 970€” (27.8%), sendo apenas 10.0% relativo ao valor “Entre 970 e 1455€” e mais 10% relativo a “Superior a 1455€”. Estes valores vão de encontro ao estudo 45.8% recebe menos de 500€, 30.5% recebe entre 500 a 999 €, os restantes 23.7% recebe mais de 1000€.⁸

Analisando o total da amostra, na situação profissional, podemos dizer que 30% dos indivíduos estão activos. Estes valores não corroboram outro estudo em que 39% dos indivíduos estão inactivos.⁸

⁷ FERREIRA, José António da costa; MARQUES, Belmiro Manuel Oliveira; PORTUGAL, Anabela dos Santos – Rumo à Qualidade: a Voz dos Utentes da UCIC do HSTV. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2001

Estudando quanto ao sexo, verificamos que predominam no grupo dos “Inactivos (reformados)” o sexo feminino com uma percentagem de 75%, podendo dever-se ao índice de longevidade feminino ser superior ao masculino.

Existe uma grande percentagem de indivíduos inactivos (70%) sendo superior à referida pelos Censos 2001 (INE 2003), revelando que no ano 2001, 42,6% da população Portuguesa é inactiva.

O facto da maioria dos indivíduos estudados pertencer à população inactiva, poderá ser explicado pela média de idades dos indivíduos da amostra. Em Portugal em 2001 a média de idades dos homens empregados era de 39,4 anos e das mulheres 38,5 anos (INE, 2003).

Verificamos que dos 27 indivíduos empregados da nossa amostra, 25.9% trabalha no “sector 7 - Trabalhadores qualificados da indústria”, seguido do sector 2 - Especialistas das actividades intelectuais e científicas” (22.2%). De acordo com o estudo, 12.7% são domésticas, 14.4% pertencem ao sector primário – profissões relacionadas com a agricultura e pescas, 23.7% ao sector secundário – profissões da área do comércio e prestação de serviços e 10.2 ao sector terciário – profissões da área industrial.⁸

Esta situação parece-nos normal, tendo em atenção a distribuição dos utentes segundo a idade (reforma), e o meio urbano, sendo duas cidades de características industriais/comerciais e de prestação de serviços.

Os indivíduos com rendimento mensal mais elevado e activos sentem-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, sendo classes economicamente privilegiadas têm mais acesso a informações sobre saúde assim um melhor nível de relação com os profissionais de saúde. Alguns estudos têm vindo a colocar em evidência que os profissionais de saúde apresentam mais falhas quando comunicam com pacientes com nível socioeconómico mais baixo, quebrando desta forma elos da relação. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas ($p=0.019$).

Os padrões de doença, longevidade e os estilos de vida relacionados com a saúde, variam de acordo com as classes sociais, género e escolaridade. Os indivíduos que se inserem nas classes sociais que concentram maiores recursos económicos e culturais, tendem a adoptar estilos de vida mais saudáveis e a apresentar um menor número de patologias (OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES, 2009).

Relativamente ao número de internamentos anteriores, 31.1% dos indivíduos nunca estiveram internados, 50% estiveram uma ou duas vezes internados e os restantes 18.9%

⁸ FERREIRA, José António da costa; MARQUES, Belmiro Manuel Oliveira; PORTUGAL, Anabela dos Santos – Rumo à Qualidade: a Voz dos Utentes da UCIC do HSTV. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2001

apresentam mais de dois internamentos. Noutro estudo, 60.2% dos indivíduos relataram experiência de hospitalização prévia e 39.8% sem hospitalização.⁹

Os indivíduos com história de internamento prévia apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, trata-se de utentes com mais experiência tendo um ponto de comparação como os internamentos anteriores, contudo a diferença não é estatisticamente significativa ($p=0.576$).

Quanto ao tempo de internamento actual, o valor variou entre o 1 e 8 dias com uma média de 2.88 dias, ($dp=1.34$) A moda é 2 dias, com 32 elementos (35.6%), isto quer dizer que o tempo de internamento é curto, o que está de acordo com o tipo de utentes e evolução da doença, pois numa situação normal, o utente com EAM permanece na UCIC cerca de 2/3 dias, o que corresponde à média encontrada (2.88). Estes dados não corroboram um estudo que a maioria dos indivíduos (56%) permaneceu hospitalizada por um período igual ou superior a 5 dias com uma média de 6.4 dias ($dp=4.7$), e a maioria dos utentes relatou história de hospitalização.¹⁰

Ainda noutro estudo, o tempo médio de hospitalização foi de oito dias, com um mínimo de 1 dia e máximo de 63 dias e a maioria (54%) relatou não ter experiência prévia de internamento.¹¹

A maioria das mulheres faz medicação (84.4%), o que vem confirmar resultados de estudos anteriores em que o consumo de medicação crónica é superior nas mulheres (CIMA, 2011). A prevalência de consumo de medicação no sexo feminino pode estar relacionada com o facto de as mulheres serem mais consumidoras dos serviços de saúde, suposição que já foi colocada em estudos anteriores (CIMA, 2011).

Os indivíduos que fazem medicação sentem-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, o que pode ser explicado pelo facto dos utentes com doenças crónicas e polimedicados prestarem mais atenção aos profissionais de saúde quando lhes eram fornecidas informações acerca dos medicamentos, não há diferença estatística significativa ($p=0.454$).

Em relação à história familiar com doença cardíaca, verificamos que 66.7 % não tem antecedentes familiares. Nos que responderam “sim” (33.3%), o “EAM” é a doença mais frequente em homens (66.7%) e mulheres (58.3%). O grau de parentesco mais comum é “pais” (56.7%), em ambos os sexos, homens (44.4%) e mulheres (75.0%).

⁹ OLIVEIRA, Acácia Maria Lima – Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument. Biblioteca Digital da Unicamp.[Em linha]. Campinas. (Fevereiro 2004). [Consult. 1 Junho de 2010]. Disponível em WWW: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000349484>.

¹⁰ OLIVEIRA, Acácia Maria Lima; GUIARDELLO, Edinêis de Brito – Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha]. 40(1) (2006), p. 71-77. [Consult. 10 Junho de 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>.

¹¹ DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIARDELLO, Edinêis de Brito – Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.23,nº4 (2010)

No estudo de 2008, constata-se que os descendentes em primeiro grau de pessoas com doença coronária prematura (antes dos 50 anos nos homens e dos 65 nas mulheres) têm um maior risco cardiovascular, considerando o risco tanto mais significativo quanto mais precoce é a ocorrência de enfarte do miocárdio nos familiares. Dado este factor ser inalterável, é essencial que as pessoas que o apresentam, estabeleçam precocemente aspectos preventivos nas suas vidas e façam um controlo positivo dos restantes factores de risco de doença coronária. A prevenção na doença coronária em indivíduos com antecedentes familiares baseia-se no rastreio e na intervenção ao nível dos factores de risco modificáveis.

Para a variável IMC, o valor mínimo é 15,12 kg/m² e o máximo de 34.85 kg/m², uma média de 22.11 e o desvio padrão de 3.36.

Nos indivíduos do sexo masculino o valor médio foi de 22.57 (dp=2.83) e no sexo feminino de 21.34 (dp=4.13), apresentando os homens um maior índice de massa corporal.

Além disso, verificou-se, à semelhança de outros estudos que os indivíduos com maior IMC apresentaram maior índice de doença coronária, deve dar-se especial atenção à obesidade, não só como forma de diminuir o risco de doença coronária, mas também para evitar a ocorrência simultânea de outras patologias.

Os utentes com maior IMC são os menos satisfeitos com os cuidados de enfermagem estabelecendo uma relação negativa, contudo esta variável estabelece influência significativamente estatística ($p=0.022$).

Em relação ao exercício físico, verificamos que a maioria dos indivíduos (71.1%) não pratica exercício e apenas 28.9% pratica algum tipo de exercício.

Os indivíduos que não praticam exercício físico manifestam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($p=0.203$).

Diversos estudos observacionais evidenciaram o papel da actividade física na redução do risco de doença coronária. O sedentarismo é o maior factor de risco independente para as doenças coronárias, existindo uma relação inversa entre a actividade física e os factores de risco para as doenças coronárias. Além disso, o desenvolvimento de obesidade está associado a outras patologias. A elevada prevalência de inactividade física nesta amostra constituem fortes indícios da necessidade de implementar medidas de incentivo à actividade física. Assim, se demonstra que a actividade física regular e consequente condição física, são importante para a saúde, tendo como consequência nos adultos uma reduzida incidência de doença coronária.

Nas bebidas alcoólicas, 46.7% dos indivíduos não são consumidores, sendo que 75.0% corresponde ao sexo feminino. Dos 48 indivíduos (53.3%) que ingerem bebidas alcoólicas, verificamos que 85.4% bebe vinho. Esta situação difere do estudo de 2007, em

que 74,36% da amostra referiu não ingerir bebidas alcoólicas e 28,77% relataram baixa frequência neste consumo, variando de uma a duas vezes por semana.¹²

Os indivíduos que consomem bebidas alcoólicas apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, sendo que a diferença não é estatisticamente significativa ($p=0.830$).

Há estudos que apontam uma protecção contra doença arterial coronária e o uso do álcool, porém este aspecto benéfico faz-se com o consumo de quantidades pequenas ou moderadas. Comparado com a abstenção, o consumo de até aproximadamente 30 g/dia (aproximadamente duas doses diárias de bebida alcoólica), é casualmente relacionado com 20% a 45% de redução de desenvolver doença coronária. Este consumo moderado não está relacionado a um tipo especial de bebida alcoólica, embora o vinho tinto seja visto como importante no senso comum de países como a França. (STIPP, 2007)

No que diz à aceitação/rejeição social (F1), um valor médio de 17.56 ($dp=2.70$), na auto-eficiência (F2), um valor médio de 21.33 ($dp=3.28$), na maturidade psicológica (F3), um valor médio de 13.84 ($dp=2.57$). Na impulsividade/actividade (F4), um valor médio de 10.50 ($dp=1.67$). Para o valor global (auto-conceito), um valor médio de 63.23 ($dp=7.85$). Esta tendência é confirmada no estudo onde se verifica uma média de 74,2 pontos ($dp=9,3$).¹³

Neste estudo, verificamos que os indivíduos são sobretudo auto-eficazes ($x=21.33$). O que significa que relativamente a todos os factores do auto-conceito avaliados pelo ICAC, tendem a sentir-se principalmente mais capazes de resolver problemas e dificuldades do seu quotidiano. Este resultado corrobora o que Vaz Serra (1986) encontrou acerca de a auto-eficácia ser o factor mais elevado no auto-conceito da população com mais de sessenta anos. A Auto-eficácia é o factor que possibilita que o ICAC seja um bom discriminador entre a população normal e deprimida, sendo sensível ao bom ou mau ajustamento psicológico dos indivíduos (Vaz Serra, 1992).

No nosso estudo verificamos que quanto maior o auto-conceito, pior a satisfação com os cuidados de enfermagem.

A média para a dimensão educacional é de 2.86, para o domínio confiança de 2.77 e técnico-profissional de 2.81, tendo o valor global do IPS uma média de 2.80. Esta situação não corrobora com outro estudo, em que a média resultante da pontuação para o total de itens do ISP foi 3,9 e, para as subescalas, obteve-se uma média de 4,0 para os domínios técnico-profissional e confiança e 3,7 para o domínio educacional. Os pacientes relataram

¹² STIPP, Marluci Andrade Conceição [et al.] - O Consumo do Álcool e as Doenças Cardiovasculares – Uma análise sob o olhar da enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Vol.11, nº4 (Dezembro 2007), p.581 - 585

¹³ MORAIS, Carla Maria Roberto – Avaliação do Auto-conceito no Utente submetido a Cirurgia Bariátrica. [Em linha]. Trabalho de Investigação apresentado à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação: Universidade do Porto. Porto (2010) [Consult.10 Junho 2011]. Disponível em WWW: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54452/1/138939_1050TCD50.pdf

satisfação com os cuidados de enfermagem acima da média, com ênfase para os domínios confiança e técnico-profissional.¹⁴

Outro estudo que partilha deste facto, em que todos os utentes relataram nível de satisfação acima da média, sendo que as cinco situações julgadas como maiores médias estão relacionadas com os domínios confiança e técnico-profissional.¹⁵

No domínio confiança, as perguntas com mais pontuação foi a “enfermeiro mostra-se disponível quando solicitado” e “o enfermeiro fala comigo com uma atitude de superioridade”, ressalta-se que esta pergunta tem pontuação invertida, pois é uma sentença negativa em que a maioria dos participantes optou pela categoria de resposta "discordo totalmente". Isto confirma achados precedentes da literatura de que o companheirismo, a confiança e a empatia apresentam relação com a satisfação do utente hospitalizado. Estes dados vão de encontro aos do estudo em que as três situações relacionadas ao domínio confiança que obtiveram os maiores valores foram: "O enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto", "A gente se sente à vontade para fazer perguntas ao (à) enfermeiro (a)" e "Eu estou cansado (a) do (a) enfermeiro falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior".¹⁴

Num estudo de comparação entre dois hospitais, os resultados foram semelhantes, para o Hospital A, em que as perguntas "Eu estou cansado (a) do (a) enfermeiro falar comigo como se eu fosse uma pessoa inferior", “o enfermeiro deveria ser mais amigável” e o enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto” e para o Hospital B, “o enfermeiro é uma pessoa agradável de se ter por perto” e “só de conversar com o enfermeiro já me sinto melhor” foram as mais cotadas no domínio confiança.¹⁵

Esta situação é defendida noutra estudo nacional, relativamente à confiança que os inquiridos depositam no enfermeiro, a maioria da amostra respondeu afirmativamente (89%), sendo que os elementos que confiam no enfermeiro com mais frequência são os que demonstram maiores graus de satisfação.¹⁶

O estudo “Cuidar em enfermagem – percepção dos utentes (FERREIRA, 2009), verifica-se que o âmbito relacional é o tem maior relevo, o que vai de encontro ao escrito por MENDES (2006) ...”os cuidados de enfermagem centram-se nas relações interpessoais, pelo que o relacionamento humano é a componente mais caracterizadora de qualquer quadro de cuidados de enfermagem”. De acordo com MELO (2008) a relação de ajuda é a vertente dos cuidados de enfermagem cada vez mais valorizada. No entanto, os utentes não

¹⁴ DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIARDELLO, Edinêis de Brito – Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.23,nº4 (2010)

¹⁵ OLIVEIRA, Acácia Maria Lima; GUIARDELLO, Edinêis de Brito – Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha]. 40(1) (2006), p. 71-77. [Consult. 10 Junho de 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>.

¹⁶ ABRANTES, Maria da Conceição Resende Garrido – A Satisfação dos Utentes do Centro de Saúde de Ovar face aos Cuidados de Enfermagem. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde, Porto (Fevereiro de 2009). [Consult. 10 de Julho de 2011] Disponível em WWW. <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1599>

esqueceram as competências técnico-científicas que também caracterizam a profissão de enfermagem. E, é nesta ordem de ideias que se pode afirmar que a percepção dos utentes vai de encontro ao preconizado pelo cuidar em enfermagem, um cuidar profissional, humanístico e científico.

Em relação à dimensão educacional, as médias são bem aceitáveis, isto sugere que o papel da equipe de enfermagem, em especial do enfermeiro, na provisão de informações e orientações aos pacientes assistidos é muito satisfatória. A informação é valorizada neste estudo como se pode verificar nas perguntas “é sempre fácil entender o que diz o enfermeiro” e “o enfermeiro usa linguagem a um ritmo correcto”. Estes dados corroboram outros estudos como o de ALVES (2009), a informação afecta a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Quanto melhor for a informação prestada maior é a satisfação dos utentes.

O estudo de MELO (2005), revela que os utentes que recorrem aos serviços de saúde estão frequentemente descontentes com a qualidade e a quantidade de informação que recebem dos profissionais de saúde e isso reflecte-se na sua satisfação. Parece existir uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação.

Neste presente estudo, a comunicação é um aspecto valorizado pelos utentes, como se pode verificar nas perguntas “o enfermeiro mostra-se disponível quando solicitado”, “o enfermeiro usa linguagem a um ritmo correcto” e “o enfermeiro dá bons conselhos”, em que se obteve médias altas.

Estes dados vão de encontro ao estudo de VAZ (2008) em que ao nível da comunicação enfermeiro/utente, a maioria dos inquiridos, valoriza a disponibilidade dos enfermeiros para conversar e sobretudo para ouvir o utente, a capacidade de diálogo, as informações fornecidas, quer ao nível do conteúdo, quer ao nível da compreensão da linguagem utilizada.

Assim como no estudo de DORIGAN (2010), a informação proporcionada pelos enfermeiros constitui um dos factores-chave para a satisfação quanto ao cuidado de enfermagem recebido, e também para a actuação do enfermeiro no processo de alta hospitalar, pois o aspecto educacional é imprescindível para garantir o auto-cuidado do paciente e até evitar possíveis hospitalizações decorrentes da falta de orientação.

Num estudo de SANTOS (2009) designado “Satisfação e Qualidade: A Visão dos Utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória”, no que respeita à vontade com que o pessoal satisfaz as necessidades dos utentes, estes avaliam-na como muito satisfatória, o mesmo acontece com o trabalho em equipa de todo o pessoal cuidador. Também a capacidade que o pessoal tem em fazer os utentes sentirem-se confiantes e seguros e a sensibilidade do pessoal em relação aos problemas e preocupações dos utentes são referidos como factores positivos.

A dimensão técnico-profissional teve uma média de 2.81, não se considerando a dimensão mais valorizada pelos utentes. Foi necessário clarificar frequentemente algumas questões, relacionando-as com a correcta realização das tarefas. Estes dados não vão de encontro ao estudo de ALVES (2009), em que na abordagem à competência técnica dos cuidados de enfermagem prestados foram obtidas percentagens elevadas de concordância nas respostas dadas. Parece-nos poder afirmar que neste item foram mais valorizados os aspectos práticos, funcionais e imediatos da prestação de cuidados.

Num estudo de comparação entre dois hospitais, os resultados foram semelhantes, no domínio técnico-profissional, para o Hospital A, em que as perguntas “o enfermeiro não faz correctamente o seu trabalho”, o enfermeiro é muito lento para fazer as coisas para mim” para os utentes do Hospital A, e “o enfermeiro é habilidoso ao auxiliar o médico nos procedimentos e o enfermeiro dá bons conselhos, no Hospital B. Outro aspecto importante que se pode verificar com esses resultados foi que a avaliação do paciente com relação ao cuidado recebido baseia-se não apenas nos procedimentos técnicos, mas também em situações que expressam confiança ou empatia por parte do profissional, no momento em que este promove a assistência. A valorização do cuidado expressivo pode ser avaliada de forma diferente pelas pessoas, pois depende da singularidade de cada uma. Para alguns, “ser bem cuidado” representa ser atencioso para com os outros, porém o cuidado técnico não está dissociado do cuidado expressivo.¹⁷

Com o estudo de RIBEIRO (2008), intitulado “Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico”, os utentes inquiridos reflectem uma elevada satisfação dos cuidados de enfermagem recebidos correspondendo ao nível de elevada satisfação de 75,31 %. Pelo que logicamente se pode depreender e afirmar que os utentes que participaram no nosso estudo apresentam um nível elevado de satisfação face ao cuidar pelos enfermeiros.

¹⁷ OLIVEIRA, Acácia Maria Lima; GUIRARDELLO, Edinéis de Brito – Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha]. 40(1) (2006), p. 71-77. [Consult. 10 Junho de 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>.

6 – CONCLUSÃO

A alteração do sistema de gestão hospitalar, mais orientado para a satisfação dos utentes, requer, para a boa imagem das instituições, a combinação da satisfação dos utentes e o bom desempenho dos profissionais. A satisfação, neste tipo de serviço, consiste numa componente essencialmente da percepção individual, decorrente das experiências vivenciadas por cada utente, já o desempenho dos profissionais exige uma aprendizagem continua e um empenho permanente na qualidade que frequentemente esmorece ao longo da carreira de profissional.

A satisfação dos utentes é, actualmente, crucial já que a informação está cada vez mais acessível a todos os níveis e em todos os sectores. Por outro lado, a população começa com uma atitude mais activa em relação ao seu tratamento, apresentando níveis mais elevados de exigência, com vista a atingir a excelência dos serviços de saúde.

Sem dúvida que para um utente se sentir satisfeito numa instituição de saúde, é fundamental que a mesma preste cuidados com qualidade. Esta satisfação passa por existir uma relação empática entre o utente e o profissional de saúde, nomeadamente o enfermeiro, um utente está satisfeito quando os cuidados vão de encontro às suas necessidades.

É consensual que a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos utentes, sendo a qualidade dos serviços prestados entendida pelas diferentes perspectivas e expectativas dos seus intervenientes. Pelo que se considera fundamental a opinião e avaliação dos utentes dos cuidados recebidos, pois são eles os beneficiários directos dos mesmos, o que lhes concede o direito de avaliá-los.

Reconhecemos que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem constitui um indispensável e valido indicador da qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Sendo no nosso estudo entendida como a oportunidade de conhecermos a opinião dos utentes relativamente ao nosso cuidar com a finalidade de analisarmos e reflectirmos sobre os cuidados auferidos e promovermos a melhoria das nossas praticas, valorizando para tal os aspectos que revelem a sua menor satisfação.

Os resultados deste estudo enfatizam a importância da comunicação/informação e relacionamento interpessoal, acessibilidade ao serviço e competência técnica e relacional dos enfermeiros na satisfação dos utentes com os cuidados recebidos. Podem ser usados para intervir em áreas de modo a programar soluções para os problemas encontrados de forma sistemática, dando corpo às expectativas dos utentes na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados.

No sentido de responder à questão de investigação, para determinarmos o grau de satisfação do utente cardíaco com os cuidados de enfermagem, foi imprescindível

determinar os três níveis de variação para a satisfação (pouco satisfeito, satisfeito e muito satisfeito). Assim, concluímos através dos cálculos estatísticos que os utentes apresentam-se pouco satisfeitos (37.8%), satisfeitos (28.9%) e muito satisfeitos (33.3%).

No que concerne às variáveis em estudo no nosso estudo apresentamos as seguintes considerações. Nas variáveis sociodemográficas, os indivíduos do sexo masculino encontram-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem, assim como os mais jovens, verificando-se que estes tem um influência negativa sobre os mesmos, sendo que quanto maior a idade pior se mostra a satisfação com os cuidados de enfermagem. Em relação às restantes variáveis, os viúvos, que vivem na aldeia, licenciados, com rendimento mensal superior a 970€ e com situação profissional activa apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Nas variáveis sociofamiliares, podemos verificar que os indivíduos que vivem numa família alargada apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem. No que diz respeito ao APGAR familiar, verificou-se uma relação positiva com a satisfação, sendo que quanto melhor a funcionalidade familiar melhor a satisfação com os cuidados de enfermagem. Nas variáveis clínicas, mostram-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem os indivíduos com história prévia de hospitalização, que fazem medicação e que tem outras doenças apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Os indivíduos que pertencem ao grupo “Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras” Nas variáveis estilos de vida, relativamente ao índice de massa corporal a maioria da amostra encontra-se dentro do intervalo considerado saudável. Pela análise dos resultados, concluiu-se que o IMC estabelece uma relação negativa com a satisfação, sendo que quanto maior é o seu valor pior o grau de satisfação com os cuidados de enfermagem. Os indivíduos que não fazem exercício físico e não têm hábitos tabagicos, apresentam um maior grau de satisfação com os cuidados de enfermagem, por outro lado os que consomem café e bebidas alcoólicas apresentam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Na variável psicológica, verificou-se uma relação negativa com a satisfação, sendo que quanto maior o auto-conceito pior se mostra a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Em resposta à questão de investigação inicialmente apresentada, e tendo em conta as hipóteses testadas, conclui-se neste estudo de investigação que, as variáveis que influenciam positivamente a satisfação com os cuidados de enfermagem é o APGAR familiar, enquanto que, a idade, o IMC e o auto-conceito têm uma influencia negativa sobre a variável dependente em estudo. Das variáveis testadas na análise inferencial verificou-se que, a idade e o rendimento mensal influenciam a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Em relação à satisfação com os cuidados de enfermagem, a nossa amostra sente-se mais satisfeita mais com a dimensão educacional (2.86) e técnico-profissional (2.81), e menos com a dimensão confiança (2.77).

À medida que esta investigação foi decorrendo, mais certeza se tinha acerca da pertinência da mesma. No contexto da unidade hospitalar tão específica orientada para o tratamento de portadores de doença coronária cuja finalidade é melhorar a qualidade de vida destes indivíduos, não são de admirar os resultados obtidos.

Através das traduções da satisfação dos utentes desta unidade em números e percentagens, tem-se a consciência que o percurso de trabalho deve ser mantido em muitos pontos e melhorado noutros. Para tal é essencial que todos os profissionais e responsáveis pela unidade coronária tenham conhecimento dos resultados obtidos, podendo desta forma serem tomadas as necessárias diligências.

Algumas medidas correctivas ou sugestões no sentido de melhorar a satisfação com cuidados de enfermagem nomeadamente na dimensão confiança, passam por capacitar o enfermeiro de capacidades e habilidades comunicacionais de forma a estabelecer uma relação de confiança com o utente. O enfermeiro constitui o profissional de saúde de excelência para o serviço no sentido de promover um acolhimento digno de qualidade e humanização. A preocupação de manter uma relação empática entre o utente e o enfermeiro, mostrando disponibilidade e responsabilidade, valorizando a relação de ajuda. Além disso o utente procura uma satisfação nas várias competências do cuidar holístico e humanizado: cognitivas, técnicas, relacionais, comunicações e éticas.

Assim, consideramos que os dados obtidos, a sua análise e interpretação objectiva baseada, permitiram conhecer o grau de satisfação dos utentes, através das suas opiniões dos cuidados de enfermagem, vivenciadas nos momentos do nosso cuidar. Possibilitou-nos compreender os motivos que lhes dão satisfação ou insatisfação e perceber as suas expectativas sobre a forma como gostariam de ser cuidados pelos enfermeiros da unidade coronária.

Concluída esta investigação, acreditamos que, em grande parte, os objectivos da nossa unidade curricular e estudo de investigação foram alcançados, apesar de todas as dificuldades e limitações que foram surgindo no decorrer do mesmo. Esperamos e desejamos acima de tudo, ter dado um contributo científico na área da investigação, no que diz respeito à satisfação com os cuidados de enfermagem e que os resultados do nosso estudo possam servir de suporte a futuras linhas de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, Maria da Conceição Resende Garrido – **A Satisfação dos Utentes do Centro de Saúde de Ovar face aos Cuidados de Enfermagem**. [Em linha]. Universidade Fernando Pessoa: Faculdade de Ciências da Saúde, Porto (Fevereiro de 2009). [Consult. 10 de Julho de 2011] Disponível em WWW. <https://bdigital.ufp.pt/dspace/handle/10284/1599>
- ACADEMIA DE CIÊNCIAS DE LISBOA, Porto Editora, 2001
- AGUIAR, Daniele Fernandes de. [et al.] – **Gerenciamento de Enfermagem: Situações que Facilitam ou Dificultam o Cuidado na Unidade Coronariana**. [S.l.]. Vol.10, nº2 (Agosto 2010), p.115-131
- ALMINHAS, S. M. P. - Cuidar na pessoa no serviço de urgência. Sinais Vitais, Vol.75, 2007, p.57-60
- ALVES, Maria de Jesus Pinheiro – **O Serviço de Atendimento Permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência em Enfermagem**. [Em linha]. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Porto: Universidade do Porto. Porto (2009) [Consult. 22 de Julho de 2011] Disponível em WWW: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7148>
- BALDUINO, Anice de Fátima Ahmada; MANTOVANI, Maria de Fátima; LACERDA, Maria Ribeiro – O Processo de Cuidar de Enfermagem ao Portador de Doença Crónica Cardíaca. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Vol.13, nº2 (Abril-Junho 2009), p.342-351
- CAVALCANTI, A.C.D.; COELHO, M.J. – A Linguagem como Ferramenta do Cuidado do Enfermeiro em Cirurgia Cardíaca. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Vol.11, nº2 (Junho 2007), p.220-226
- CESARIANO, Cláudia B. [et al.] – Percepções dos Pacientes em Relação à Unidade Terapia Intensiva. Arquivo de Ciências da Saúde. [S.l.]. Vol.12, nº3 (2006), p.158-161
- CHALIFOUR, Jacques – **A Intervenção Terapêutica: os Fundamentos Existencial-humanistas da Relação de Ajuda**. Loures: Lusociência, 2008
- CIMA, CIF [et al]. **Consumo de medicação crónica. Avaliação da prevalência no norte de Portugal**. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol.27, (2011), p. 7-20.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Interamericana, 1999
- CONSELHO PORTUGUÊS DE RESSUSCITAÇÃO – **Guidelines. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010. Conselho Português de Ressuscitação**. [Em linha]. (2010) 37-41 [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW: http://www.cpressuscitacao.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=27844

- CURSO DE EVIDÊNCIA NA EMERGÊNCIA – **Manual de Procedimentos 2009**. 2ª edição, Porto, Reanima, (Março de 2009), p. 161-164.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA, Porto Editora: 2005
- DORIGAN, Gisele Hespanhol; GUIARDELLO, Edinêis de Brito – Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo. ISSN 0103-2100. Vol.23,nº4 (2010)
- DUARTE, João Carvalho – **Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência**. [Em linha]. ICBAS, 7 de Fevereiro de 2011 [Consult. 30 Mai. 2011] Disponível em WWW:<URL:<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/19371>>.
- FERNANDES, Isabel M. Ribeiro – Factores que Influenciam a Percepção dos Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº15 (Fevereiro 2007), p.3-13.
- FERNANDES, Isabel Maria Ribeiro; SECO, Regina Sofia Simões; QUEIRÓS, Paulo Joaquim Pina – Os Comportamentos de Cuidar dos Enfermeiros na Perspectiva dos Utentes. Revista Investigação em Enfermagem. Coimbra. ISSN 0874-7695. Nº 19 (Fevereiro 2009), p. 39-52.
- FERREIRA, José António da costa; MARQUES, Belmiro Manuel Oliveira; PORTUGAL, Anabela dos Santos – **Rumo à Qualidade: a Voz dos Utentes da UCIC do HSTV**. Viseu: Escola Superior de Enfermagem de Viseu, 2001
- FERREIRA, Mónica Alexandra Gonçalves – Cuidar em enfermagem: Percepção dos utentes. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN 1646-0480. Vol.6 (2009), p.358-366.
- FIGUEIRA, Wiliam Pestana - **Factores de Risco prevalentes em Utentes com Doença Coronária**. [Em linha]. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Porto (2008). [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54416>
- FORTIN, Marie-Fabienne - **Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação**. Col. José Côté ; Françoise Filion. Loures: Lusociência, ISBN 978-989-8075-18-5. D.L. 2009
- GOMES Maria do Céu; RIBEIRO, J. – Relação entre o auto-conceito e bem-estar subjectivo em utentes cardíacos do sexo masculino sujeitos a cirurgia de bypass aorto-coronário. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Psicologia, Saúde e Doenças. Porto. Vol. 2, nº1 (2001), p.25-45
- GOMES, Bárbara Pereira; MENDES, Maria Arminda – **A Interface entre a Qualidade em Saúde e a Satisfação do Utente**. Servir. Lisboa. ISSN 0871-2379. Vol.56, nº1 (Janeiro/Fevereiro 2008), p.6-14.
- GOMES, Cristina Filipa Pinheiro – Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente. [Em linha]. Monografia para obtenção de grau de

- Licenciatura em Enfermagem apresentado à Universidade Fernando Pessoa. Ponte de Lima (2008) [Consult. 1 de Julho 2011] Disponível em WWW: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1084/3/CristinaGomes.pdf>
- Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. **24**: 21-35
- IEFP - **Classificação Nacional de Profissões – CNP**. IEFP, [Em linha], (s/d). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em <http://www.iefp.pt/IEFP/Paginas/Home.aspx>
- INABA, Lucinda Cintra; SILVA, Maria Júlia Paes; TELLES, Sandra Cristina Ribeiro – Paciente Crítico e Comunicação: visão de familiares sobre sua adequação pela equipe de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Em linha]. 39 (4) (2005), p. 423-429. [Consult. 10 Junho de 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n4/07.pdf>.
- INE - **4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006**. Base de dados INE. [Em linha]. (2007). [Consult. 5 Novembro 2011]. Disponível em www.spdc.pt/files/4_inquerito_nacional_saude.pdf
- INE – **Conceitos – Mercado de trabalho**. Base de dados INE [Em linha]. (2002b). [Consult. 29 Setembro 2011]. Disponível em http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detalhe.aspx?cnc_cod=3197&cnc_ini=22-02-2002
- INE. Sobre a pobreza, desigualdades e a privação material em Portugal. Base de dados INE. [Em linha]. (2010b). [Consult. 7 Novembro 2011]. Disponível em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes
- INSTITUTO POLITECNICO DE VISEU. Escola Superior de Saúde de Viseu. Comissão Científica C - **Guia orientador de trabalhos escritos** [Texto policopiado] : [versão 2009]. Viseu: Escola Superior de Saúde de Viseu, 2009. 59 p.
- MAROSTI, Carina Aparecida; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti – Avaliação dos Pacientes sobre os Estressores em uma Unidade Coronariana. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo. Vol.19, nº2 (2006), p.190-195
- MELO M.L. - **Comunicação com o utente: certezas e incógnitas**, 1ªed. Loures: Lusociência, 2005
- MENDES, João Manuel Galhanas – A Relação de Ajuda: um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar*. [S.l.]. Nº 36 (Janeiro-Junho, 2006), p.71-77
- MORAIS, Carla Maria Roberto – **Avaliação do Auto-conceito no Utente submetido a Cirurgia Bariátrica**. [Em linha]. Trabalho de Investigação apresentado à Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação: Universidade do Porto. Porto (2010) [Consult. 10 Junho 2011]. Disponível em WWW: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54452/1/138939_1050TCD50.pdf

- NASCIMENTO, Keyla Cristiane do, [et al.] – **Sistematização da Assistência de Enfermagem: Vislumbrando um Cuidado Interactivo, Complementar e Multiprofissional.** Revista da escola de enfermagem da USP. [S.l.]. Vol.42, nº4 (2008), p.643-648
- NUNES, Emília - **Consumo de tabaco. Efeitos na saúde.** Revista Portuguesa Clinica Geral. Nº2, (Março- Abril, 2006), p. 225-244.
- NUNES, Lucília - **Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem.** II Congresso da ordem dos Enfermeiros, Maio (2006)
- OBSERVATÓRIO DAS DESIGUALDADES. ANTUNES, Ricardo - **Classes sociais e a desigualdade na saúde. Observatório das Desigualdades.** [Em linha]. 2009. [Consult. 2 Novembro 2011]. Disponível em <http://observatorio-das-desigualdades.cies.iscte.pt/index.jsp?page=projects&id=88>
- OLIVEIRA, Acácia Maria Lima – **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument.** Biblioteca Digital da Unicamp.[Em linha]. Campinas. (Fevereiro 2004). [Consult. 1 Junho de 2010]. Disponível em WWW: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000349484>.
- OLIVEIRA, Acácia Maria Lima; GUIRARDELLO, Edinêis de Brito – **Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais.** Rev Esc Enferm USP [Em linha]. 40(1) (2006), p.71-77. [Consult. 10 Junho de 2011]. Disponível em WWW: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a09v40n1.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa, nº16, 2005
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Intervención breve para el Consumo de Riesgo y Perjudicial de Alcohol.** OMS [Em linha]. (2005). [Consult. 28 Outubro 2011]. Disponível em WWW: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/BImanualSpanish.pdf
- PESTANA, Maria Helena ; GAGEIRO, João Nunes – **Análise de dados para Ciências Sociais : a complementariedade do SPSS.** Lisboa : Edições Sílabo, 4ª ed. 2005. ISBN 972-618-391-X.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação.** Loures. Lusociência, 2005
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde. MELLO, Maria Lucília Mercês; -BARRIAS, José; BRENDA, João – **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal.** Lisboa. Ministério da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0.
- RIBEIRO, Norberto Maciel – **Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico.** [Em linha]. Universidade Atlântica. Funchal (2008). [Consult. 1 Setembro 2011]. Disponível em WWW: <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>

- ROCHA, K.P.W.F. – A Educação em Saúde no Ambiente Hospitalar. Nursing. Vol.108, nº9 (Maio 2007), p.216-221
- SANTOS, Gisela Marta Monteiro dos – **Satisfação e Qualidade: a Visão dos utentes de uma Unidade de Reabilitação Respiratória**. [Em linha]. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Vila Real (2009). [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em WWW: http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/412/1/msc_gmmsantos.pdf
- SARAIVA, Dora Maria R.F. – Reflectir o Cuidar de Enfermagem. Nursing, nº230 (Fevereiro, 2008), p.14-20
- SERRA, Adriano Vaz – O Inventário Clínico do Auto-Conceito. Psiquiatria Clínica, Vol.7, nº2 (1986), p.67-84
- SEVERO, Githânia C.; PERCINI, Nara M.O. – Estar internado em unidade de terapia intensiva: percepção de pacientes. Scientia Medica [Em linha]. V.15, nº1 (Janeiro/Março 2005). [Consult. 10 Junho 2011]. Disponível em WWW: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/1539/1142>.
- SILVA, Ana Gracinda Ignácio – Satisfação do Usuário: desvendando as representações sociais sobre a qualidade da assistência em enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro. Vol.6, nº3 (Dezembro, 2002), p.411-423
- SILVA, C. [et al.] – Satisfação dos Utesntes face ao Serviço de Imagiologia do Hospital de S. Pedro de Vila Real. Encontro de Investigação, I. Da Divulgação à Consolidação do Conhecimento – Vila Real: Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, p.7-16
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. PIEGAS, LS [et al] – **Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia sobre Tratamento do Infarto Agudo do Miocárdio com Supradesnível do Segmento ST**. Arq Bras Cardiol. Nº 93 (6-supl.2), (2009), p. 179-264
- SOUSA, Valmi D.; DRIESSNACK, Martha; MENDES, Isabel Amélia Costa - Revisão dos Desenhos de Pesquisa Relevantes para a Enfermagem : Parte 1 : desenhos de pesquisa quantitativa. [Em linha]. Revista Latino-americana Enfermagem Vol.15, nº3, (Maio-Junho 2007). [Consult. 16 Outubro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a22.pdf>.
- STIPP, Marlucci Andrade Conceição [et al.] - O Consumo do Álcool e as Doenças Cardiovasculares – Uma análise sob o olhar da enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Vol.11, nº4 (Dezembro 2007), p.581 - 585
- VAZ, Célia Rodrigues de Oliveira Tavares – **Satisfação dos utentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência**. [Em linha]. Universidade Aberta. Lisboa (2008). [Consult. 10 Julho 2011]. Disponível em WWW: <http://repositorioaberto.univ-ab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>

-WALDOW, V.R. – **Cuidar Expressão Humanizadora da Enfermagem**. Petrópolis: Rio de Janeiro: Vozes, 2006, p. 57-60

ANEXOS
e
APÊNDICES

Anexo I
Inventário Clínico de Auto conceito
(Vaz Serra, 1985)

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	1	2	3	4	5
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	1	2	3	4	5
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	5	4	3	2	1
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	1	2	3	4	5
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para realizar	1	2	3	4	5
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	1	2	3	4	5
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	1	2	3	4	5
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	1	2	3	4	5
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	1	2	3	4	5
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	1	2	3	4	5
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	1	2	3	4	5
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	5	4	3	2	1
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	1	2	3	4	5
14. Considero-me competente naquilo que faço	1	2	3	4	5
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	1	2	3	4	5
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir na vida com um razoável bem-estar	1	2	3	4	5
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	1	2	3	4	5
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	5	4	3	2	1
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	1	2	3	4	5
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	1	2	3	4	5

O Inventário Clínico de Auto conceito foi concebido por Vaz Serra (1985), constituído por 20 itens que procuram registar dados significativos relacionados com o auto-conceito social e emocional.

É uma escala de auto-avaliação de tipo Likert de 1 a 5 pontos.

Algumas questões, porém, são elaboradas de forma negativa sendo neste caso as pontuações invertidas. Quanto mais alto o somatório das questões melhor é o auto conceito do indivíduo.

As pontuações podem variar de 20 a 100, sendo os valores médios para a população em geral de 72,208 (dp = 8,143) para os homens e de 72,069 (dp = 7,836) para as mulheres.

Esta escala mostrou ter uma boa fiabilidade. O seu autor obteve um coeficiente de Spearman-Brown de 0,791 para uma amostra de 920 indivíduos, e uma correlação teste-reteste de 0,838, para um intervalo de 4 semanas.

Vaz Serra (1986, p. 81), através da análise factorial, com rotação ortogonal de tipo *varimax*, revelou a existência de seis factores com raízes latentes superiores a 1, que explicam 53,42% da variância:

- Factor 1 – “*aceitação / rejeição social*”, contribui para 20,12% da variância total. Corresponde aos itens 1, 4, 9, 16, 17;
- Factor 2 - Itens 3, 5, 8, 11, 18, 20 está relacionado com “*auto eficácia*” e explica 9,01 % da variância total;
- Factor 3 - Itens 2, 6, 7, 13 representa a “*maturidade psicológica*” e explica 6,97% da variância total;
- Factor 4 -Itens 10, 15, 19 está relacionado com a “*impulsividade actividade*” e representa 6,25% da variância total.

O autor apenas considerou no tratamento estatístico da escala os factores 1, 2, 3 e 4, visto que o 5 e 6 apresentam características mistas, sem qualquer denominação específica (VAZ SERRA, 1989, p.78).

Anexo II
Questionário de Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP)
(Oliveira, 2004)

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

O Questionário de Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) ou Escala de Satisfação do Doente com os Cuidados de Enfermagem, inicialmente desenvolvido por HINSHAW e ATWOOD (1982).

É constituído por 25 perguntas agrupadas em 3 domínios: a confiança, que conte 11 perguntas que avaliam as características do enfermeiro e permitem uma interacção construtiva e confortável com o doente e os aspectos da comunicação. A educação, constituída por 7 perguntas que se referem à habilidade do enfermeiro em fornecer informações ao doente, incluindo respostas do enfermeiro às questões/duvidas do doente e suas explicações sobre os cuidados/procedimentos. A área técnico-profissional, com 7 perguntas que avaliam a competência do enfermeiro para o desempenho de actividades técnicas e o conhecimento baseado nas necessidades para completar os cuidados de enfermagem.

Instruções para pontuação das escalas e subescalas:

1 – Atribuir a cada item uma pontuação, considerando os itens positivos (3,4,6,7,9,12,14,15,16,17,21,23,24 e 25) e os negativos (1, 2,5,8,10,11,13,18,19,20 e 22). Os itens positivos devem ter a pontuação invertida, ao contrário dos itens negativos, que mantém a pontuação no sentido original da escala. Para os itens negativos a resposta “Concordo Totalmente” valerá 1 ponto, a resposta “Concordo” valerá 2 pontos, e assim sucessivamente, até “Discordo Totalmente” que valerá 5 pontos. Já para os itens positivos, à resposta “Concordo Totalmente” deverá ser atribuído 5 pontos até à resposta “Discordo Totalmente com 1 ponto.

2 – Calcular as pontuações:

a) Subescalas

1. Somar as pontuações de cada itens nas sub-escalas:

- Educacional – sete itens,
- Confiança – onze itens
- Área técnico-profissional – sete itens

2. Calcular a média das pontuações para cada subescala (dividir a soma das pontuações obtidas de cada subescala pelo numero de itens dessa subescala).

b) Total das escalas

2 - Pontuação ponderada

- Equivale à soma das pontuações de todos os itens da escala dividida pelo número total de itens, ou seja, 25 itens.

Anexo III



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº:	Data:
Processo:		Processo:	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o/a estudante do 1º ano 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, a desenvolver um trabalho subordinado ao tema "Satisfação da pessoa com doença cardíaca com os cuidados de Enfermagem na UCIC".

O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Estudar o impacto do internamento em cuidados intensivos coronários, na perspectiva do doente;
- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes, durante o internamento em cuidados intensivos coronários.
- Identificar a satisfação/percepção dos cuidados de enfermagem.

Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações. Na recolha de dados será utilizado um instrumento de colheita de dados com várias escalas, que serão preenchidos pelos doentes com a ajuda de um entrevistador.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o seguinte período: mês de Fevereiro e Março do ano 2011.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente

Prof. Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343



Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital de São Teotónio de Viseu

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício n.º:	Data:	Ofício n.º:	Data:
Processo:		Processo:	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular Relatório Final, está a Escola Superior de Saúde de Viseu e o/a estudante do 1º ano 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica, a desenvolver um trabalho subordinado ao tema "Satisfação da pessoa com doença cardíaca com os cuidados de Enfermagem na UCIC".

O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivos:

- Estudar o impacto do internamento em cuidados intensivos coronários, na perspectiva do doente;
- Contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos que promovam intervenções orientadas para o bem-estar e necessidades dos doentes, durante o internamento em cuidados intensivos coronários.
- Identificar a satisfação/percepção dos cuidados de enfermagem.

Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações. Na recolha de dados será utilizado um instrumento de colheita de dados com várias escalas, que serão preenchidos pelos doentes com a ajuda de um entrevistador.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante o seguinte período: mês de Fevereiro e Março do ano 2011.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Colheita de Dados.

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

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente

Prof. Doutor João Carvalho Duarte
(Prof. Coordenador)

Anexo IV

Página Mensagem de Impressão do Windows Live Hotmaile

1 de 1

FW: Pedido de Autorização de Escala

De: **melania silva** (melaniacorreia@hotmail.com)
Enviada: quinta-feira, 14 de Abril de 2011 22:47:36
Para: edineis guirarillo (guirar@fcm.unicamp.br)
1 anexo
TESE.pdf (4,7 MB)

Boa Noite!

Sou Melânia Correia Silva, aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. No âmbito do trabalho de investigação, sob a orientação do Prof. António Madureira, gostaria de estudar a Satisfação do Doente com Insuficiência Cardíaca acerca dos Cuidados de Enfermagem, no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Segundo a pesquisa efectuada, encontrei um estudo realizado na vossa faculdade sob a orientação da Profª. Dra. Edinêis de Brito Guirardello, onde Acácia Maria Lima Oliveira valida a escala de Satisfação para a língua portuguesa numa tese intitulada "Satisfação do Doente com os Cuidados de Enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument".

Gostaria de pedir autorização para o uso dessa escala.

Espero poder contar com a sua ajuda e agradeço desde já a sua disponibilidade!

Atenciosamente,

Melânia Correia Silva
Tlm: 966294592

Morada: Rua da Pereira, nº61, 3º Andar

5100-157 Lamego

PORTUGAL

Pedido de Autorização de Escala

De: **melania silva** (melaniacorreia@hotmail.com)

Enviada: quinta-feira, 21 de Abril de 2011 10:34:48

Para: adriano.vazserra@gmail.com

Bom dia!

Sou Melânia Correia Silva, aluna da Escola Superior de Saúde de Viseu, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. No âmbito do trabalho de investigação, sob a orientação do Prof. António Madureira, gostaria de estudar a **Satisfação do Doente Cardíaco acerca dos Cuidados de Enfermagem e o Auto-Conceito**, no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Cuidados Intensivos Coronários.

Estava interessada em usar o Inventário Clínico de Auto-Conceito. Para isso, venho por este meio pedir autorização para o uso dessa escala.

Espero poder contar com a sua ajuda e agradeço desde já a sua disponibilidade!


Atenciosamente,

Melânia Correia Silva
Tlm: 966294592

Morada: Rua da Pereira, nº61, 3º Andar

5100-157 Lamego

Anexo V

 Centro Hospitalar do
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Escola Superior de Saúde de Viseu
14.7.2011
70 718

Prof. A. Herculano

Exm^{as}/Ex^{mo}s Senhores,
Prof. Dr. Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº 102
3500-843 Viseu

ASSUNTO: Pedido de colheita de dados para desenvolvimento de um estudo

Após parecer emitido pela Comissão Ética em 08/06/2011, o Conselho de Administração em 28/06/2011, decidiu autorizar o pedido da Escola Superior de Saúde de Viseu para a aluna Melânia Cristina Correia Silva efectuar um estudo de investigação sobre o tema - "Satisfação do Doente cardiaco com os cuidados de enfermagem".

Com os melhores cumprimentos,

Vila Real, 5 de Julho de 2011

Dr. Carlos Pereira

14.07.2011

A

O Presidente do
Conselho de Administração

Carlos Vaz

Carlos Vaz

/HV

Ata como docente de Cardiologia e chefe de serviço e chefe Coordenador de Cardiologia para implementação.



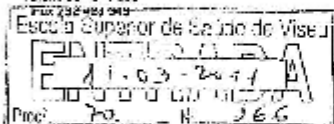
Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

1/03/11 Prof. Madureira

Rua D. João Calábazas Gomes de Almeida, nº102

3700-040 VISEU
Tel: 232 419 100
Telex: 30 011 000



Exmo. Senhor
Presidente do Conselho de Administração
Hospital São Tórnio, EPE
Av. do Rei D. Duarte
3504-509 VISEU

*Autorizado
Inform. de se.
11/03/11*

*Recebido
11/03/2011
Prof. António Madureira Dias*

NOSSA REFERÊNCIA

Data:

NOSSA REITERÊNCIA

Ofício nº 226 Data: 24/02/2011
Processo nº 70

OBJETO: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR A COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular do Relatório Final está a Escola Superior de Saúde de Viseu e um grupo de estudantes do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a desenvolver um trabalho subordinado ao tema "Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem". Trata-se de um estudo de enorme relevância para o levantamento das reais necessidades de saúde dos referidos doentes. O estudo segue uma vertente descritiva e exploratória e tem como objectivo: Caracterizar a Satisfação do Doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem.

A população alvo do estudo é constituída por doentes internados na UCC/Cardiologia. Será pedida a colaboração aos doentes a incluir no estudo, após a apresentação da finalidade do mesmo, e, garantida a confidencialidade e anonimato das declarações, serão aplicados pelos estudantes do referido curso. Em anexo, enviamos um exemplar do instrumento de Colheita de Dados.

Neste contexto, somos a solicitar a V. Ex.ª que se digne autorizar a realização da colheita de dados/informação, durante os meses de Fevereiro e Março de 2011.

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

Agradecemos uma resposta o mais brevemente possível por forma a cumprir os prazos académicos dos estudantes.

Sem mais assunto de momento e muito gratos pela disponibilidade e atenção dispensada, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

O Presidente do CESSV,

Prof. Doutor José António Duarte
(Prof. Responsável)

Hospital de São Tórnio - Viseu
Secretaria de Administração
Encaminhado nº 468
Data: 01/03/2011
Assinatura: 03/03/2011
Assinatura: 11/03/2011

ANEXO

Anexo VI

Re: FW: Pedido de Autorização de Escala

De: **guirar@fcm.unicamp.br**
Enviada: sexta-feira, 15 de Abril de 2011 01:16:59
Para: melania silva (melaniacorreia@hotmail.com)

Prezada Melânia,
Informo que poderá utilizar a escala em sua pesquisa e, gostaríamos de obter informações sobre o resultado do estudo.

Atenciosamente,

Profa Dra Edinéis de Brito Guirardello
Departamento de Enfermagem/ FCM-Unicamp

>
>
>
>
>

> Boa Noite!

>

> Sou Melânia Correia Silva, aluna da Escola Superior de Saúde de
> Viseu, a frequentar o Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. No
> âmbito do trabalho de investigação, sob a orientação do Prof.
> António Madureira, gostaria de estudar a Satisfação do Doente com
> Insuficiência Cardíaca acerca dos Cuidados de Enfermagem, no Centro
> Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro - Unidade de Cuidados
> Intensivos Coronários.
> Segundo a pesquisa efectuada, encontrei um estudo realizado na vossa
> faculdade sob a orientação da Prof^a. Dra. Edinéis de Brito
> Guirardello, onde Acácia Maria Lima Oliveira valida a escala de
> Satisfação para a língua portuguesa numa tese intitulada "Satisfação
> do Doente com os Cuidados de Enfermagem: adaptação cultural e
> validação do Patient Satisfaction Instrument".

>

> Gostaria de pedir autorização para o uso dessa escala.

>

> Espero poder contar com a sua ajuda e agradeço desde já a sua
> disponibilidade!

>

> Atenciosamente,

>

>

> Melânia Correia Silva
> Tlm: 966294592
> Morada: Rua da Pereira, nº61, 3º Andar
> 5100-157 Lamego
> PORTUGAL

>

>

Re: Pedido de Autorização de Escala

De: **Adriano Vaz-Serra** (adriano.vazserra@gmail.com)

Enviada: quinta-feira, 21 de Abril de 2011 12:39:27

Para: melania silva (melaniacorreia@hotmail.com)

3 anexos

Inventário de Auto Conceito.doc (64,0 KB) , Cotação das questões do ICAC.doc (83,0 KB) ,
Explicação do ICAC.DOC (52,5 KB)

Melânia,

Tenho todo o gosto em que utilize o "Inventário Clínico de Auto-Conceito", criado por mim.

Junto envio em anexo o ICAC, a cotação das respectivas questões e um texto explicativo sobre o mesmo.

Com os votos de uma PÁSCOA FELIZ, desejando os melhores êxitos para o seu trabalho, aceite as melhores saudações de
Adriano Vaz Serra

Apêndice I - Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao sexo

Sexo	Idade	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ erro	Kw/ Erro
Masculino		58	20	88	63.02	16.24	25,77	-2.00	-0.26
Feminino		32	28	86	66.25	14.99	22.63	-1,611	-0.03
Valor Global		90	20	88	64.17	15.80	24.62	2.54	-0.26

Quadro 2 - Caracterização das Variáveis Sociodemográficas

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Estado Civil						
“Solteiro”	5	8,6	3	9,4	8	8,9
“Casado”	44	75,9	16	50,0	60	66,7
“Divorciado”	4	6,9	3	9,4	7	7,8
“Viúvo”	5	8,6	10	31,3	15	16,7
Residência						
“Aldeia”	26	44,8	11	34,4	37	41,1
“Vila”	11	19,0	8	25,0	19	21,1
“Cidade”	21	36,2	13	40,6	34	37,8
Habilitações Literárias						
“Sabe ler e escrever”	11	19,0	7	21,9	18	20,0
“4ºAno”	25	43,1	14	43,8	39	43,3
“9ºAno”	10	17,2	3	9,4	13	14,4
“12ºAno”	6	10,3	3	9,4	9	10,0
“Bacharelato”	2	3,4	3	9,4	5	5,6
“Licenciatura”	4	6,9	2	6,3	6	6,7
Rendimento Mensal						
“Inferior a 485 euros”	32	55,2	15	46,9	47	52,2
“Entre 485 e 970 euros”	13	22,4	12	37,5	25	27,8
“Entre 970 e 1455 euros”	9	15,5	0	0,0	9	10,0
“Superior a 1455 euros”	4	6,9	5	15,6	9	10,0
Situação Profissional						
“Activo”	19	32,8	8	2,5	27	30
“Inactivo”	39	67,2	24	75	63	70
Activo...Profissão						
“1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos”	1	5,3	0	0,0	1	3,7
“2 - Especialistas das actividades intelectuais e científicas”	3	15,8	3	37,5	6	22,2
“4 - Pessoal Administrativo”	0	0,0	2	25,0	2	7,4
“5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança”	2	10,5	0	0,0	2	7,4
“6 – Agricultores e trabalhadores qualificados”	3	15,8	1	12,5	4	14,8
“7 – Trabalhadores qualificados da indústria”	5	26,3	2	25,0	7	25,9
“8 – Operadores de instalações e máquinas”	3	15,8	0	0,0	3	11,1
“9 – Trabalhadores não qualificados”	2	10,5	0	0,0	2	7,4

Apêndice II – Caracterização Sociofamiliar da Amostra

Quadro 1 - Caracterização das Variáveis Sociofamiliares

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Com quem vive						
“Sozinho (a)”	8	13,8	7	21,9	15	16,7
“Cônjuge”	27	46,6	13	40,6	40	44,4
“Família Restrita”	20	34,5	11	34,4	31	34,4
“Família Alargada”	3	5,2	1	3,1	4	4,4
Apgar Familiar						
“Família de Disfunção Acentuada”	6	10,3	0	0,0	6	6,7
“Família Moderadamente Funcional”	4	6,9	2	6,3	6	6,7
“Família Altamente Funcional”	48	82,8	30	93,8	78	86,7

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao Apgar Familiar em função do sexo

Sexo	Apgar Familiar	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Masculino		58	1	3	2.72	0.64	23.53	-6.73	4.90
Feminino		32	2	3	2.94	0.25	8.50	-9.17	16.35
Valor Global		90	28	88	2.80	0.54	19.45	-10.48	11.64

Apêndice III - Caracterização Clínica da Amostra

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao número de internamentos em função do sexo

Nº de Internamentos Anteriores	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Sexo								
Masculino	41	1	5	1.93	1.03	53.58	3.12	1.27
Feminino	21	1	10	2.76	2.23	80.94	3.69	4.50
Valor Global	62	1	10	2.21	1.58	71.50	7.81	14.32

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento anterior em função do sexo

Tempo de Internamento Anterior	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ Error
Sexo								
Masculino	41	1	90	11.27	14.85	131.80	10.84	27.58
Feminino	21	1	90	8.24	6.51	79.02	3.92	5.57
Valor Global	62	1	90	10.24	12.68	123.76	14.52	42.88

Quadro 3 – Estatísticas relativas ao tempo de internamento actual em função do sexo

Tempo de Internamento Actual	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ Error	Kw/ error
Sexo								
Masculino	58	1	8	2.83	1,33	46.86	4.91	5.69
Feminino	32	1	8	2.97	1.38	46.43	3.57	5.54
Valor Global	90	1	8	2.88	1.34	46.54	5.87	7.10

Quadro 4 – Caracterização das Variáveis Clínicas

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Diagnóstico						
“Angina Instavel”	6	10.3	3	9.4	9	10.0
“BAV”	2	3.4	4	12.5	6	6.7
“Bradycardia”	2	3.4	0	0.0	2	2.2
“Choque Cardiogénico”	0	0.0	1	3.1	1	1.1
“EAM”	34	58.6	16	50.0	50	55.6
“EAP”	0	0.0	1	3.1	1	1.1
“Estenose Mitral”	0	0.0	1	3.1	1	1.1
“FA”	2	3.4	1	3.1	1	1.1
“ICC”	1	1.7	0	0.0	1	1.1
“Pericardite”	4	6.9	1	3.1	5	5.6
“SCA”	4	6.9	1	3.1	5	5.6
“Taquicardia”	2	3.4	1	3.1	3	3.3
“TEP”	0	0.0	2	6.3	2	2.2
“WPW”	1	1.7	0	0.0	1	1.1
Internamentos Anteriores						
“Não”	17	29.3	11	34.4	28	31.1
“Sim”	41	70.7	21	65.6	62	68.9
Serviço de Internamentos Anteriores						
“UCIC”	11	26.8	0	0.0	11	17.7
“Outros Serviços”	30	73.2	21	100	51	82.3
Medicação Habitual						
“Não”	12	20.7	5	15.6	17	18.9
“Sim”	46	79.3	27	84.4	73	81.1
Número de grupos farmacológicos						
“Um grupo farmacológico”	37	80.4	17	63.0	54	74.0
“Dois grupos farmacológicos”	7	15.2	9	33.3	16	21.9
“Três grupos farmacológicos”	2	4.3	1	3.7	3	4.1
Sofre de outras doenças						
“Não”	23	25.0	8	25.0	31	34.4
“Sim”	35	60.3	24	75.0	59	65.6
Qual?						
“Uma doença”	23	65.7	15	62.5	38	64.4
“Duas doenças”	8	22.9	8	33.3	16	27.1
“Três doenças”	2	5.7	1	4.2	3	5.1
“Quatro doenças”	2	5.7	0	0.0	2	3.4
Familiar com doença cardíaca						
Não	40	69.0	20	62.5	60	66.7
Sim	18	31.0	12	37.5	30	33.3
Qual?						
EAM	12	66.7	7	58.3	19	63.3
ICC	6	33.3	3	25.0	9	30.0
Angina	0	0.0	1	8.3	1	3.3
HTA	0	0.0	1	8.3	1	3.3
Grau de parentesco						
“Pais”	8	44.4	9	75.0	17	56.7
“Irmão”	6	33.3	3	25.0	9	30.0
“Tios”	2	11.1	0	0.0	2	6.7
“Filho”	2	11.1	0	0.0	2	6.7
Limitação Física						
“Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras”	29	50.0	14	43.8	43	47.8
“Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)”	25	43.1	12	37.5	37	41.1
“Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente no repouso”	3	5.2	6	18.8	9	10.0
“Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso”	1	1.7	0	0.0	1	1.1

Apêndice IV – Caracterização os Estilos de Vida da Amostra

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao IMC em função do sexo

Sexo	IMC	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Masculino		58	17.03	29.76	22.57	2.83	12.54	1.81	0,14
Feminino		32	15.12	34.85	21.34	4.13	19.37	3.14	3.25
Valor Global		90	15.12	34.85	22.11	3.36	15.20	3.26	3.06

Quadro 2 – Estatísticas relativas ao perímetro abdominal em função do sexo

Sexo	Perímetro abdominal	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ Error	Kw/ error
Masculino		58	75	148	99.03	12.48	12.60	3.29	4.92
Feminino		32	72	140	96.19	15.47	16.08	3.22	1.65
Valor Global		90	72	148	98.04	13.58	13.80	3.73	3.87

Quadro 3 – Estatísticas relativas ao nº de cigarros/dia em função do sexo

Sexo	Nº cigarros/dia	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Masculino		17	1	50	13.18	12.32	93.47	3.90	4.40
Feminino		2	10	20	15.00	7.07	47.14	0.00	0.00
Valor Global		19	1	50	13.37	11.75	87.88	4.05	4.78

Quadro 4 – Estatísticas relativas ao número de cafés/dia em função do sexo

Sexo	Nº Cafés/dia	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Masculino		34	1	6	2.41	1.42	58.80	2.41	0.29
Feminino		12	1	5	2.08	1.16	56.01	2.31	2.24
Valor Global		46	1	6	2.33	1.35	58.07	3.04	0.73

Quadro 5 – Caracterização das variáveis Estilos de Vida

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Classificação IMC						
“Magreza”	2	3.4	6	18.8	8	8.9
“Saudável”	44	75.9	22	68.8	66	73.3
“Pré-obesidade”	12	20.7	3	9.4	15	16.7
“Obesidade Moderada”	0	0.0	1	3.1	1	1.1
Classificação do Perímetro Abdominal						
“Normal”	23	39.7	2	6.3	23	27.8
“Aumentado”	17	29.3	7	21.9	24	26.7
“Muito Aumentado”	18	31.0	23	71.9	41	45.6
Exercício Físico						
“Não”	39	67.2	25	78.1	64	71.1
“Sim”	19	32.8	7	21.9	26	28.9
Tipo de Exercício						
Natação	2	3.4	1	3.1	3	3.3
Atletismo	2	3.4	0	0.0	2	2.2
Caminhadas	14	24.1	5	15.6	19	21.1
Bicicleta	1	1.7	1	3.1	2	2.2
Horas de exercício por dia						
“1”	6	54.5	3	50.0	9	52.9
“2”	3	27.3	2	33.3	5	29.4
“3”	2	18.2	1	16.7	3	17.6
Semanas de exercício						
“2”	3	42.9	1	100	4	50.0
“3”	4	57.1	0	0.0	4	50.0
Mês de exercício						
“5”	1	100	0	0.0	1	100
Tipo de Bebidas						
“Vinho”	35	87.5	6	75.0	41	85.4
“Cerveja”	4	10.0	1	12.5	5	10.4
“Bebidas Brancas”	1	2.5	1	12.5	2	4.2
“Vinho e Cerveja”	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Bebe Ocasionalmente						
“1”	1	16.7	0	0.0	1	14.3
“2”	2	33.3	1	100.	3	42.9
“3”	2	33.3	0	0.0	2	28.6
“5”	1	16.7	0	0.0	1	14.3
Bebe Semanalmente						
“2”	2	66.7	0	0.0	2	50.0
“3”	0	0.0	1	100	1	25.0
“4”	1	33.3	0	0.0	1	25.0
Bebe Diariamente						
“1”	15	48.4	5	83.3	20	54.1
“2”	13	41.9	1	16.7	14	37.8
“3”	3	9.7	0	0.0	3	8.1

Apêndice V – Caracterização da Variável Psicológica

Quadro 1 – Estatísticas relativas ao auto-conceito

Auto-Conceito	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Aceitação/Rejeição Social	90	12	25	17.56	2.70	15.40	1.67	0.64
Auto eficácia	90	8	28	21.33	3.28	15.36	-3.79	4.86
Maturidade Psicológica	90	9	20	13.84	2.57	18.53	1.34	-1.19
Impulsividade/Actividade	90	6	15	10.50	1.67	15.91	-0.49	-0.01
Auto-Conceito	90	46	81	63.23	7.85	12.42	-0.01	-0.78

Apêndice VI – Caracterização da Satisfação com os Cuidados de Enfermagem

Quadro 1 – Estatísticas relativas à satisfação com os cuidados de enfermagem

Satisfação	N	Min	Max	\bar{x}	Dp	CV%	Sw/ error	Kw/ error
Educacional	90	2.14	3.71	2.86	0.39	13.72	2.93	-0.61
Confiança	90	2.36	3.91	2.77	0.21	7.73	7.69	16.56
Técnico-Profissional	90	2.14	3.57	2.81	0.29	10.45	-0.42	0.78
Valor Global	90	2.40	3.36	2.80	0.19	6.79	1.91	0.92

Quadro 2 – Classificação da satisfação com os cuidados de enfermagem

	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pouco Satisfeitos	21	36.2	13	40.6	34	37.8
Satisfeitos	18	31.0	8	25.0	26	28.9
Muito Satisfeitos	19	32.8	11	34.4	30	33.3

Apêndice VII**Quadro 1 - Teste de normalidade Kolmogorov-Smirnov**

	Kolmogorov-Smirnov	p
Educacional	0,18	0,00
Confiança	0,15	0,00
Técnico-profissional	0,18	0,00
Valor global	0,10	0,03

Apêndice VIII - Análise Inferencial

Quadro 1 – Relação entre o sexo e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Masculino n = 58		Feminino n = 32		Levene's p	t	p
	Média	Dp	Média	Dp			
Educacional	2.81	0.36	2.94	0.43	0.08	-1.51	0.14
Confiança	2.79	0.25	2.74	0.14	0.08	1.03	0.31
Técnico-Profissional	2.83	0.30	2.78	0.28	0.70	0.90	0.37
Valor Global	2.81	0.19	2.81	0.20	0.43	0.04	0.97

* - p < 0.05

Quadro 2 - Relação entre o e a idade e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	“< 45 anos” N=14		“46-60 anos” N=20		“61-75 anos” N=32		“76-90 anos” N=24		Anova	p
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Educacional	3.04	0.53	2.79	0.35	2.79	0.31	2.90	0.42	1.71	0.17
Confiança	2.83	0.21	2.74	0.13	2.75	0.19	2.80	0.29	0.85	0.47
Técnico-Profissional	2.89	0.22	2.80	0.39	2.74	0.26	2.88	0.27	1.40	0.25
Valor Global	2.90	0.25	2.77	0.17	2.76	0.16	2.85	0.17	2.94	0.04*

* - p < 0.05

Quadro 3 - Relação entre o estado civil e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Solteiro N=8	Casado N=60	Divorciado N=7	Viúvo N=15	χ ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	48.94	41.82	52.64	55.07	3.987	0.263
Confiança	47.06	44.04	37.86	54.07	2.498	0.476
Técnico-Profissional	44.44	48.32	44.07	35.47	3.065	0.382
Valor Global	48.38	44.30	42.86	50.00	0.745	0.863

χ² - Kruskal Wallis

* - p < 0.05

Quadro 4 - Relação entre a residência e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Aldeia N=37		Vila N=19		Cidade N=34		Anova	P
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp		
Educacional	2.85	0.37	2.83	0.37	2.89	0.43	0.15	0.86
Confiança	2.81	0.26	2.69	0.17	2.77	0.16	2.26	0.11
Técnico-Profissional	2.84	0.29	2.86	0.34	2.76	0.26	1.10	0.34
Valor Global	2.83	0.19	2.78	0.21	2.80	0.18	0.59	0.56

* - p < 0.05

Quadro 5 - Relação entre as habilitações literárias e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	“Sabe ler e escrever” N=18	“4ºAno” N=39	“9ºAno” N=13	“12ºAno” N=9	“Licenciatura” N=11	χ ²	p
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	44.83	46.94	38.54	40.22	54.05	2.679	0.613
Confiança	50.47	38.08	44.19	53.56	58.64	7.688	0.104
Técnico-profissional	42.39	48.71	52.00	35.83	39.45	3.611	0.461
Valor global	47.17	43.68	43.96	42.39	53.59	1.499	0.827

X²-Kruskal Wallis
* p < 0,05

Quadro 6- Relação entre o rendimento mensal e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Inferior a 485€ N=47	Entre 485 e 970€ N=25	Entre 971 e 1455€ N=9	Superior a 1455€ N=9	χ ²	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	45.51	43.54	60.94	35.44	4.765	0.190
Confiança	44.52	39.66	70.44	41.89	9.975	0.019
Técnico-Profissional	42.95	43.78	55.33	53.78	2.848	0.416
Valor Global	43.96	42.30	68.11	39.83	7.751	0.051

X²-Kruskal Wallis
* p < 0,05

Quadro 7 - Relação entre a situação profissional e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Activo n = 27	Inactivo n = 63	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	48.48	44.15	784.500	0.460
Confiança	49.71	43.60	750.000	0.297
Técnico-Profissional	47.98	44.38	798.500	0.537
Valor Global	50.52	43.23	727.500	0.219

* - p < 0.05

Quadro 8 - Relação entre com quem vive e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Sozinho N=15	Conjuge N=40	Família restrita N=31	Família alargada N=4	χ ²	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	51.23	43.38	42.39	69.38	4.918	0.178
Confiança	49.70	40.49	49.19	51.25	2.752	0.432
Técnico-Profissional	40.27	49.71	40.23	63.88	5.085	0.166
Valor Global	46.67	43.25	44.39	72.25	4.604	0.203

X²-Kruskal Wallis
* - p < 0.05

Quadro 9 - Relação entre os internamentos anteriores e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Não n = 28	Sim n = 62	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	44.36	46.02	836.000	0.777
Confiança	46.45	45.07	841.500	0.815
Técnico-Profissional	41.36	47.37	752.000	0.302
Valor Global	43.21	46.53	804.000	0.576

Quadro 10 - Relação entre a medicação e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Não n = 17	Sim n = 73	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	42.24	46.26	565.000	0.561
Confiança	39.24	46.96	514.000	0.265
Técnico-Profissional	47.00	45.15	595.000	0.789
Valor Global	41.24	46.49	548.000	0.454

Quadro 11 - Relação entre as outras doenças e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Não n = 31	Sim n = 59	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	41.40	47.65	787.500	0.273
Confiança	45.53	45.48	913.500	0.993
Técnico-Profissional	47.50	44.45	852.500	0.591
Valor Global	43.06	46.78	839.000	0.520

* - $p < 0.05$ **Quadro 12 - Relação entre a limitação física e a satisfação com os cuidados de enfermagem**

	"1" N=43	"2" N=37	"3" N=10	X²	P
	Mean Rank	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	44.97	46.38	44.55	0.075	0.963
Confiança	47.07	44.51	42.40	0.359	0.836
Técnico-Profissional	46.48	44.43	45.25	0.128	0.938
Valor Global	46.09	45.28	43.75	0.070	0.966

X²- Kruskal Wallis

Legenda:

1 - Doença cardíaca, sim sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras

2 - Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)

3 - Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, vestir-se, higiene pessoal), confortável somente em repouso.

Quadro 13 - Relação entre o exercício físico e a satisfação com os cuidados de enfermagem

	Não n = 64	Sim n = 26	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	47.19	41.35	724.000	0.329
Confiança	46.62	42.75	760.500	0.518
Técnico-Profissional	47.29	41.10	717.500	0.298
Valor Global	47.73	40.02	689.500	0.203

* - $p < 0.05$ **Quadro 14 - Relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a satisfação com os cuidados de enfermagem**

	Não n = 42	Sim n = 48	Mann-Whitney U	P
	Mean Rank	Mean Rank		
Educacional	46.54	44.59	964.500	0.721
Confiança	45.79	45.25	996.000	0.922
Técnico-Profissional	42.65	47.99	888.500	0.324
Valor Global	44.87	46.05	981.500	0.830

Quadro 15 – Correlação de Pearson entre a Idade, Apgar familiar, IMC, Auto-Conceito e a dimensão educacional

Variáveis	r	p
Idade	-0.032	0.381
Apgar Familiar	-0.019	0.430
IMC	-0.195	0.033*
Aceitação/rejeição social	-0.198	0.031*
Auto-eficácia	-0.138	0.098
Maturidade psicológica	-0.032	0.384
Impulsividade/actividade	0.018	0.432
Auto-conceito	-0.132	0.108

Quadro 16 – Regressão múltipla entre Idade, Apgar familiar e IMC, Autoconceito e a dimensão educacional

Variável dependente: Educacional						
R = 0.390						
R ² = 0.152						
R ² Ajustado = - 0.080						
Erro padrão da estimativa = 0.37633						
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes		Coeficiente				
		Beta	Coeficiente padronizado	T	P	
Constante		4.038		7.934	0.000	
Idade		0.000	-0.012	-0.111	0.912	
Apgar familiar		-1.009	0.000	-0.001	1.000	
IMC		-0.029	-0.245	-2.328	0.022*	
Aceitação/rejeição social		-0.025	-0.170	-0.981	0.330	
Maturidade Psicológica		0.059	0.388	2.129	0.036*	
Impulsividade/actividade		0.086	0.364	2.260	0.026*	
Auto-Conceito		-0.029	-0.574	-1.963	0.053	
Análise de variância						
Efeito						
		Soma quadrados	GL	Média Quadrados	F	P
Educacional	Regressão	2.081	7	0.297	2.099	0.053
	Residual	11.613	82	0.142		
	Total	13.694	89			

Quadro 17 - Correlação de Pearson entre a Idade, Apgar familiar, IMC, Auto-Conceito e a dimensão confiança

Variáveis	r	p
Idade	0.021	0.421
Apgar Familiar	0.029	0.392
IMC	-0.135	0.102
Aceitação/rejeição social	-0.060	0.287
Auto-eficácia	-0.109	0.153
Maturidade psicológica	-0.058	0.295
Impulsividade/atividade	0.030	0.390
Auto-conceito	-0.079	0.231

Quadro 18 - Regressão múltipla entre Idade, Apgar, IMC, Auto-Conceito e a dimensão confiança

Variável dependente: Confiança						
R = 0.225						
R ² = 0.051						
R ² Ajustado = -0.030						
Erro padrão da estimativa = 0.21751						
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes	Coeficiente		Coeficiente padronizado	t	P	
	Beta					
Constante	3.111		-	10.576	0.000	
Idade	0.000		0.022	0.201	0.841	
Apgar familiar	0.003		0.031	0.283	0.778	
IMC	-0.010		-0.158	-1.418	0.160	
Aceitação/rejeição social	0.003		0.037	0.199	0.843	
Maturidade Psicológica	0.014		0.173	0.898	0.372	
Impulsividade/atividade	0.030		0.236	1.382	0.171	
Auto-Conceito	-0.012		-0.422	-1.363	0.177	
Análise de variância						
Efeito		Soma	GL	Média	F	P
		quadrados		quadrados		
Confiança	Regressão	0.207	7	0.030	0.626	0.733
	Residual	3.879	82	0.047		
	Total	4.087	89			

Quadro 19 - Correlação de Pearson entre a Idade, Apgar familiar, IMC, Auto-Conceito e a dimensão técnico-profissional

Variáveis	r	p
Idade	-0.050	0.321
Apgar familiar	0.083	0.219
IMC	-0.140	0.095
Aceitação/rejeição social	0.034	0.374
Auto-eficácia	0.068	0.261
Maturidade psicológica	0.066	0.270
Impulsividade/actividade	0.198	0.031*
Auto-conceito	0.104	0.165

Quadro 20 – Regressão múltipla entre a Idade, Apgar, IMC, Auto-Conceito e a dimensão técnico-profissional

Variável dependente: Técnico-Profissional						
R = 0.280						
R ² = 0.078						
R ² Ajustado = - 0.000						
Erro padrão da estimativa = 0.29405						
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes	Coeficiente		Coeficiente padronizado	t	P	
	Beta					
Constante	2.790		-	7.015	0.000	
Idade	-0.001		-0.035	-0.328	0.744	
Apgar familiar	0.012		0.095	0.886	0.378	
IMC	-0.012		-0.138	-1.262	0.211	
Aceitação/rejeição social	-0.012		-0.107	-0.589	0.557	
Maturidade Psicológica	0.016		0.138	0.726	0.470	
Impulsividade/actividade	0.052		0.295	1.757	0.083	
Auto-Conceito	-0.005		-0.139	-0.455	0.650	
Análise de variância						
Efeito						
		Soma	GL	Média	F	P
		Quadrados		quadrados		
Técnico-profissional	Regressão	0.602	7	0.086	0.994	0.441
	Residual	7.090	82	0.086		
	Total	7.692	89			

Quadro 21 - Correlação de Pearson entre a Idade, Apgar familiar, IMC, Auto-Conceito e a satisfação

Variáveis	r	p
Idade	-0.030	0.390
IMC	-0.241	0.011
Apgar	0.040	0.355
Aceitação/rejeição social	-0.130	0.112
Auto-eficácia	-0.105	0.163
Maturidade psicológica	-0.019	0.431
Impulsividade/atividade	0.112	0.148
Auto-conceito	-0.071	0.254

Quadro 22 – Regressão múltipla entre a Idade, Apgar, IMC, auto-conceito e a satisfação

Variável dependente: Satisfação						
R = 0.241						
R ² = 0.058						
R ² Ajustado = - 0.047						
Erro padrão da estimativa = 0.18475						
Pesos de Regressão						
Variáveis independentes		Coeficiente Beta		Coeficiente padronizado		P
				t		
Constante		3.108		-	23.852	0.000
IMC		-0.014		-0.241	-2.328	0.022*
Análise de variância						
Efeito		Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Satisfação	Regressão	0.185	1	0.185	5.420	0.022*
	Residual	3.004	88	0.034		
	Total	3.189	89			



COD: _____

Área científica: Médico Cirúrgica

Investigador Principal: António Madureira

Investigador Colaborador: Melânia Correia

Curso: I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica **Ano:** 2010/11

Estudo: “Satisfação do doente cardíaco com os Cuidados de Enfermagem”

Consentimento Informado

Declaro ter conhecimento do estudo a desenvolver pelas investigadoras sobre “Satisfação da pessoa com doença cardíaca com os cuidados de Enfermagem na UCIC”, tendo-me sido apresentada a sua finalidade.

Aceito participar neste estudo, dando resposta aos questionários que me apresenta e autorizo a utilização dos dados.

Foi-me garantida a confidencialidade das declarações e sei que posso recusar participar, a qualquer momento, sem estar sujeito a qualquer tipo de consequência.

____/____/____

O Entrevistado: _____

A investigadora: _____

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Cod _____

<p>1 - Idade: ____anos</p> <p>2 - Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino</p> <p>3 - Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União de facto</p> <p>4 - Residência: <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Vila <input type="checkbox"/> Cidade</p>	<p>5 - Habilitações literárias: <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 4ª Classe <input type="checkbox"/> 9ºAno <input type="checkbox"/> 12º Ano <input type="checkbox"/> Bacharelato <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Outro _____</p> <p>6 – Rendimento mensal (ilíquido): <input type="checkbox"/> Inferior a 485 € (ordenado mínimo) <input type="checkbox"/> Entre 485 a 970 € <input type="checkbox"/> Entre 970 a 1455 € <input type="checkbox"/> Superior a 1455 a 1940 € <input type="checkbox"/> Superior a 1940 €</p> <p>7 – Situação Profissional: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Inactivo</p> <p style="text-align: right;">Profissão, qual? _____</p>
---	--

II – VARIÁVEIS SOCIOFAMILIARES

1 - Com quem vive: _____

2 - Escala de Apgar Familiar - SMILKSTEIN (1978) *cit. in* AZEREDO e MATOS (1989)

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?			
2) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?			
3) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?			
4) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?			
5) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?			

III- VARIÁVEIS DE CLÍNICAS

1 - Diagnóstico actual: _____

2 - Internamentos anteriores: Não
 Sim. Quantos: _____ e em que serviço _____

3 - Tempo de internamento anterior: _____

4 - Tempo de internamento actual: _____

5 - Medicação habitual: Nenhuma Cardíaca Ansiolíticos Antidepressiva Outra _____

6 - Sofre de outras doenças: Não
 Sim. Qual? HTA Diabetes Hiperdislipidémia Outra _____

7 - Tem um familiar com doença cardíaca? Não
 Sim. Qual? _____, Grau de parentesco _____
_____, Grau de parentesco _____
_____, Grau de parentesco _____

8 - Resposta de acordo com a sua limitação física (selecione apenas uma afirmação)

- Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras
- Limitação física para actividades quotidianas (andar rápido, subir escadas, carregar compras)
- Acentuada limitação física actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal) Confortável somente n repouso
- Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso

9 - Considera-se: Magro Normal Gordo

9.1 - Medidas antropométricas: Peso _____ Kg
 Altura _____ cm
 Perímetro abdominal _____ cm

10 - Pratica exercício físico / desporto:

Não
 Sim. Qual? Natação Atletismo Caminhadas Outro _____
 Em média, quantas horas pratica por: Dia: _____ horas
 Semana: _____ horas
 Mês: _____ horas

11 - É fumador: Não

Sim. Em média, quantos cigarros fuma por dia: _____ cigarros
 Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar? _____ meses

12 - Costuma tomar café: Não

Sim. Em média, quantos cafés toma por dia: _____ café(s)

13 - Costuma consumir bebidas alcoólicas: Não

Sim. Que tipo de bebidas _____

Se sim, bebe Ocasionalmente, em média _____ (copo de 0.20ml)
 Semanalmente, em média _____ (copo de 0.20ml)
 Diariamente (às principais refeições), em média ____ (copo de 0.20ml)

IV - QUESTIONÁRIO DE BEM-ESTAR (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988)

Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada. Indique em que medida sente cada uma das emoções agora, ou seja, neste momento.

	Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Perturbado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Excitado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Atormentado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Agradavelmente surpreendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Culpado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Assustado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Caloroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Repulsa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Entusiasmado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Orgulhoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Irritado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Encantado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Remorsos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Inspirado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nervoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Determinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Trémulo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Amedrontado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V - QUESTIONÁRIO DE STRESS PARA DOENTES DOS CUIDADOS INTENSIVOS

(CORNOCK, 1998)

No dia-a-dia as pessoas vivem situações que lhes causam maior ou menor tensão. Habitualmente chamamos de stress à tensão que determinados acontecimentos ou situações nos provocam.

Durante o tempo que esteve internado nos cuidados intensivos viveu muitas situações e foi submetido a numerosos tratamentos e cuidados de saúde.

Gostaria que me dissesse, para cada situação que lhe vou apresentar, o grau de stress (ou de tensão) que lhe despertou.

Para isso temos uma escala:

Nenhum stress	Algum stress	Muito stress	Extremo stress	Não se aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onde pode apontar o quadrado com o qual mais se identifica.

Quando não experimentou a situação descrita deve apontar a opção não se aplica.

Ao longo do questionário poderemos conversar sobre os aspectos que estejam pouco claros para si, para não deixar nenhuma questão por responder.

	Nenhum Stress	Algum Stress	Muito Stress	Extremo Stress	Não se aplica
1. Sentir limitação dos movimentos devido aos tubos/linhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os enfermeiros não se apresentarem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sentir os enfermeiros muito apressados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter sede	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avaliarem-lhe a tensão arterial muitas vezes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ter uma cama ou almofada desconfortável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ouvir o telefone tocar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ser sujeito a exames físicos frequentes, pelo médico ou enfermeiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ter máquinas estranhas em seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que o enfermeiro é mais vigilante em relação às máquinas que a si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ouvir os ruídos e alarmes das máquinas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ouvir enfermeiros e médicos a conversarem muito alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter de utilizar oxigénio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir a falta do marido ou da esposa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Não lhe explicarem os tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ouvir o alarme do monitor cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ter os enfermeiros constantemente a fazer coisas à volta da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Ter tubos na boca e nariz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Não saber as horas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ouvir os gritos de outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Os homens e mulheres estarem internados na mesma sala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Ver a família e amigos apenas alguns minutos por dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Não saber em que altura são feitas as coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ser acordado pelos enfermeiros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ouvir barulhos invulgares e desconhecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Ver os tratamentos aplicados a outros doentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Encontrar-se deitado a olhar o tecto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Não ser capaz de dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Não ser capaz de mexer as mãos e os braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sentir cheiros estranhos ao seu redor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter luzes ligadas constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ter dor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Ver os frascos de soro por cima da sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ser picado com agulhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Não saber onde se encontra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Não perceber palavras usadas pelos enfermeiros/médicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Não ter controle sobre si próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Não saber o dia em que está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Sentir-se aborrecido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Não ter privacidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ser tratado por médicos desconhecidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Encontrar-se numa sala muito quente ou muito fria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Ouvir as pessoas falarem de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Não ser capaz de comunicar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Medo da morte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Não saber por quanto tempo tem de permanecer nos cuidados intensivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Não ser capaz de desempenhar o seu papel familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Ter preocupações financeiras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Medo do HIV/ Sida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir-se pressionado para consentir tratamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Ser transferido dos cuidados intensivos para outra enfermaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enumere os três itens, da lista anterior que lhe causaram mais stress, (identificando o número da questão)

1º _____ 2º _____ 3º _____

Outros aspectos, que segundo a sua opinião, deveriam ser incluídos:

Algun comentário que gostaria de fazer

VI - INVENTÁRIO CLÍNICO DE AUTO-CONCEITO

(VAZ SERRA, 1985)

Todas as pessoas têm uma ideia de como são. A seguir estão expostos diversos atributos, capazes de descreverem como uma pessoa é. Leia cuidadosamente cada questão e responda de forma verdadeira, espontânea e rápida a cada uma delas. Ao dar a sua resposta considere, sobretudo, *a sua maneira de ser habitual* e não o seu estado de espírito de momento. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo aquela que pensa se lhe aplica de forma mais característica

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Sei que sou uma pessoa simpática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Costumo ser franco a exprimir as minhas opiniões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho por hábito desistir das minhas tarefas quando encontro dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No contacto com os outros costumo ser um indivíduo falador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Costumo ser rápido na execução das tarefas que tenho para realizar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Considero-me tolerante para com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sou capaz de assumir uma responsabilidade até ao fim, mesmo que isso me traga consequências desagradáveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. De modo geral tenho por hábito enfrentar e resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sou uma pessoa usualmente bem aceite pelos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando tenho uma ideia que me parece válida gosto de a pôr em prática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho por hábito ser persistente na resolução das minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Não sei porquê a maioria das pessoas embirra comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quando me interrogam sobre questões importantes conto sempre a verdade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Considero-me competente naquilo que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa que gosta muito de fazer o que lhe apetece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. A minha maneira de ser leva-me a sentir na vida com um razoável bem-estar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Considero-me uma pessoa agradável no contacto com os outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Quando tenho um problema que me aflige não o consigo resolver sem o auxílio dos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gosto sempre de me sair bem nas coisas que faço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Encontro sempre energia para vencer as minhas dificuldades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII - ESCALAS DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (EADS)

(Lovibond, P., & Lovibond, S, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si durante a semana passada. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação. Assinale com uma cruz (x) no quadrado respectivo refira aquela que se aproxima mais da forma como se sente.

A classificação é a seguinte:

- 0 – Não se aplicou nada a mim
- 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes
- 2 – Aplicou-se a mim de muitas vezes
- 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes

1- Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2- Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3- Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4- Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5- Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6- Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7- Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8- Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9- Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10- Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11- Dei por mim a ficar agitado	0	1	2	3
12- Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13- Senti-me desanimado e melancólico	0	1	2	3
14- Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15- Senti-me quase a entrar em pânico	0	1	2	3
16- Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17- Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18- Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19- Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20- Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21- Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

VIII - QUESTIONÁRIO DE INSTRUMENTO DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE (ISP)

(HINSHAW e ATWOOD, 1982)

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

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

ANEXO XI - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Uma definição operacional é a forma como a variável pode ser medida ou manipulada numa dada situação da investigação. O estudo deve proporcionar uma melhor compreensão do conceito técnico representado pela variável.

Variáveis sociodemográficas

Idade – período durante o qual um ser ou uma coisa viveu ou existiu...duração dessa vida ou existência até certo momento referido ou até ao momento da enunciação. (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p.2017).

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta. Este tipo de perguntas deixam o indivíduo livre para responder como preferir, sem a existência de respostas pré-definidas e uma vez que a idade é uma variável contínua obtém-se uma resposta mais concreta (FORTIN, 2009).

Assim, para facilitar a sua análise foi necessário recodificá-la segundo a Classificação Gerontológica (OMS) - Idade Adulta Jovem ou Juvenil (15 à 30 anos), Idade Madura (31 à 45 anos), Idade de Mudança ou Média ou Involução ou Envelhecimento (46 à 60 anos), Idade do Homem mais velho (61 à 75 anos), Idade do homem velho (76 à 90 anos) e Idade do homem muito velho (mais de 90 anos).

Sexo – o conjunto de características físicas e funcionais que distinguem o homem da mulher o sexo corresponde a “características físicas que diferenciam o ser humano (...) cada um dos dois intervenientes no processo de reprodução das espécies” (Dicionário de Língua Portuguesa,

É uma variável dicotómica, existindo na sua distinção um conjunto de caracteres biológicos, sociais, psicológicos e morais.

Para a sua operacionalização foi elaborada uma questão fechada e dicotómica tendo como hipóteses de resposta: sexo masculino e feminino.

Estado civil – é o conjunto de “Qualidades definidoras do estado pessoal que constam obrigatoriamente do registo civil” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p.3406)

É uma condição que atesta a existência ou não de contrato matrimonial. Sendo considerados quatro categorias: solteiro (indivíduo que não é casado), Casado (que já contraiu casamento), divorciado (que obteve a dissolução legal do casamento, indivíduo separado) e viúvo (indivíduo a quem morreu o cônjuge e que não voltou a casar).

Residência – “morada permanente ou habitual em lugar certo” (ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.3216).

Para proceder à sua mensuração foi criada uma questão fechada com 3 hipóteses de resposta: aldeia, vila e cidade.

Habilitações literárias – é o conjunto de “aptidão ou capacidade para desempenhar uma função ou acto” “os conhecimentos ou provas documentais precisas para exercer ou requerer determinado cargo, conjunto de qualificações académicas” (ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.1955)

Para a sua operacionalização criamos uma questão fechada e agrupamos as habilitações literárias em: sabe ler e escrever, 4ºAno, 9ºAno, 12ºAno, Bacharelato e Licenciatura

Rendimento Mensal – define-se como o montante que se recebe periodicamente resultante de remunerações por uma actividade (ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.3188).

Para mensurar esta variável consideramos uma questão fechada, com quatro itens: inferior a 485 €, entre 485 e 970 €, entre 970 e 1455 € e superior a 1455 €.

Situação profissional – define-se “o acto ou efeito de ocupar-se relativamente ao trabalho (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001, p.3430).

Nesta etapa pretende-se avaliar a actividade profissional do indivíduo, através de uma pergunta fechada com duas opções de resposta: activo e inactivo.

E uma pergunta aberta a fim de conhecer a profissão.

Posteriormente procedemos à recodificação da profissão em grupos profissionais de acordo com a Classificação Nacional de Profissões. (IEFP, s/d).

Grupo 0 - Profissões das Forças Armadas

Grupo 1 - Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos

Grupo 2 - Especialistas das actividades intelectuais e científicas

Grupo3 - Técnicos e profissões de nível intermédio

Grupo 4 - Pessoal administrativo

Grupo 5 - Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança

Grupo 6 - Agricultores e trabalhadores qualificados

Grupo 7 - Trabalhadores qualificados da indústria

Grupo 8 - Operadores de instalações e máquinas

Grupo 9 - Trabalhadores não qualificados

Variáveis sóciofamiliares

Com quem vive – “habitar alguém em determinado local, religião ou país, ter um relacionamento material, familiar, afectivo com alguém partilhando a mesma casa o acto de residir ou morar com alguém, partilhando o mesmo lar. (ACADEMIA DAS CIÊNCIAS DE LISBOA, 2001,p.3770)

A operacionalização desta variável consistiu na criação de uma questão aberta. Posteriormente agrupamos as respostas em 4 classes: sozinho, cônjuge, família restrita e família alargada.

Apgar familiar – Para a avaliação da funcionalidade familiar, utilizou-se o índice de APGAR familiar da autoria de Smilkstein em 1978, que é um instrumento em que os dados são colhidos rapidamente e fornece elementos claros e com um mínimo de especificidade.

O APGAR familiar de Smilkstein permite a avaliação dos domínios supracitados através das cinco questões/itens inerentes à função familiar que o compõem, por uma escala tipo de Likert, as quais têm três opções de resposta (quase sempre, algumas vezes e quase nunca), com uma pontuação de respectivamente 2, 1 e 0 pontos, que no final são somados, resultando num score total cuja representação numérica relaciona-se directamente com a condição de funcionalidade familiar: família altamente funcional (7 a 10 pontos); família com moderada disfunção familiar (4 a 6 pontos); família com disfunção acentuada (0 a 3 pontos).

Escala de Apgar Familiar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
6) Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o preocupa?	2	1	0
7) Está satisfeito com a forma como a sua família discute assuntos?	2	1	0
8) Acha que a sua família concorda com o seu desejo de encetar (iniciar) novas actividades ou de modificar o seu estilo de vida?	2	1	0
9) Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor?	2	1	0
10) Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	2	1	0

Variáveis clínicas

Diagnóstico – é a determinação ou reconhecimento de uma doença pela observação dos sintomas e dos sinais com que se manifesta (ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.1245).

Um Síndrome Coronário Agudo pode ser definido como uma situação isquémica do miocárdio, no qual ocorre trombose coronária “in situ” por erosão de uma placa aterosclerótica instável, com obstrução endoluminal súbita e compromisso grave da perfusão ao nível celular. (CURSO DE EVIDÊNCIA NA EMERGÊNCIA, 2009)

Segundo o Conselho Português de Ressuscitação (2010), o termo síndrome coronária aguda (SCA) engloba três manifestações distintas de doença coronária: enfarte do miocárdio com supra de ST (EM com SST), enfarte do miocárdio sem supra de ST (EM sem SST) e a angina de peito instável (API).

Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta.

Internamento anterior – acto de colocar alguém numa instituição hospitalar de assistência com intuitos correctivos, terapêuticos ou de assistência ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.2139).

A operacionalização desta variável consiste na elaboração de uma questão fechada e dicotómica, tendo as duas hipóteses de resposta: sim e não

Em caso de resposta afirmativa foram criadas duas perguntas abertas para que fosse possível especificar o número de internamentos e os respectivos serviços.

Posteriormente procedemos à recodificação dos serviços, criando dois grupos:

Grupo I – Unidades de Cuidados Intensivos

Grupo II – Restantes serviços (ortopedia, cirurgia, ginecologia, urologia...)

Tempo de internamento anterior – número de dias que o individuo esteve internado. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta.

Tempo de internamento actual – numero de dias que o individuo está no serviço actual. Para operacionalizar esta variável foi elaborada uma pergunta aberta.

Medicação habitual – A utilização de fármacos específicos em doentes que sofreram um Enfarte Agudo do Miocárdio está baseada em evidências científicas relacionadas a aspetos fundamentais, incluindo a própria ocorrência do evento trombótico agudo e a prevenção de novos eventos cardiovasculares maiores. Essa farmacoterapia pós-hospitalar representa um item extremamente relevante das estratégias de prevenção secundária. De fato, a implementação de uma terapêutica adequada associada a estilos de vida saudáveis, tem sido responsável por cerca de 50% da redução na taxa de mortalidade por doença arterial coronária nas últimas décadas. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2009)

A operacionalização desta variável, efectuou-se através de uma pergunta fechada, com 5 itens: nenhuma, cardíaca, ansiolíticos, antidepressivos e outra.

Esta questão foi posteriormente reformulada, sendo os medicamentos agrupados nos seguintes grupos farmacológicos segundo a Classificação ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) adoptada pela OMS (s/d):

A – Aparelho digestivo e metabolismo

- B – Sangue e órgãos hematopoiéticos
- C – Aparelho cardiovascular
- D – Medicamentos dermatológicos
- G – Aparelho genito-urinário e hormonas sexuais
- H – Preparados hormonais sistémicas, excluindo hormonas sexuais e insulinas
- J – Anti.infecciosos gerais para uso sistémico
- L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
- M – Sistema musculo-esquelético
- N – Sistema Nervoso
- P – Produtos antiparasitários, insecticidas e repelentes
- Q - Uso veterinário
- R – Aparelho respiratório
- S – Órgãos dos sentidos
- V – Vários

Por fim, recodificamos as respostas em grupos segundo o número de grupos farmacológicos, ficando com os seguintes grupos:

- Um grupo farmacológico
- Dois grupos farmacológicos
- Três grupos farmacológicos

Outra doença – refere-se a um facto ocorrido anteriormente e que é causa de outros posteriormente ou permitem compreender, explicar uma situação actual ou um acontecimento. Assim, consideramos pertinente conhecer as outras doenças dos indivíduos.

A operacionalização desta variável consiste na elaboração de uma questão dicotómica: sim e não.

Em caso de resposta afirmativa foi criada uma pergunta fechada, com 4 itens: HTA, Diabetes, Hiperdislipidémia e Outra.

Esta questão foi posteriormente reformulada, sendo as doenças agrupadas segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (OMS, s/d):

- Grupo I – Algumas doenças infecciosas e parasitárias;
- Grupo II – Neoplasias;
- Grupo III – Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários;
- Grupo IV – Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas;
- Grupo V – Transtornos mentais e comportamentais;
- Grupo VI – Doenças do sistema nervoso;

- Grupo VII – Doenças do olho e anexos;
- Grupo VIII – Doenças do ouvido e da apófise mastóide;
- Grupo IX – Doenças do aparelho circulatório;
- Grupo X – Doenças do aparelho respiratório;
- Grupo XI – Doenças do aparelho digestivo;
- Grupo XII – Doenças da pele e do tecido subcutâneo;
- Grupo XIII – Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo;
- Grupo XIV – Doenças do aparelho genito-urinário;
- Grupo XV – Gravidez, parto e puerpério;
- Grupo XVI – Algumas afecções originadas no período perinatal;
- Grupo XVII – Malformações congénitas, deformidades e anomalias cromossómicas;
- Grupo XVIII – Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte;
- Grupo XIX – Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas;
- Grupo XX – Causas externas de morbilidade e de mortalidade;
- Grupo XXI – Factores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde;
- Grupo XXII – Códigos para propósitos especiais.

Por fim, recodificamos as respostas em grupos segundo o número de doenças, ficando com os seguintes grupos:

- Uma doença
- Duas doenças
- Três doenças
- Quatro doenças

Antecedentes familiares – família pode ser definida como o conjunto de pessoas de gerações sucessivas, que descendem dos mesmos antepassados, o agregado familiar é ligado por laços de consanguinidade e geralmente vivem na mesma casa (ACADEMIA DAS CIENCIAS DE LISBOA, 2001, p.1688).

Esta variável diz respeito à presença de alguma patologia em familiares, foi mensurada através de uma pergunta fechada e dicotómica, com estes itens: sim e não.

Em caso de resposta afirmativa foi criada uma pergunta aberta em que se pede que seja especificado qual é o tipo de patologia e o grau de parentesco da pessoa do familiar.

Limitação física – A operacionalização desta variável passou pela elaboração de uma pergunta fechada com 4 hipóteses de resposta, segundo a Classificação Funcional, NYHA):

- . Doença cardíaca, sem sintomas e nenhuma limitação em actividades rotineiras
- . Limitação física para actividades quotidianas (andas rápido, subir escadas, carregar compras)
- . Acentuada limitação física para actividades simples (tomar banho, se vestir, higiene pessoal. Confortável somente no repouso
- . Severas limitações e sintomas presentes mesmo em repouso

Variáveis relacionadas com os estilos de vida:

Peso – é o dado antropométrico mais comum, logo mais utilizado. Segundo Costa e Melo (1999, p.1263), peso define-se como uma medida da unidade de volume de uma substância. Esta variável foi mensurada através de uma pergunta aberta.

Altura – segundo, Academia das Ciências de Lisboa (2001, p.191), altura é a dimensão ou distância vertical de um corpo, desde a extremidade inferior ou base até à extremidade superior ou ponto mais elevado. Na operacionalização desta variável, efectuou-se uma pergunta aberta.

Índice de massa corporal (IMC) – é a medida antropométrica da massa corporal. Define-se como o peso em quilogramas, dividido pela altura em metros quadrados.

Para a mensuração do IMC procedeu-se à avaliação do peso e da altura e posteriormente fez-se o cálculo do índice de massa corporal, aplicando para tal a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Peso (em kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (em metros)}} = \text{IMC}$$

Valores de referência do Índice de Massa Corporal (Kg/m²)

IMC	Classificação
<18,5	Magreza
18,5 – 24,9	Saudável
25,0 – 29,9	Pré-obesidade
30,0 – 34,9	Obesidade moderada
35,0 – 39,9	Obesidade clínica
≥ 40,0	Obesidade mórbida

Fonte: World Health Organization – Body Mass Index. [em linha]. 12 Agosto 2008. [Consult. 1 de Setembro de 2009]. Disponível em WWW:<URL: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

Perímetro abdominal – segundo a Academia das Ciências de Lisboa (2001, p.2828), perímetro é “a medida circundante de determinada região do corpo”. Neste caso, do abdómen do corpo humano.

O perímetro abdominal é um indicador importante na saúde cardiovascular. A deposição excessiva de gordura na zona do abdómen, produz substâncias tóxicas para o coração e para as artérias, e está relacionada com o desenvolvimento de factores de risco cardiovascular, como a hipertensão arterial, o colesterol e os triglicéridos elevados, a diabetes. Na operacionalização desta variável, efectuou-se uma pergunta aberta.

Valores de referência do perímetro abdominal (cm) segundo Circular Normativa nº 03/DGCG (2005) – Programa nacional de Combate à Obesidade

Perímetro Abdominal (cm)		
Risco de complicações metabólicas	Masculino	Feminino
Aumentado	≥ 94	≥ 80
Muito aumentado	≥ 102	≥ 88

Exercício físico – é tudo o que requer esforço físico como andar de bicicleta, correr, saltar à corda, etc.

A operacionalização desta variável consiste na elaboração de uma questão fechada e dicotómica: sim e não. Em caso de resposta afirmativa foi criada uma pergunta fechada com 4 hipóteses de resposta: natação, atletismo, caminhadas e bicicleta. Outra questão foi elaborada para avaliar a frequência da prática de actividade física em horas, sendo considerados 3 itens: dia, semana e mês.

Hábitos tabágicos – como o acto voluntário de inalar o fumo de tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência O consumo de tabaco é reconhecido como a mais importante causa de morte evitável nos países industrializados, geradora de custos directos e indirectos elevados.

O consumo de tabaco é actualmente responsável por cerca de 5 milhões de mortes anuais, constituindo a primeira causa de morbilidade e de mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos (NUNES, 2006).

As consequências do consumo do tabaco encontram-se actualmente bem definidas, associando-se este a um grande número de doenças, com particular destaque para o cancro em diferentes localizações, para as doenças do aparelho respiratório, para as doenças cardiovasculares. Contudo, o seu consumo é responsável por cerca de 5 milhões

de mortes anuais, constituindo a primeira causa de morbidade e de mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos.

Segundo estudos realizados por Richard Doll “cit por” Nunes (2006), os fumadores perdem em média dez anos de esperança de vida, que podem ser recuperados se o fumador parar de fumar. Embora parar de fumar tenha benefícios em qualquer idade, quanto mais cedo se verificar a cessação tabágica, maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida. O mesmo autor refere que, o risco de ocorrer um SCA é o dobro do verificado na população não fumadora nas pessoas com mais de sessenta anos, mas, é cerca de cinco vezes maior nas pessoas com menos de cinquenta anos (NUNES 2006).

A operacionalização desta variável consiste na elaboração de uma questão dicotómica: sim e não.

A sub-alínea desta questão é uma questão aberta em que os indivíduos, ficam à vontade para responder, sem respostas pré-definidas, dizendo-nos o número de cigarros que fumam diariamente.

Foi criada outra questão aberta, dirigida a ex-fumadores, para responder há quanto tempo deixaram de fumar.

Consumo de café - esta variável foi mensurada através de uma pergunta fechada e dicotómica, com os itens: sim e não.

Em caso de resposta afirmativa foi criada uma questão aberta em que os inquiridos, ficam à vontade para responder, sem respostas pré-definidas, o número de cigarros que fumam diariamente.

Consumo de bebidas alcoólicas – o álcool é uma droga legal e comercializável, que integra os hábitos alimentares humanos, estando também associado a eventos sociais e recreativos. O seu consumo não implica problemas individuais nem sociais por si só, no entanto, quanto maior o seu consumo maior é também o número de indivíduos que apresentam problemas relacionados com o seu uso.

Segundo a OMS (2005) o consumo regular de bebidas alcoólicas em quantidades superiores a 2 a 3 bebidas/dia para o homem e 1 a 2 bebidas/dia para a mulher aumenta a probabilidade de sofrer de doenças diversas, entre as quais se contam as dos aparelhos digestivo e cardiovascular, doenças neurológicas, neoplasias digestivas e da mama e ainda transtornos psiquiátricos. Além dos problemas relacionados com a saúde dos indivíduos consumidores, o consumo abusivo de álcool encontra-se directamente relacionado com a violência familiar, o absentismo laboral e escolar e os acidentes de viação e de trabalho pelo que, é considerado como um problema de saúde pública que é urgente atenuar (PORTUGAL, 2001).

Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. (PORTUGAL, 2001). Para a operacionalização da variável “quantidade de bebidas alcoólicas que bebe” foi utilizada esta unidade de medida.

A operacionalização desta variável consiste na elaboração de uma pergunta fechada e dicotômica, com dois itens: sim e não.

Em caso de resposta afirmativa foi criada uma questão aberta em que os inquiridos, ficam à vontade para responder, o tipo de bebidas que consomem.

Posteriormente, agrupamos o tipo de bebidas em 4 grupos:

Grupo I - Vinho

Grupo II – Cerveja

Grupo III – Bebidas brancas

Grupo IV – Vinho e cerveja

Foi elaborada outra questão para avaliar a frequência do consumo de bebidas alcoólicas, sendo considerados 3 itens:

- . Ocasionalmente
- . Semanalmente
- . Diariamente