

IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização deste projeto, nomeadamente a todos os participantes. Um especial e carinhoso obrigada ao Professor Doutor Carlos Albuquerque, à minha família, aos meus bons amigos e aos meus colegas da equipa do Serviço de Pneumologia, por todo o apoio e ajuda que me deram e acima de tudo por acreditarem sempre que eu era capaz!

RESUMO

Introdução - Para dar resposta a uma população cada vez mais exigente, é fundamental que seja a voz dos utilizadores a ser ouvida e que a qualidade dos cuidados de enfermagem seja avaliada a partir da experiência, opinião e extensão da satisfação dos mesmos. Definimos como objetivos: conhecer o grau de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem e determinar os seus preditivos.

Métodos - Realizou-se um estudo quantitativo, não experimental e transversal, seguindo uma via descritivo-correlacional, numa amostra não probabilística constituída por 70 utentes internados no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, sendo 61,4% do sexo masculino e com uma média de idades de 66,74 anos. Dados obtidos através de formulário: questões de caracterização Sociodemográfica, Clínica, índice de Graffar, escala de Apgar Familiar e Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (Dias e Rodrigues, 2003).

Resultados - 97,1% dos inquiridos apresentam elevados níveis de satisfação. Os aspetos com os quais os utentes se sentem menos satisfeitos prendem-se com competências comunicacionais e relacionais inerentes ao cuidar de enfermagem. Consta-se que os inquiridos sem internamentos anteriores se encontram mais satisfeitos, na dimensão opinião ($t=2.314$; $p= 0.024$) e na satisfação total ($t=2.169$; $p=0.034$). Os utentes internados pela primeira vez no Serviço de Pneumologia apresentavam maiores níveis de satisfação na dimensão opinião ($t=2.332$; $p=0.023$) e satisfação total ($t=2.182$; $p=0.033$).

Conclusões – Os elevados níveis de satisfação obtidos, não invalidam a existência de aspetos a melhorar, com o intuito de aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

PALAVRAS CHAVE

Satisfação; Clientes; Cuidados de Enfermagem; Qualidade

ABSTRACT

Introduction – in order to provide an answer to a more demanding population, it is crucial not only to listen to the users, but also to evaluate the quality of the nursing cares through their experience, opinion and satisfaction. We defined as objectives: to know the degree of satisfaction of the patients according to the nursing cares and to determine its predictives.

Methods – A quantitative, non experimental and transversal study was carried out, following a descriptive correlational way, in a non probabilistic sample with 70 patients hospitalized in the Pulmonology Service of the USL of Guarda, in which 61, 4% were males with an average age of 66, 74 years old. Data collected through form: Sociodemographic characterization, Clinic, Graffar index, Apgar Familiar Scale and the Citizen satisfaction according to the nursing cares (Dias e Rodrigues, 2003).

Results: 97,1% of the respondents present a high level of satisfaction. The aspects with which they show low level of satisfaction have to do with communicational and relational competences inherent to the nursing cares. It is important to say that the respondents without previous hospitalizations are more satisfied, according to the opinion dimension ($t=2.314$; $p= 0.024$) and the total satisfaction ($t=2.169$; $p=0.034$). The patients hospitalized for the first time in the Pulmonology Service presented higher levels of satisfaction according to the opinion dimension ($t=2.332$; $p=0.023$) and the total satisfaction ($t=2.182$; $p=0.033$).

Conclusions – Despite the high levels of satisfaction, there are certain aspects that need some improvements, in order to increase the quality of the nursing cares.

KEY WORDS: satisfaction; clients; nursing cares; quality

ÍNDICE

Página

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

1 – INTRODUÇÃO	11
2 – MATERIAIS E MÉTODOS	37
2.1 – PARTICIPANTES	38
2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	39
2.3 – PROCEDIMENTOS	43
3 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	47
3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA	47
3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL	60
4 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	69
5 – CONCLUSÃO	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO	95
ANEXO I – Instrumento de Colheita de Dados	

ÍNDICE TABELAS E FIGURAS

	Página
Tabela 1: Estatísticas relativas à idade segundo o género	48
Tabela 2: Distribuição da amostra por grupo etário em função do género	48
Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género: estado civil, área de residência e nível socioeconómico	49
Tabela 4: Estatísticas relativas à funcionalidade familiar segundo o género	50
Tabela 5: Estratificação da funcionalidade familiar em função do género	50
Tabela 6: Caracterização dos dados de contexto clínico em função do género: internamentos anteriores, internamentos anteriores no serviço de Pneumologia, motivo de internamento e proveniência	52
Tabela 7: Estatísticas relativas ao período de internamento segundo o género	53
Tabela 8: Distribuição da amostra por períodos de internamento em função do género	53
Tabela 9: Frequência das afirmações dos utentes referentes às suas experiências face aos cuidados de enfermagem.	55
Tabela 10: Frequência das afirmações referentes às opiniões dos utentes face aos cuidados de enfermagem	56
Tabela 11: Valor médio das afirmações dos utentes referentes às suas experiências face aos cuidados de enfermagem.	57
Tabela 12: Valor médio das afirmações referentes às opiniões dos utentes face aos cuidados de enfermagem	58
Tabela 13: Estatística relativa ao score das dimensões do ESCCE e satisfação total em função do género	59
Tabela 14: Distribuição da amostra por níveis de satisfação em função do género	60
Tabela 15: Resultados do Test t de Student: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do género	61
Tabela 16: Resultados da Correlação de Pearson: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função da idade	62
Tabela 17: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: <i>grupo etário</i>	62

<i>versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem</i>	
Tabela 18: Resultados do <i>Test t de Student</i> : Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do estado civil	63
Tabela 19: Resultados do <i>Test t de Student</i> : Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função da área de residência	64
Tabela 20: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: <i>nível socioeconómico versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem</i>	64
Tabela 21: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: <i>funcionalidade familiar versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem</i>	65
Tabela 22: Resultados do <i>Test t de Student</i> : Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função dos internamentos anteriores	66
Tabela 23: Resultados do <i>Test t de Student</i> : Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função dos internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia na ULS da Guarda	66
Tabela 24: Resultados do Test t de Student: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do motivo do internamento	67
Tabela 25: Resultados da Correlação de Pearson: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do período de internamento em dias	68
Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo	38

ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓMIOS

ANOVA	- Análise de Variâncias
APHP	- Associação Portuguesa de Hipertensão Pulmonar
Cit. in	- citada (o) por
cf.	- Confirme
CV	- Coeficiente de Variação
Dp	- Desvio padrão
EORTC	- European organization for research and treatment of cancer
ESCCE	- Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem
ESSV	- Escola Superior de Saúde de Viseu
Etc.	- et coetera (e outros)
Fem.	- Feminino
INE	- Instituto Nacional de Estatística
K/StdError	- Valor de Kurtosis (medida de achatamento)
Masc.	- Masculino
Máx	- Valor máximo estatístico
Min	- Valor mínimo estatístico
N	- Número total da amostra
n=	- Número de casos é igual a
NOC	- Normas de orientação clínica
OPSS	- Observatório Português dos Sistemas de Saúde
OE	- Ordem dos Enfermeiros
p.	- página
PNS	- Plano Nacional de Saúde
QUASU	- Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente
res	- Residual
s/d	- sem Data
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
Sk/StdError	- Valor Skweness (medida de enviesamento)
SPSS	- Statistical Package for Social Sciences
TQM	- Total Quality Management (Sistema de Gestão da Qualidade)

Total)

ULS

- Unidade Local de Saúde

vs - Versus

- Versus

WHO

- World Health Organization

SÍMBOLOS

α	= Alpha cronbach
$>$	= Maior que
$<$	= Menor que
\leq	= Maior ou igual
\geq	= Menor ou igual
%	= Percentagem
X	= Média
\pm	= Mais ou menos
p	= Índice de significância
χ^2	= Valor estatístico de Qui Quadrado

1. INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade é intrínseca ao ser humano, modificando-se com este e conduzindo ao desenvolvimento de diversas formas de esforços contra a imperfeição, dependentemente das circunstâncias do momento (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006). Aliás, “um mundo com Qualidade é aquilo que desejamos nas e para as nossas vidas.” (Silva, 2010, p. 13).

A procura pela satisfação do cliente está presente durante todo o processo de aquisição ou utilização de qualquer produto ou serviço, sendo a meta final de todas as empresas, uma vez que, em qualquer ramo de atuação, o que importa é como o cliente vê o atendimento (Lopes, Cardoso, Alves & D’Innocenzo, 2009). Atualmente o mercado está cada vez mais competitivo e os clientes cada vez mais exigentes e conhecedores dos seus direitos, reivindicando que todo o tipo de organizações ofereçam serviços com padrões de qualidade cada vez mais elevados. Assim, a premência de garantir a satisfação dos clientes, neste tempo de mudanças, exige mais que bons produtos e serviços, exige qualidade na forma de atuar (Paim & Ciconelli, 2007; Sousa, 2007). Neste sentido, a qualidade passou a ser uma obrigação crescente e um objetivo de toda e qualquer organização independentemente do mercado onde se insere, do âmbito de atuação, da administração que a gere e dos clientes que a utilizam, visto ser do conhecimento mundial que a qualidade é um fator vital para o sucesso (Almeida, Lopes & Silva, 2010; Pinto & Soares, 2010).

A área da saúde, não podia ser uma exceção! Marcadamente a partir dos anos oitenta também os serviços de saúde sentem necessidade de se adaptar às mudanças sociais e começam a desenvolver uma política de qualidade, baseada numa nova atitude orientada para os cidadãos. Vários aspetos que necessitavam urgentemente de serem melhorados, foram identificados pela World Health Organization (1988, cit. in Serapioni, 2009), entre os quais: ineficiência e despesas excessivas de algumas tecnologias e procedimentos, o desperdício, as longas listas de espera, o acesso desigual aos serviços de saúde e a insatisfação dos utentes. Outros fatores, como o aumento da procura por serviços de saúde, custos crescentes, recursos limitados, reivindicações dos profissionais por condições melhores de trabalho e o aumento do conhecimento por parte dos clientes dos seus direitos, também contribuíram para o aumento da preocupação com a qualidade (Mota, Melleiro & Tronchin, 2007). Por sua vez, os principais condicionalismos sócio-económico-culturais com

os quais os serviços de saúde se têm vindo a deparar, de acordo com Gomes (2011) e Sousa (2010), são: alterações demográficas, envelhecimento da população, aumento dos fatores de risco, aumento da prevalência das doenças crónicas e multimorbilidade de longa duração, crescente complexidade dos cuidados, alteração dos estilos de vida, desenvolvimento tecnológico, aumento da multiculturalidade, problemas económicos e aumento da esperança de vida e das expectativas dos utentes. Em suma, a consciencialização dos pontos menos positivos do sistema de saúde, assim como das alterações e condicionalismos operados na sociedade, foram impulsos decisivos para o desenvolvimento de uma cultura da qualidade, focalizada no “novo” doente, detentor de um papel ativo nas tomadas de decisões (Revez & Silva, 2010; Serapioni, 2009).

Hoje, é consensual que a valorização da opinião e participação dos cidadãos constitui uma estratégia indispensável e insubstituível para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do desempenho global dos sistemas de saúde (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2010). Assim, “seja como direito, privilégio, desafio ou exigência, a qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados” (Revez & Silva, 2010, p. 49).

Os principais objetivos da adoção de políticas de melhoria contínua da qualidade em saúde são: promover e manter a saúde das populações; melhorar os resultados em saúde; estruturar os serviços para satisfazer as necessidades das populações; melhorar o acesso aos cuidados; garantir a competência profissional; garantir a utilização racional e eficiente dos recursos; aumentar a satisfação dos profissionais; aumentar a participação dos cidadãos e assegurar a sua satisfação (Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contratualização para os Cuidados de Saúde Primários, 2009; WHO, 2006).

Importa realçar que o conceito de Qualidade, quando aplicado ao âmbito da saúde, distingue-se da qualidade organizacional noutras áreas, por se centrar na satisfação ou diminuição das necessidades e não em responder à procura oferecendo mais, e por ser proativo para prevenir e dar resposta e não para procurar novas oportunidades de mercado (Ministério da Saúde, 2005, cit. in Ribeiro, Carvalho, Ferreira & Ferreira, 2008; Pisco & Biscaia, 2001), assim como acarreta especificidades intrínsecas aos problemas de saúde/doença. Consequentemente, implementar padrões de qualidade nos serviços de saúde é possivelmente um processo mais difícil comparativamente com outras áreas “...não só porque está em causa a qualidade de vida do ser humano, mas também pelo grau de complexidade, ambiguidade e heterogeneidade dos serviços de saúde” (Eiriz & Figueiredo, 2004, p. 2).

Numa tentativa de compreender o termo “Qualidade em Saúde” a bibliografia é muito

diversificada e até, certo ponto, não totalmente congruente na delimitação deste conceito, encontrando-se diversas conceções que denunciam a inexistência de um consenso entre os estudiosos da matéria. Em 1990, a qualidade em saúde, foi definida pelo Programa Ibérico como sendo a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos utentes. Esta definição é citada e referenciada por Campos, Saturno e Carneiro (2010) no Plano Nacional de Saúde 2010-2016, como sendo uma das mais completas, no entanto os mesmos autores ainda acrescentam a promoção da saúde e prevenção da doença e a necessidade de adequar os cuidados às necessidades e expectativas do cidadão como sendo fatores indispensáveis na prestação de cuidados. Na mesma linha de pensamentos, Blumental (1999, cit. in Fortuna, Amado, Mota, Lima & Pinto, 2001), descreve qualidade, como sendo o grau a partir do qual os serviços de saúde prestados à população aumentam a possibilidade de se obterem os resultados desejados e estão de acordo com os conhecimentos científicos dos profissionais no momento. Por sua vez, a WHO (2006), declara que a Qualidade é um conjunto de atividades planeadas, baseado na definição de metas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Outros autores, nomeadamente, Teixeira, Camargo, Tronchin e Melleiro (2006), defendem que a qualidade em saúde deve ser definida como sendo um conjunto de quatro fatores: “o grau de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, o mínimo de risco e um alto grau de satisfação por parte dos usuários” (p.272).

Devido á grande subjetividade do conceito em análise, para se começar a compreendê-lo, segundo Pisco (2001a), é necessário conhecer as suas características: não é um valor absoluto (pode significar diferentes coisas em diferentes contextos e não se pode quantificar), é multidimensional e variável com o tempo (a evolução dos conhecimentos aumentam a capacidade dos profissionais e as expectativas dos doentes). Consequentemente e como já foi referido, o conceito de qualidade, nem sempre tem uma explicação única e objetiva, originando várias interpretações resultantes e dependentes da ótica do observador (Hespanhol, 2004; Pisco, 2001b; Santos et al., 2010; Sousa 2010). Alguns exemplos são apresentados por Ribeiro et al. (2008) e Sousa (2010): para os gestores, qualidade prende-se com a concretização dos objetivos delineados e com a rentabilização dos investimentos; os profissionais prestadores de cuidados tendem a confundir qualidade com a obtenção de resultados clínicos e com aptidões técnicas; relativamente aos utentes, estes definem qualidade tendo em conta o acesso aos cuidados de saúde, a continuidade dos mesmos e as relações interpessoais desenvolvidas com os profissionais.

Para além de se reconhecer as perspetivas distintas dos diferentes atores, também é imprescindível, identificar e compreender as relações existentes entre elas, uma vez que, a ação coletiva entre todos os intervenientes é determinante para uma melhoria contínua da qualidade em saúde (Revez & Silva, 2010; Serapioni, 2009; WHO, 2006): os gestores, não conseguem desenvolver e implementar estratégias adequadas de qualidade sem que os profissionais de saúde, clientes e comunidade estejam envolvidos; os prestadores de cuidados para poderem atuar dentro de uma política de qualidade, têm que conhecer e compreender as necessidades e expectativas dos clientes; por sua vez, para obterem melhores resultados de saúde, os utilizadores dos serviços e comunidade em geral têm que participar e influenciar a gestão e os serviços que recebem.

A complexidade inerente ao conceito de qualidade em saúde dificulta a sua medição/avaliação, a identificação de áreas de atuação e a implementação de melhorias. Com o intuito de clarificar o referido conceito, muitos estudiosos decompõem a qualidade em vários elementos integrantes, também denominados de componentes ou dimensões. Quatro dimensões principais da qualidade, relacionadas entre si, foram reconhecidas por Saltman e Figueras (1997, cit. in Lopes, 2007): cuidados efetivos e apropriados, eficiência no uso dos recursos, resultados de saúde e satisfação do cliente. Por sua vez, a WHO (2006), identificou seis áreas ou dimensões da qualidade, sendo elas: Efetividade, Eficiência, Acessibilidade, Equidade, Segurança e Cuidados Centrados no cliente. A estas últimas dimensões, Campos et al. (2010) no PNS 2011-2016, acrescentam mais quatro: Adequação; Oportunidade; Continuidade e Respeito. Muitos outros autores, nomeadamente, Bittar (2001), Pereira (2009) e Sousa (2010), defendem o modelo proposto por Donabedian (1980), que considera que a qualidade em cuidados de saúde assenta numa tríade de dimensões, constituída por: estruturas (estrutura física e organizacional), processos (modo com os cuidados são prestados e recebidos) e resultados (efeitos dos cuidados no estado de saúde dos utentes consequentes da combinação entre o meio ambiente envolvente, as estruturas e processos, incluindo o aumento do conhecimento do utente, mudanças salutaras de comportamento e estilos de vida e a sua satisfação com os cuidados recebidos).

Em suma, embora não exista um consenso geral sobre a definição de qualidade em saúde e os diferentes componentes que a constituem, acredita-se que a sua melhoria implica uma abordagem centrada no cidadão/cliente, tendo como um dos principais objetivos assegurar o grau de satisfação do mesmo relativamente aos cuidados de saúde, dando resposta às suas necessidades e correspondendo ou superando as suas expectativas.

Avaliar e medir qualidade em serviços de saúde, é essencial para o planeamento, organização, coordenação e controle das atividades desenvolvidas, contribuindo também para a identificação de aspetos que carecem de melhorias e para a redução de recursos económicos (Bittar, 2001; Campos, 2004; Quintino & Saraiva, 2010). No entanto, para se medir qualidade assistencial dos cuidados de saúde, de acordo com Kluck, Guimarães, Ferreira e Prompt (2002), Tronchin, Melleiro e Mota (2006) e Vituri e Matsuda (2009), torna-se indispensável a elaboração e monitorização de indicadores. Os indicadores não são uma medida direta da qualidade mas sim unidades de medida de atividades que estão relacionadas com a qualidade em si, tal como afirmam Duarte e Ferreira (2006) e Mezomo (2001, cit. in Pereira, 2009). Ao longo dos tempos os indicadores mais utilizados em saúde, de acordo com Pereira (2009), foram as taxas de mortalidade e morbidade associados às doenças e os indicadores demográficos, sociais e ambientais. Atualmente, e ainda de acordo com o mesmo autor, os referidos indicadores têm sido associados e cruzados com outros indicadores orientados para a medição da produtividade, da eficácia financeira e com os níveis de satisfação dos clientes relativamente aos serviços de saúde recebidos.

Através de uma pesquisa bibliográfica podem-se encontrar diversos projetos implementados em Portugal, com o intuito de promover e avaliar a qualidade nas organizações de saúde, são alguns exemplos: o Moniquor, o Qualigest, os Manuais da qualidade na Admissão e Encaminhamento, os indicadores de desempenho, normas de orientação clínica (NOC), a medição de estados de saúde, a avaliação da satisfação dos utilizadores dos serviços, etc. Especificamente falando da área de enfermagem, verificam-se algumas iniciativas que visam a melhoria da qualidade, como por exemplo: em 2001 a Ordem dos Enfermeiros (OE), define formalmente os padrões de qualidade do exercício das funções de enfermagem; em 2005 inicia-se o Projeto dos Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem; implementação do Modelo de Desenvolvimento Profissional e também se verifica a realização de estudos de avaliação da satisfação dos utentes, assim como de construção e/ou aferição á população portuguesa de escalas que permitem essa avaliação.

Apesar das melhorias já observadas, ainda existe um longo caminho a percorrer para se atingir na área de saúde níveis de qualidade elevados e prestação de cuidados de excelência. As áreas de intervenção prioritárias, na opinião de Silva, Lopes, Massapina e Santos (2007) são: "(...) a prática clínica, organização e prestação de cuidados de saúde, acessibilidade aos serviços, equidade, cidadania, gestão do conhecimento, ações para a mudança, promoção da saúde e satisfação dos utentes" (p. 9).

Em consonância com o que foi dito anteriormente, pode-se afirmar que todos os

cidadãos têm direito á vida com qualidade e aos serviços de saúde com eficácia, cuja missão consiste na satisfação das suas necessidades e expectativas. Associado ao facto de os clientes terem alterado as suas atitudes e estarem cada vez mais conhecedores e cientes dos seus direitos, a prestação de serviços e cuidados de saúde de qualidade, é hoje uma condição imprescindível e obrigatória (Eriz & Figueiredo, 2004; Ribeiro, 2008; Sousa, 2010). Aliás, os clientes não só esperam como exigem, que os serviços de saúde satisfaçam as suas necessidades e ofereçam cada vez melhores cuidados (Sousa, 2009), assim como reivindicam o direito a uma maior participação na tomada de decisões e a mais informações e com maior clareza sobre os cuidados que lhes são prestados (Campos et al., 2010). Vários fatores, como: maior preocupação que as pessoas têm com as questões de saúde e a atitude que assumem perante tudo o que se relaciona com esta (Eriz & Figueiredo, 2004); aumento do nível educacional, associado à maior facilidade de acesso e divulgação de informação, tendo como consequência a adoção de um papel mais interventivo por parte da população (Franco & Florentim, 2006); assim como a evolução técnico-científica e a mudança de cultura que promove a responsabilidade social (Sousa, 2010), contribuem para o aumento dessa exigência. Neste sentido, a melhoria da qualidade em saúde apresenta-se, como uma responsabilidade e dever dos profissionais e uma expectativa e direito dos utentes, surgindo como “uma resposta para garantir adequação e efetividade às crescentes necessidades sempre em mudança dos cidadãos” (Malato, 2010, p. 18).

Num processo de melhoria contínua da qualidade, compete a todos os profissionais de saúde prestar cuidados de excelência ética, técnica e científica, baseados nas evidências e nas melhores práticas conhecidas, responsabilizar-se pela auto-regulação da qualidade, desenvolver uma estratégia de comunicação interna e externa e promover autonomia e responsabilidade de cada individuo e da população em geral (Biscaia, 2007, cit. in Revez & Silva, 2010). Visto a qualidade ser um dever da equipa multidisciplinar, logicamente “nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível nos esforços para obter qualidade” (OE, 2001, p. 4), ou seja, a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros contribui em grande medida para a qualidade global dos serviços de saúde (Pereira, 2009). Aliás, os enfermeiros foram reconhecidos como uma comunidade profissional e científica de grande importância no funcionamento dos serviços de saúde, constituindo um dos seus pilares de suporte e que desempenha um papel crucial na garantia da prestação de serviços de qualidade, uma vez que são estes profissionais que ministram uma grande parte dos cuidados de que os cidadãos necessitam (OE, 2003; Silveira, Fávero & Pereira, 2003; Sousa, 2006).

No seio da equipa multiprofissional, o enfermeiro, distingue-se pela sua formação específica e experiência profissional “que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente á pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (OE, 2003, p.8), atuando, de uma forma responsável e ética, respeitando os direitos e interesses, legalmente protegidos dos cidadãos (ponto 1 do Artigo 8.º das Funções do enfermeiro de cuidados gerais da OE, 2003) e focalizando a prestação dos seus cuidados no cliente, tendo como objetivos principais promover a qualidade de vida e maximizar a sua satisfação (Almeida et al., 2010).

A profissão de Enfermagem tem a particularidade de ter como instrumento de trabalho o ato de cuidar de forma holística, centrado no indivíduo como um ser total (físico, psíquico e espiritual) que tem passado e futuro, dotado de crenças, desejos, expectativas e necessidades que influenciam e determinam as suas experiências no continuum saúde-doença (Martins & Dias, 2010), atuando em todas as faixas etárias, ao longo do ciclo de vida, centrando-se não só no indivíduo, mas também na família e comunidade. Assim, o enfermeiro “é simultaneamente um recurso e um elemento da comunidade, encontrando-se numa situação privilegiada de proximidade” com a população em geral (Gomes, 2011, p.18). As referidas características (e muitas outras) permitem que o enfermeiro estabeleça com o cliente, nas mais variadas situações, nomeadamente em momentos de crise, um canal privilegiado de comunicação, favorável à interação e partilha de expectativas, confiança, valores e sentimentos, indispensável para a identificação, compreensão e atendimento das suas necessidades e desejos, possibilitando o desenvolvimento de uma relação terapêutica de ajuda. A importância de uma relação de ajuda, baseada na escuta ativa e que proporciona o envolvimento e participação do indivíduo e respetiva família na elaboração de um plano de intervenção especificamente orientado para as suas necessidades e condições de saúde, prende-se com o fato de potenciar a adesão consciente e ativa ao tratamento, reduzir o erro na prestação de cuidados e melhorar a qualidade desses mesmos cuidados, maximizando a satisfação do indivíduo (OPSS, 2010).

A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica aptidões inerentes a qualquer enfermeiro, mas também exige capacidades específicas adquiridas e desenvolvidas por enfermeiros especialistas. Uma vez, que estes profissionais, de acordo com Leite (2006), são detentores de competências clínicas adequadas às necessidades singulares de cada cliente, assim como desenvolvem competências a nível da conceção, gestão (planeamento/estratégia) e supervisão de cuidados (gestão operacional), assessoria, formação e investigação. Um estudo realizado por Dellasega e Zerbe (2000) no qual se compararam resultados dos cuidados prestados por enfermeiros generalistas e especialistas revelou uma relação direta entre a eficácia dos cuidados, o bem-estar do indivíduo e família

e a formação especializada dos enfermeiros. O incontestável contributo dos cuidados de enfermagem na qualidade global dos serviços de saúde também foi demonstrado por autores como Brooten, Youngblut, Kucher e Bobo (2004), que simultaneamente reforçaram uma diferenciação significativa no contexto da prática especializada em enfermagem, através de um estudo no qual concluíram que utentes cuidados por enfermeiros especialistas desenvolviam melhores mecanismos de adaptação à doença, aderiam melhor e mais facilmente ao tratamento, recorriam menos vezes ao serviço de urgência, apresentavam uma menor taxa de reinternamento e apresentavam graus de satisfação mais elevados. Os referidos resultados prendem-se com o fato de o enfermeiro especialista aprofundar o conhecimento sobre as atitudes e mecanismos do indivíduo aos processos de vida e problemas de saúde, o que lhe permite, como já foi dito, dar uma resposta totalmente adaptada e adequada às necessidades desse mesmo indivíduo. Saliente-se o papel do enfermeiro especialista de reabilitação devido à sua abrangente área de atuação que se move dos cuidados em situações agudas para situações crónicas de longa duração, direcionada quer para a prevenção de complicações originárias de doenças que podem gerar incapacidades, quer para a implementação de intervenções com o objetivo de promover a melhor independência possível (Faro, 2006) e pela pertinência, já há muito comprovada da sua intervenção junto de doentes que apresentam patologias do foro respiratório, os quais integram o presente estudo. O enfermeiro de reabilitação assume não só junto do cliente mas também dos seus pares um papel de educação, orientação, aconselhamento, referência e liderança, sendo responsável por gerir os cuidados de enfermagem e rentabilizar os recursos disponíveis, supervisionando os programas de redução do risco e reeducação funcional, monitorizando e introduzindo no processo de prestação de cuidados os ajustes necessários, com o objetivo de promover práticas de qualidade, seguras e eficazes e garantir a satisfação do cliente (Rocha, 2011).

Façamos aqui um pequeno à parte para referir o aumento da prevalência de doenças crónicas, nomeadamente do foro respiratório, por se considerar pertinente para a compreensão do enquadramento e pertinência do presente estudo. Em Portugal, as doenças do foro respiratório constituem uma das principais causas de morbilidade e mortalidade atingindo cerca de 40% da população, com tendência para o aumento da sua prevalência, conseqüente, entre outros fatores, também do cenário atual de crise económica mundial, uma vez que em quase todos os países, as pessoas mais pobres são as que correm maior risco de desenvolver doenças respiratórias crónicas e morrer prematuramente devido a estas doenças (Direcção Geral da Saúde, 2012). Entenda-se por doenças crónicas, de acordo com a WHO (s/d, cit. in Associação Portuguesa de Hipertensão Pulmonar, 2005), doenças que apresentem uma ou mais das seguintes características: permanentes, originam

incapacidades/deficiências residuais, causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Ou seja, a pessoa com doença crónica padece de uma patologia, na maioria dos casos, evolutivamente incapacitante que a afeta a nível clínico, físico, emocional e psicológico, familiar, social, educacional, profissional e laboral (APHP, 2005). Consequentemente estas patologias e a morbilidade associada implicam cuidados de saúde mais complexos e constantes, reinternamentos frequentes, aumento dos dias de internamento e conduz ao desenvolvimento de complicações do estado funcional do indivíduo. Também e particularmente neste contexto, a satisfação dos clientes com os serviços de saúde e especificamente com os profissionais de enfermagem, nomeadamente enfermeiros especialistas de reabilitação, assume um papel relevante, visto poder condicionar os mecanismos de gestão dos problemas de saúde e consequentemente a adesão e colaboração com o processo terapêutico, assim como adoção de comportamentos mais saudáveis contribuindo para o aumento da qualidade de vida (Gomes & Mendes, 2008; Sousa et al., 2008). No entanto, quando se avalia o nível de satisfação de doentes crónicos é necessário ter em conta que, tal como afirma Negrão (2003), estes utentes por um lado apresentam conhecimentos aprofundados da sua patologia o que contribui para se tornarem mais críticos e menos satisfeitos com os cuidados recebidos, mas por outro lado, o fato de estarem extremamente dependentes dos profissionais de saúde, contribui para que muitas vezes sejam benevolentes e relutantes em criticarem esses mesmos profissionais.

Importa para o presente estudo, compreender que quando um indivíduo é hospitalizado integra, mesmo que temporariamente, um novo grupo social particular e distanciado do seu círculo habitual de relações sociais, sendo obrigado a adotar um novo papel, o “papel de doente” e a agir de acordo com as “regras” e “expectativas” dos profissionais de saúde (Melo, 2005; Serra, 2005). Simultaneamente, o cliente sente-se vulnerável devido ao facto de estar doente e com limitações físicas, ao estar longe da família que está condicionada a um horário de visitas, restringido a um ambiente novo com normas e rotinas muito específicas e claramente distintas dos seus hábitos de vida, submetido muitas vezes a procedimentos que desencadeiam sentimentos de despersonalização e sente-se totalmente dependente dos profissionais de saúde (Oliveira & Guirardello, 2006; Serra, 2005; Serapioni, 2009). Todos estes fatores podem contribuir para o desenvolvimento de um impacto negativo e gerador de stress, insegurança, angústia, desconforto e de ansiedade, ou por outro lado, podem levar a atos de revolta, agressividade física e verbal e à recusa em colaborar no tratamento, sendo estes menos frequentes segundo afirma Serra (2005). Os clientes internados apresentam frequentemente graus consideráveis de sofrimento

psicológico, de acordo com Corney (2000, cit. in Serra, 2005), ou seja, o processo de hospitalização para além dos problemas intrínsecos ao diagnóstico e tratamento, apresenta também outras variáveis consequentes de alterações psicológicas e sociais do doente (Gomes & Mendes, 2008). No entanto, doentes com internamentos repetitivos, geralmente quando padecem de patologias crónicas, muitas vezes já estão adaptados ao meio hospitalar, aos profissionais de saúde e ao seu processo de doença. Assim, experiências anteriores, do próprio indivíduo ou até de pessoas que lhe são próximas, podem influenciar o modo como este encara e avalia o seu papel de doente, a hospitalização e/ou desempenho dos profissionais de saúde (Serra, 2005). Não podemos esquecer, apesar de ser uma minoria, os clientes que se sentem por si só satisfeitos com o facto de estarem internados, uma vez que a sua qualidade de vida em ambiente hospitalar é superior à qualidade de vida no seu ambiente habitual, nomeadamente indivíduos pertencentes a classes socioeconómicas baixas e/ou sem apoio familiar (Serra, 2005).

Conhecer, aceitar e compreender a perspetiva do cliente durante o seu processo de doença e de internamento, torna-se indispensável para uma boa prática profissional e prestação de serviços de enfermagem de qualidade (Melo, 2005). Durante a permanência no hospital, o enfermeiro desempenha um papel essencial na assistência ao cliente, prestando cuidados particulares que vão desde a admissão do doente à alta hospitalar e inserção/readaptação à família e sociedade (Barbosa & Melo, 2008; Oliveira & Guirardello, 2006). Também o facto de o enfermeiro ser uma presença constante e muito próxima do cliente, torna-o no profissional mais capacitado para o desenvolvimento da relação terapêutica, assim como lhe permite detetar com maior facilidade as alterações que se processam ao longo das vinte e quatro horas do dia, sendo muitas vezes o elo de ligação entre o doente e os restantes profissionais de saúde. Neste sentido, o enfermeiro assume um importante papel de agente facilitador da adaptação do cliente ao processo de hospitalização e à sua condição de saúde, assim como ocupa uma posição de destaque para garantir a qualidade dos cuidados prestados e influenciar a satisfação do cliente e família (Barbos & Melo, 2008; Sousa, Landeiro, Pires & Santos, 2011).

Atualmente acredita-se que o tipo de comunicação que se estabelece entre enfermeiro e o cliente e a informação dada a este último e à respetiva família, para além de ser um direito legal do indivíduo, também proporciona e potencializa a manutenção da sua independência e adaptação à doença e ao processo de hospitalização, aumentando os níveis de adesão e satisfação ao tratamento e cuidados de saúde (Costa & Jurado, 2006; Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010; Serra 2005; Teixeira, 2004). O facto de o indivíduo estar informado proporciona-lhe um sentido de controlo diminuindo a sensação de vulnerabilidade, ou seja, compreender e ter conhecimento sobre a sua situação e de

todos os procedimentos a que é submetido, saber o que pode e deve fazer, permite-lhe desenvolver mecanismos de coping e de adaptação ao “papel de doente” (Gomes & Mendes, 2008).

Perante a descrição processada, compreende-se quando se afirma que a enfermagem é uma profissão de relação e que é neste "contexto de relação profissional entre enfermeiro e doente que são encontradas formas de transmitir a informação" (Deodato, 2006, p. 29). Cabe ao profissional compreender e conhecer as dúvidas, necessidades, expectativas e características psicológicas, culturais e cognitivas do cliente, proporcionando-lhe o nível adequado, personalizado e desejado de informação (Martins, 2009; Roter & Hall, 1993, cit. in Costa & Jurado, 2006; Santos et al., 2010; Teixeira, 2004). Uma vez, que a informação só irá beneficiar aqueles que a pretendem, se for dada de acordo com o que lhes agrada e de forma a que a compreendam (Ervin, 2006; Melo, 2005), aliás, a informação dúbia ou com elevado grau de incerteza parece ter consequências mais negativas que a informação completa ou ausência total da mesma (Serra, 2005). Várias são as investigações já realizadas acerca do domínio em estudo. Em concreto, estudos realizados por Melo (2005), indicam que os doentes conhecedores da sua situação clínica tendem a estar mais satisfeitos com os cuidados recebidos, apresentam índices mais baixos de perturbação emocional e ansiedade, aderem mais facilmente ao tratamento, têm internamentos mais curtos e necessitam de menor quantidade de fármacos. Enquanto, a desvalorização da comunicação e falta de informação durante a prestação de cuidados tem como consequência uma avaliação negativa da qualidade desses mesmos cuidados e elevados níveis de insatisfação por parte dos clientes (Melo, 2005; Santos et al., 2010; Teixeira, 2004).

Com o objetivo de analisar o contexto da transmissão da informação a doentes que se encontrem em situações de doença grave e construir uma teoria de médio alcance que contribuísse para a compreensão do processo de troca de informação entre enfermeiro e doente, Martins (2008) recorreu a um estudo qualitativo utilizando como metodologia a Grounded Theory para análises de entrevistas a enfermeiros, doentes oncológicos internados e indivíduos que sofreram de episódios agudos de uma patologia recentemente mas que não se encontravam internados, alcançando os seguintes postulados: a informação ao doente promove a autonomia, diminui a vulnerabilidade e contribui positivamente para a sua recuperação, enquanto a ocultação da informação causa ansiedade, mais queixas, tristeza, aumento da dependência, potencia o sofrimento e levam á insatisfação com os cuidados recebidos e o ambiente de cuidados tem influência positiva no processo em estudo quando se centra na pessoa doente, tendo por sua vez uma influência negativa quando se centraliza na doença, nos profissionais ou na própria organização. No decorrer deste estudo

e com o intuito de avaliar a satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença e a relação com algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e ganhos em saúde, o mesmo autor desenvolveu um trabalho de cariz quantitativo, descritivo-correlacional na amostra anteriormente referenciada. Dos elementos da população que no último ano necessitaram de cuidados diferenciados, quase metade referiu ter obtido respostas claras aos seus pedidos de informação, no entanto a outra metade admite que isso não foi uma constante ou que a resposta não foi dada. Apesar da grande maioria dos inquiridos referir desejar ser completamente informado sobre a sua situação, muitos assumem ser incapazes de reclamar e exigir que os profissionais os clarifiquem, assumindo uma postura de submissão e pouco questionadora. Todos os inquiridos indicaram o médico ou enfermeiro como os profissionais que mais informações transmitem. Por sua vez, cerca de metade dos inquiridos afirmam que os cuidados e tratamentos a que foram submetidos foram antecedidos de explicações clarificadoras, enquanto 36,6% referiu que algumas vezes isso não sucedeu e 10,64% referiu que muitas vezes não obtiveram nenhuma explicação. É também significativa a percentagem de 8,09% de indivíduos que referiu que as informações referidas pelos profissionais não foram concordantes entre si. Relativamente aos doentes internados aquando a realização do inquérito, os dados obtidos acerca das questões referenciadas são mais positivos, uma vez que quase dois terços mencionam ter obtido respostas claras às suas questões e apenas 25,98% relatou que tal não foi uma constante, enquanto 87,40% afirmam que nenhum profissional se recusou a responder às suas questões. Uma percentagem de 14,57% dos inquiridos admitiu que já lhe foram prestados cuidados e tratamentos sem explicações prévias. O autor do estudo sugere que os valores apresentados em doentes internados são mais positivos pelo facto de estes se encontrarem numa fase aguda da patologia, presumindo-se a continuação da necessidade de receberem cuidados de saúde, podendo este ser um fator inibidor da verbalização de apreciações menos positivas mesmo que seja de forma inconsciente. Ainda relativamente às respostas obtidas de indivíduos internados, 85% considera que a informação transmitida á sua família foi adequada e 30% afirmam ser da opinião que os profissionais transmitem mais informações à família do que ao próprio doente. Também neste grupo o médico continua a ser considerado a principal fonte de informação e a grande maioria refere ter obtido pouca informação pela parte dos enfermeiros. Uma percentagem de 10% dos elementos afirma ter detetado inconstância na concordância da informação fornecida pelos diferentes profissionais de saúde. Ainda no decorrer do mesmo estudo, Martins (2008), construiu e validou a escala de avaliação da satisfação dos doentes com a informação que detêm sobre a doença (ECsD), concluindo que em ambas as amostras os dados indicam insatisfação com a informação obtida, sendo esta mais pronunciada nos doentes internados e quanto

mais dias internados menos satisfeitos se encontram os doentes. O autor sugere como justificação desta conclusão a possível relação entre a demora do internamento e a gravidade da doença e a presença de fatores de co morbilidade, como a idade mais avançada, maior vulnerabilidade dos doentes e a situações em que se tende ocultar mais informações aos doentes. A insatisfação também é mais evidente em doentes mais vulneráveis nomeadamente os residentes em ambientes rurais, com menores habilitações literárias e desempregados ou com profissões associadas a menores níveis socio-económicos.

Os resultados apresentados vão de encontro á opinião de Johansson et al. (2002), quando afirma que os enfermeiros devem apresentar e desenvolver competências comunicacionais adequadas, uma atitude empática e devem ser capazes de fornecer a informação correta, adequada e necessária ao cliente e família, ajudando-o física e emocionalmente no seu processo de saúde/doença e hospitalização.

No sentido de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, nomeadamente em ambiente hospitalar, facilitando o processo de hospitalização e segundo o Código deontológico (secção II), para além dos deveres já mencionados, entre muitos outros, o enfermeiro também deve: realizar todas as intervenções de enfermagem com a preocupação de defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana (Artigo 78º); deve observar e respeitar os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra (Artigo 81º); atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, deve respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família e salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (Artigo 86º); sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de dar atenção à pessoa como uma totalidade única e contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa (Artigo 89.º), ou seja, o enfermeiro deve cuidar do individuo segundo uma perspetiva holística promovendo sempre a sua responsabilidade e autonomia (Martins e Dias, 2010; Revez & Silva, 2010) e como membro da equipa de saúde, deve trabalhar em articulação e complementaridade com todos os profissionais de saúde (Artigo 91.º), uma vez que só através de uma conjugação de esforços se poderá conseguir uma maior eficácia dos cuidados prestados ao cliente.

Está demonstrada a existência de uma correlação positiva e significativa entre a satisfação do doente com os cuidados de enfermagem e a satisfação global com os serviços de saúde em geral e também com o processo de hospitalização (Carvalho & Marçal, 1994, cit. in Gomes, 2008; Ervin, 2006), o que pode ser justificado pelo papel central que os

referidos profissionais assumem e pela grande quantidade de cuidados que prestam (Barbosa & Melo, 2008; Gomes & Mendes, 2008; Marques, 2000).

Os enfermeiros ao longo dos tempos têm assumido um papel preponderante em diversas áreas de atuação em saúde (prevenção da doença, promoção e restabelecimento da saúde dos utentes e população e investigação), afirmando a sua identidade específica. De facto, “assumindo um lugar cada vez mais distinto, a enfermagem tem-se afirmado como uma profissão em rápida mudança acompanhando a evolução social, científica e tecnológica” (Martins & Dias, 2010, p. 253), com o intuito de dar resposta a uma população que impõe, que os enfermeiros desempenhem as suas funções cada vez com mais competência, maior adequação e maior eficácia, tanto para ensinar como para dar resposta técnica e cultural. Neste sentido, destaca-se mais uma vez, o papel de enfermeiro especialista possuidor de saberes especializados e singulares que lhe permite a prestação de cuidados específicos e com elevado grau de adequação em determinadas áreas de atuação e como já foi referenciado anteriormente “detentor de outras competências diferenciadas ao nível da concepção e gestão de cuidados, planeamento estratégico, supervisão de cuidados, assessoria, formação e investigação” (OE, 2007, p.16). Os condicionalismos sociais e a pluralidade de necessidades em saúde, já abordadas, nomeadamente o surgimento de novas necessidades, a complexificação dos contextos, o progresso tecnológico, os progressos resultantes da evidência e a qualidade requerida, obriga a uma grande multiplicidade e diversidade de cuidados de enfermagem, que só poderão ser prestados com elevados níveis de qualidade com a contribuição de enfermeiros especialistas (Gomes, 2011; Levett-Jones, 2005; WHO, 2003).

Sempre com o objetivo de acompanhar as mudanças que se verificam na sociedade e conseqüentemente nas organizações de saúde, contribuindo para o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade, já não basta a preocupação com o “fazer”, mas sim com o “fazer bem feito” (Barbosa & Melo, 2008). Logo, todos os enfermeiros devem ter consciência que prestar cuidados de qualidade é fundamental para evitar erros ou acidentes, assim como contribui para a melhoria efetiva desses mesmos cuidados e a obtenção de ganhos em saúde (Sousa, 2010).

Por outro lado, prestar bons cuidados de enfermagem também por si só já não é suficiente, sendo imprescindível avaliar o modo como esses cuidados são prestados e como influem na saúde e na satisfação dos cidadãos e da comunidade (Barbosa & Melo, 2008; Mendonça, 2009; Pisco, 2001b), ou seja, para aperfeiçoar continuamente os cuidados prestados é essencial avaliar a qualidade dos mesmos.

Prestar cuidados de enfermagem de qualidade implica conhecimentos científicos, de

gestão (do tempo e de recursos) e valores humanísticos que estão na base da humanização dos cuidados, na solidariedade e empatia das relações. Ou seja, envolve dois tipos de intervenção, uma direccionada para o tratar através de competências técnico-científicas e outra direccionada para o cuidar com recurso à componente afetiva. Perante este enquadramento, existem duas vertentes de avaliação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos profissionais de enfermagem de acordo com Donabedian (1988, cit. in Gomes & Mendes, 2008), sendo o desempenho técnico e as relações interpessoais. O desempenho técnico corresponde ao conhecimento propriamente dito e à realização de técnicas, estando associado à eficácia dos cuidados. Por sua vez as relações interpessoais “são fulcrais, pois constituem o veículo de desempenho técnico e consequentemente da sua eficácia” (Gomes & Mendes, 2008, p. 9). Os pressupostos essenciais ao processo de relação interpessoal entre profissionais de saúde e utente/família, ainda de acordo com os mesmos autores, são: privacidade, confidencialidade, consentimento informado, empatia, honestidade, sensibilidade, tato, demonstrar interesse, preocupação, afabilidade associada ao conforto e respeito pelo individuo. As relações interpessoais são de extrema importância, uma vez que o modo como se processam influencia significativamente a adesão e colaboração do cliente às orientações fornecidas pelos profissionais e a capacidade para o autocuidado, facilitando, como já foi referido anteriormente, a adaptação à sua condição de saúde e ao processo de internamento hospitalar (Costa & Jurado, 2005; Gomes & Mendes, 2008, Serra, 2005; Sousa et al., 2011).

Salientando novamente o facto de as instituições e os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, existirem para servir os cidadãos (OE, 2003), é fundamental que seja a voz dos utilizadores a ser ouvida e que os resultados, a eficácia e qualidade dos cuidados de saúde e por força da razão dos cuidados de enfermagem, sejam definidos e avaliados a partir da opinião e extensão da satisfação dos mesmos (Alves, 2003; Eiriz & Figueiredo, 2004; Hespanhol, Ribeiro & Costa-Pereira, 2005). Dado que são os clientes que sentem os problemas e/ou necessidades a que se pretende dar resposta, tal como Silva et al. (2007) e Debono e Travaglia (2009) afirmam e simultaneamente questionam, quem melhor pode contribuir para encontrar as soluções mais adequadas do que esses mesmos clientes? Na mesma linha de pensamentos, à pergunta “Porquê medir a satisfação do cliente?” Gerson, (2006), responde “para aprender como melhorar a qualidade e aumentar a satisfação do cliente” (p. 23). Por conseguinte, quando nos debruçamos sobre a área da satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, constatamos, que este é um dos principais indicadores para a caracterização e avaliação da qualidade desses mesmos cuidados, visto refletir as opiniões dos utentes acerca das características de todo o processo de cuidar (Debono & Travaglia, 2009; Franco & Florentim, 2006; Hespanhol, Vieira &

Pereira, 2008; Johansson, Oléni & Fridlund, 2002; Ribeiro, 2003). Ou seja, a avaliação da satisfação dos clientes, permite identificar até que ponto os cuidados prestados vão de encontro às suas necessidades, desejos e expectativas, possibilita a compreensão da perceção que estes (clientes) têm acerca da qualidade dos serviços de saúde e da assistência de enfermagem (Espiridião & Trad, 2006; Fongwa, Hays, Gutierrez & Stewart, 2006; Lis, Rodeghier & Gupta, 2009), e facilita o reconhecimento das necessidades potenciais de aperfeiçoamento, áreas de intervenção prioritária e oportunidades para a construção de um serviço e prestação de cuidados de excelência e centrado no utente (Administração Central do Sistema de Saúde, 2009; Awara & Fasey, 2008).

Existem muitas evidências, que comprovam que "a melhoria da qualidade está directamente relacionada com a satisfação dos doentes" (Silva et al., 2007, p. 14) e que a satisfação é proporcional á qualidade apercebida, uma vez que quando o cliente fica satisfeito o serviço é percebido como de qualidade excepcional, sendo o inverso também verdadeiro (José & Abrantes, 2010). Porém, a satisfação do cliente para além de constituir um indicador importante na avaliação da qualidade e contribuir para a implementação de medidas que visam a sua melhoria contínua, também é, um resultado relevante dos referidos cuidados e um fator determinante nos comportamentos relacionados com a saúde, uma vez que, de acordo com Kersnika e Ropret (2002) e Franco e Florentim (2006) o cliente age de maneira diferente de acordo com o seu grau de satisfação. Partindo do pressuposto que tal como vários autores defendem, nomeadamente Awara e Fasey (2008), a satisfação é uma atitude, ao determinar a atitude do paciente, ou seja o seu nível de satisfação com os serviços de saúde, pode-se prever mais facilmente a sua resposta futura relativamente a esses serviços. Assim, os dados obtidos através da avaliação da satisfação do cliente, tem dois grandes propósitos: avaliar a qualidade dos cuidados prestados e prever o comportamento de saúde do próprio cliente (Debono & Travaglia, 2009). Em 1988, Weiss já afirmava, que existiam evidencias que a satisfação do paciente influencia determinados comportamentos, dando como exemplo, a compatibilidade com tratamentos médicos e uso de serviços médicos de forma continuada. Também Mcintyre, Soares e Pereira (2001), Espiridião e Trad (2006), Franco e Florentim (2006), Awara e Fasey (2008), Gomes e Mendes (2008), entre outros estudiosos afirmam que a satisfação do doente é decretória da eficiência dos cuidados de saúde, na medida em que, se os utentes estiverem satisfeitos existe uma maior probabilidade de aderirem ao tratamento, fornecerem informações importantes aos profissionais de saúde e utilizarem com relativa fidelidade os profissionais que os tratam. Por outro lado, mesmo que se defenda que a satisfação não tem efeitos terapêuticos específicos, sabe-se que o facto de o cliente estar satisfeito diminui a sua ansiedade e aumenta o sentido de controlo sobre a sua situação atual, o que contribui para

uma recuperação mais rápida (Renzi et al., 2005, cit. in Gomes, 2008). Consequentemente pacientes satisfeitos apresentam melhores estados de saúde e previsivelmente melhor qualidade de vida (Espiridião & Trad, 2006; McIntyre, Soares & Pereira, 2001). Logicamente, doentes insatisfeitos tendem a não cumprir as indicações e os tratamentos e devido à não continuidade dos cuidados, podem apresentar melhorias pouco significativas (Ferreira et al., 2001; Schulte, Meier & Stirling, 2011). Deste modo, importa reforçar a ideia que a satisfação dos doentes com os cuidados recebidos é também uma das principais variáveis de influência “no sucesso das estratégias de tratamento instituídas” (Martins, 2009a, p.42).

Cada pessoa, independentemente da sua patologia, necessita de cuidados personalizados e específicos (Hesbeen, 2001), pelo que, todos os enfermeiros devem ter presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, sendo vital que desenvolvam sensibilidade para lidar com estas diferenças, tendo sempre como objetivo alcançar os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (OE, 2003). Daí ser imperativo que os enfermeiros conheçam a perceção do cliente sobre os cuidados de enfermagem prestados e quais os fatores que influenciam a sua satisfação por dois motivos já referidos anteriormente: a opinião do paciente sobre o cuidado recebido fornece à equipa de enfermagem informações cruciais para planear e prestar um serviço com qualidade e porque, o paciente satisfeito adere e colabora com maior facilidade com os cuidados prestados e com o seu tratamento (Espiridião & Trad, 2006; Oliveira & Guirardello, 2006). Admitindo a importância de conhecer o nível de satisfação do utente a OE, reconhece formalmente, que a satisfação é uma das categorias de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2005, p. 52).

A satisfação “reivindicada pelo consumidor, ela é procurada e provada, banal na aparência, mas ambígua ou multiforme na sua abordagem e, finalmente, misteriosa quando procuramos compreendê-la” (Alves, 2003, p. 20). Assim sendo, a procura pela definição de satisfação, inicia-se com o reconhecimento e a aceitação, de que o referido conceito é de difícil operacionalização e definição, conseqüente á sua natureza multidimensional (Ribeiro, 2005). Ou seja, devido ao facto de a satisfação ser um conceito com contornos vagos que reúne múltiplas e diversas realidades, sendo conseqüentemente delicado, complexo e difícil de definir (Espiridião & Trad, 2006; Franco & Florentim, 2006), vários estudiosos e investigadores, debruçam-se sobre esta temática, surgindo diversas definições e níveis de análise.

A satisfação do utente é frequentemente descrita, nomeadamente por autores como McIntyre, Soares e Pereira (2001), Polizer e D’Innocenzo (2006) e Oliveira e Guirardello (2006), como sendo um sentimento de prazer ou desapontamento, resultante, da

comparação entre as expectativas do utente relativamente aos cuidados de saúde e a perceção dos cuidados efetivamente recebidos. Na mesma linha de pensamentos, Hespanhol, Vieira e Pereira (2008) e José e Abrantes (2010), afiançam que a satisfação é proporcional ao grau em que o serviço vai de encontro às expectativas do utente. Assim, o utente fica satisfeito quando a sua experiência iguala ou supera as suas expectativas, enquanto a insatisfação surge quando a experiência vivida é inferior, comparativamente com as expectativas desenvolvidas. Por sua vez, Raftopoulos (2005), considera que a satisfação é um fenómeno subjetivo que consiste numa avaliação cognitiva por parte do cliente, de todos os acontecimentos decorridos durante a prestação dos cuidados de saúde, influenciada por predisposições internas de cada indivíduo. A esta descrição, Franco e Florentim (2006), acrescentam que a satisfação é uma atitude individual e que resulta não apenas de uma avaliação cognitiva, mas também de uma reação emocional do paciente à estrutura, ao processo e/ou ao resultado dos cuidados. Esta perceção da satisfação com os cuidados de saúde, de acordo com Lobo (2008), realça a ansiedade e incertezas relacionadas e consequentes com a situação de doença e a importância do apoio emocional recebido. Diferentes autores como Awara e Fasey (2008), Debono e Travaglia (2009), Ovreit (2003, cit. in Lopes et al., 2009) e Ribeiro (2003), também afirmam que a satisfação é conferida pelo próprio indivíduo e definem-na como sendo uma consequência não só da realização das suas expectativas, mas também da realização das suas necessidades, desejos, preferências, metas, dos resultados alcançados e/ou resolução do problema de saúde que originaram a necessidade de o utente recorrer aos respetivos serviços. Importa referir, que vários estudiosos designadamente Awara e Fasey (2008), Graça (2010), Hespanhol et al. (2008), Ribeiro (2005) e Raftopoulos (2005), estão em consenso e afirmam que a satisfação é uma atitude, uma emoção ou um sentimento manifestado e avaliado através de opiniões e perceções, ou seja “não pode ser observada e medida diretamente, só pode ser inferida” (Graça, 2010, p.4), sendo por isso distinta de um comportamento. Enquanto atitude, a satisfação é constituída, por componentes afetivos, cognitivos e comportamentais (de intenção comportamental ou de tendência para a ação).

Apesar dos esforços, a satisfação é um conceito que ainda não está totalmente clarificado, devido ao facto de se saber pouco sobre a natureza e quais os fatores que a influenciam (Espiridião & Trad, 2006; Gill & White, 2009). Com o objetivo de avaliar o grau de satisfação dos clientes com os cuidados prestados pelos diferentes profissionais e em diversas instituições de saúde e identificar os principais determinantes dessa mesma satisfação realizaram-se ao longo dos tempos muitos e diversos estudos. Considera-se oportuno a menção de alguns deles e a apresentação de determinados resultados obtidos.

Tendo por finalidade identificar os determinantes da satisfação dos utentes com os

cuidados primários, Ferreira et al. (2001), desenvolveram um estudo de investigação numa amostra de 3969 utentes dos centros de saúde das três sub-regiões da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, utilizando o questionário Europep. Após análise das avaliações dos utentes relativamente aos dados sociodemográficos e de qualidade de vida, concluiu-se que: de uma maneira geral, são as mulheres as mais insatisfeitas; os jovens também são os mais insatisfeitos e os mais exigentes, especialmente nas dimensões «relação e comunicação» e «organização de cuidados»; nas dimensões «informação e apoio» e «continuidade e cooperação» os mais insatisfeitos são os utentes com menor literacia e provavelmente provenientes de classes mais baixas e os utentes que se sentem com pior qualidade de vida avaliaram mais desfavoravelmente a qualidade dos cuidados prestados.

Um estudo exploratório que visa conhecer o nível de satisfação dos utentes dos serviços de saúde da Região Norte foi realizado por McIntyre et al. (2002). A amostra em estudo foi integrada por 3 507 utentes, à qual foi aplicada o Questionário de Avaliação da Satisfação do Utente (QUASU). Os resultados obtidos sobre a avaliação global dos cuidados recebidos demonstraram que apenas 9,50% dos inquiridos se encontram insatisfeitos, enquanto uma percentagem de 49,90 % dos utentes avaliaram os cuidados recebidos como razoáveis, 34,60% como bons e 4,70% como muito bons. Relativamente aos vários aspetos dos cuidados constatou-se que os inquiridos estavam bastante satisfeitos com a componente técnica dos cuidados e com alguns aspetos da comunicação/informação e relações interpessoais, enquanto apresentam elevados graus de insatisfação com alguns aspetos da componente afetivo-relacional dos mesmos e da informação disponível sobre os serviços, o tratamento e os hábitos de saúde. Os resultados por cada dimensão de satisfação do utente foram exibidos em termos de valores médios por item e em termos de percentagem de insatisfação. Neste sentido, os inquiridos avaliaram muito positivamente todos os itens concernentes à qualidade técnica dos cuidados recebidos, particularmente no que diz respeito à competência (93% de satisfação), cuidado/dedicação em relação aos cuidados prestados (92%) e frequência com que o médico tem acertado no diagnóstico (92%). Relativamente à comunicação/informação os aspetos com taxas mais elevadas de satisfação e de percentagens de insatisfação inferiores a 15% são: compreensão da linguagem utilizada pelos profissionais de saúde no centro de saúde/hospital, atenção que o médico dá ao que o utente diz durante as consultas, atenção que o enfermeiro dá ao que o utente diz durante as consultas ou tratamento e informação que os médicos do centro de saúde/hospital dão acerca da doença ou tratamento. Por sua vez, os aspetos com maiores percentagens de insatisfação (entre 30 e 40%), por ordem decrescente, são: informação escrita sobre os serviços do centro de saúde/hospital e explicações que os técnicos de diagnóstico dão acerca dos exames que aí se fazem. Com

percentagens de insatisfação compreendidas entre 20 e 30 % aparecem os seguintes itens: informações que os enfermeiros dão para se ser mais saudável nos hábitos de saúde, informação escrita sobre a doença ou tratamento providenciado pelo centro de saúde/hospital, informação que os enfermeiros do centro de saúde/hospital dão acerca da doença ou tratamento, atenção que o técnico de diagnóstico dá ao que o utente diz durante os exames e informações que os médicos dão para se ser mais saudável nos hábitos de saúde. Também se verifica que os médicos são avaliados mais positivamente sobre a informação que dão em relação à doença ou tratamento do que os enfermeiros. Para McIntyre et al. (2002), a insatisfação dos utentes com a informação recebida mostra a grande lacuna presente nesta área, que além de ser um direito essencial do utente, é também uma condição fundamental para a sua autodeterminação e participação ativa nos processos de doença e tratamento. Especificamente falando, das lacunas relativas à informação oral, segundo as investigadoras, estas apontam para uma necessidade de formação dos profissionais de saúde neste aspeto do cuidar e para uma partilha de poder com o utente, habilitando-o para a tomada de decisões e incentivando-o ao diálogo e questionamento informado. Relativamente à dimensão afetivo/relacional dos cuidados recebidos, os aspetos com os quais os clientes estão mais satisfeitos é: empatia dos profissionais, confiança sentida em relação aos profissionais e respeito pela privacidade do doente. Apresentou uma percentagem de insatisfação de 26%, o item relacionado com o apoio emocional que os profissionais tentam dar ao doente no centro de saúde/hospital. Sucintamente as autoras revelam que os utentes estão satisfeitos com as dimensões mais formais da relação com o profissional de saúde, como a cordialidade e o respeito pela privacidade, sendo estas muito importantes por refletirem competências de atendimento e uma maior humanização na prestação de cuidados, no entanto os itens que produziram taxas de insatisfação mais elevada representam a dimensão mais íntima e pessoal do cuidar, como o apoio emocional e o interesse pelo contexto psicossocial de vida do utente, e não só pela sua doença. A satisfação dos utentes em relação à coordenação da equipa multidisciplinar foi elevada, sendo a percentagem de insatisfação de 10,60%. As autoras referem que estes resultados são encorajadores por apontarem para a existência de uma boa articulação e comunicação entre os profissionais envolvidos na prestação de cuidados. Na avaliação global dos serviços de saúde hospitalares, constatou-se que os serviços de internamento são os que apresentam taxas de satisfação mais elevadas. Por ordem decrescente de valores médios de satisfação os utentes dos serviços de internamento hospitalar avaliaram os seguintes aspetos: qualidade técnica, coordenação da equipa, relações Interpessoais, comunicação/Informação, acesso e despesas. Da avaliação da influência de variáveis sociodemográficas como a idade, sexo e nível educacionais na

satisfação dos utentes com os cuidados prestados obtiveram-se resultados significativos para a influência da idade no conjunto das dimensões de satisfação do utente e para o efeito do sexo do utente no acesso e na coordenação da equipa, apresentando as mulheres um grau de insatisfação superior ao dos homens. De uma forma geral, as autoras afirmam que a idade surge como a variável mais importante na satisfação dos utentes, sendo os utentes mais jovens que estão mais satisfeitos com as despesas, mas mais insatisfeitos com as dimensões dos cuidados de qualidade técnica, comunicação/informação e relações interpessoais, assim como a avaliação global dos cuidados recebidos também é mais positiva com o aumento da idade do utente. As autoras do estudo explicam estes resultados com o facto das pessoas mais jovens desenvolverem expectativas mais elevadas em relação aos cuidados e estarem mais conscientes dos seus direitos e do seu papel de “consumidores” adotando um papel ativo em relação a esses mesmos cuidados. Assim, ainda de acordo com as investigadoras, deve-se ter em atenção o género e especialmente a idade dos utentes, quando se pretende avaliar e intervir para melhorar a qualidade dos cuidados.

Por sua vez, um estudo empírico sobre o grau de satisfação dos clientes com os serviços de saúde e quais os fatores a ele associado, partindo do pressuposto que a teoria das representações sociais contribui para a compreensão dos processos cognitivos e afetivos subjacentes à formação dessa avaliação, foi realizado por Nascimento e Jesuíno (2003) a uma amostra de conveniência de 425 sujeitos na região de Lisboa. Entre outros resultados obtidos e conclusões tiradas salientam-se:

- O grau de satisfação global com os serviços de saúde, foi de 1,41 (dp=1,43), mostrando uma avaliação moderadamente favorável. A satisfação era mais elevada nos mais idosos e nos mais escolarizados, não se observando diferenças aplicáveis ao género, assim como os indivíduos que recorriam mais vezes aos serviços de saúde revelavam graus de satisfação superiores aos dos menos assíduos, o que, segundo os autores, vai de encontro à hipótese do papel da experiência do contato na formação de atitudes moderadoras das representações sociais;

- Com o intuito de identificar fatores explicativos da satisfação com os serviços de saúde, através de uma análise de regressão múltipla, observou-se que a satisfação geral é determinada pelas necessidades e desejos (0,35) do cliente, pela qualidade dos serviços (0,31), pela desconfirmação das expetativas (0,27) e por último pela confiança (0,07) depositada nas instituições de saúde. Após análise dos valores obtidos, Nascimento e Jesuíno (2003), afirmam que as determinantes da satisfação do cliente são instituídas por fatores intrínsecos ao próprio (como o seu estado de saúde e a avaliação que faz da sua

relação com os serviços de saúde) e pela percepção que tem da qualidade dos serviços recebidos;

- A competência profissional (0,49), posteriormente a simpatia (0,28) e por último a informação fornecida (0,15) são os fatores que influenciam a satisfação relativamente ao desempenho dos profissionais;

-A qualidade dos serviços está fortemente correlacionada com a satisfação dos pacientes.

Das conclusões retiradas por Nascimento e Jesuíno (2003) destacam-se a não confirmação da existência de elevada insatisfação com os serviços de saúde recebidos, apesar do nível de satisfação ser baixo e se reconhecerem problemas; a existência de diferentes graus de satisfação por categorias de pacientes e de serviços, lembrando a necessidade de se avaliar e orientar a satisfação dos pacientes de forma mais local e personalizada e o importante papel que a realização das necessidades e a superação das expectativas dos utentes, desempenham na construção da satisfação dos pacientes.

Com o objetivo de construir e validar um instrumento de medida acerca da satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem e avaliar a satisfação dos cidadãos, segundo Ribeiro (2008) as autoras Rodrigues e Dias (2003), desenvolveram numa primeira fase um estudo de cariz metodológica e posteriormente um estudo exploratório. A Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) é uma escala tipo likert que comporta duas dimensões: a experiência e a opinião dos utentes com os cuidados de enfermagem recebidos e foi aplicada a uma amostra constituída por 568 elementos (187 dos Cuidados de Saúde Primários e 381 dos Cuidados) residentes na Região Autónoma da Madeira. Dos resultados obtidos salienta-se que a amostra era constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino com 64,8%, sendo o grupo etário dos 15 aos 39 anos o mais representativo com 60,2 %. As médias de satisfação entre os dois sexos foi semelhante no grupo etário dos 40 a 64 anos e 65 e mais anos. Após análise da avaliação dos cidadãos com os cuidados de enfermagem, verificou-se uma média de satisfação de 167,87 (para um score mínimo obtido de 77 e um score máximo obtido de 196) sendo o desvio padrão de 21,61 na dimensão experiência e uma média de satisfação de 78,06 (para um score mínimo obtido de 27 e um score máximo obtido de 95) com o desvio padrão de 14,08 na dimensão opinião, assim como uma média de 245,93 (para um score mínimo obtido de 108 e um score máximo obtido de 291) na satisfação total.

A escala anteriormente referida foi utilizada num estudo descritivo exploratório transversal, realizado no Centro de Saúde de Machico, serviço de consulta, por Aguiar e Calaça (2007, cit. por Ribeiro, 2008). A amostra em estudo é constituída por 75,5% dos

indivíduos do sexo feminino e com a média de idades de trinta e cinco anos. As autoras concluíram que relativamente à dimensão experiência da variável satisfação, os aspetos relacionados com o desempenho, competência e atendimento uniforme proporcionado pelos enfermeiros traduziram uma maior satisfação, enquanto a falta de disponibilidade desses mesmos profissionais constituiu um indicador de menor satisfação. No que concerne à dimensão opinião as investigadoras observaram que os inquiridos se apresentavam mais satisfeitos com os aspetos relacionais dos cuidados, designadamente o atendimento humano e a atenção com vista a responder às suas necessidades. Quanto à satisfação total, concluiu-se que a satisfação dos inquiridos foi elevada, uma vez que a média de satisfação foi de 201.92 com um score máximo de 208 e um mínimo de 127, sendo o grupo etário que obteve maior satisfação foi os indivíduos compreendidos entre os 40 e 60 anos, com uma média de 200.33 e os analfabetos obtiveram uma média de satisfação superior a 215.

Também Ribeiro (2008), num estudo do tipo exploratório descritivo de nível I, intitulado “Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico”, recorreu à ESSCE. A amostra foi constituída por 63% de indivíduos do género feminino, tendo como média de idades 38 anos e sendo o grupo etário mais significativo com 37,2 % o dos 28 a 37 anos. 56% dos inquiridos são casados e a grande maioria (96,1%) insere-se numa classe sócio/familiar média. Da análise individual dos itens da dimensão experiência constatou-se que os itens que revelaram maior satisfação foram “Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado” e “Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço”, sendo os itens “Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava” e “Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia” os que indicam menor satisfação. Quando avaliada a dimensão experiência na globalidade verificou-se que os utentes revelaram uma elevada satisfação. Quanto à dimensão opinião, os utentes revelaram uma opinião muito satisfatória, sendo os itens “Como os Enfermeiros o trataram como pessoa” e “A ajuda que recebeu dos Enfermeiros” que apresentavam maior satisfação, com médias mais elevadas, enquanto que os itens com médias mais baixas são “A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa” e “A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos”. Da análise da satisfação total, o autor concluiu que os inquiridos revelaram uma elevada satisfação com os cuidados de enfermagem, uma vez que se obteve um score máximo de 291 e um score mínimo de 104.

Por sua vez, Martins (2009b), desenvolveu um estudo de investigação intitulado “Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento:

contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa”. A amostra foi integrada por 254 indivíduos internados por patologia oncológica em unidades de internamento de Cirurgia Geral e Especialidades Cirúrgicas de um Centro de Oncologia português, incluídos através de uma amostragem consecutiva no dia da alta. Globalmente falando, o autor afirmou que os inquiridos estão satisfeitos com os cuidados recebidos. No entanto, a dimensão com avaliações mais positivas foi a referente aos cuidados de enfermagem e a com pior apreciação foi a concernente aos serviços e organização dos cuidados. O autor não encontrou uma relação estatisticamente significativa entre os valores médios do global e de cada uma das dimensões da PATSAT 32 e o número de dias de internamento dos inquiridos e a zona de residência, chegando-se à mesma conclusão quanto à idade e género dos indivíduos. Tendo em conta os indivíduos que trabalham, estes apresentam níveis de satisfação mais elevados do que os aposentados e os desempregados e estudantes, sendo os mais satisfeitos os que têm uma profissão associada aos estratos socioeconómicos baixo e médio-baixo. Ao longo do estudo revelou-se que os inquiridos se encontram satisfeitos com os cuidados recebidos, especialmente na dimensão relativa aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Tendo em conta as variáveis sociodemográficas, apenas se verificou a influência das habilitações literárias, no que se refere à satisfação com os cuidados de enfermagem e com os serviços e organização dos cuidados e para a profissão/ocupação, no que se refere à satisfação com os cuidados de enfermagem. Os autores apresentam como fator de motivação para estas diferenças encontradas, a qualidade da interação que se estabelece entre os doentes e os profissionais de enfermagem.

A satisfação do doente cardíaco com os cuidados de enfermagem foi alvo de um estudo quantitativo, não-experimental, descritivo-correlacional e transversal, realizado por Silva (2011), numa amostra de 90 doentes, sendo 64,4% do sexo masculino e 36.6% do sexo feminino com uma idade média de 64,17 anos, que se encontravam internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Coronária. O instrumento de colheita de dados era constituído por 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). A autora concluiu que os indivíduos do sexo masculino se encontravam 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. Os inquiridos viúvos, os residentes em meio rural, os licenciados e os indivíduos com uma vida profissional ativa apresentavam níveis de satisfação mais elevados. No que diz respeito ao APGAR familiar, a autora verificou uma

relação positiva com a satisfação, sendo que quanto melhor a funcionalidade familiar melhor a satisfação com os cuidados de enfermagem. Referente às variáveis clínicas, mostravam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem os indivíduos com história prévia de hospitalização, os que fazem medicação e os que tinham outras doenças para além da patologia cardíaca. Neste estudo 37,8% dos utentes encontravam-se pouco satisfeitos, 28.9% estavam satisfeitos e 33.3% muito satisfeitos.

Tal como se verificou nos estudos apresentados e de acordo com Gerson (2006), só se pode saber se os clientes estão satisfeitos com os serviços prestados se medirmos os seus níveis de satisfação. E, “como saber o que o cliente necessita, quer ou espera? Perguntando!” (Gerson, 2006, p. 7). O método mais fidedigno para conhecer as perceções de qualidade e o grau de satisfação dos clientes consiste, meramente, em perguntar-lhes (Carvalho et al., 2008), só assim se pode saber o porquê de um cliente estar insatisfeito e poder intervir no sentido de tentar corrigir a lacuna, com o objetivo de aumentar o grau de satisfação.

Independentemente da área de especialidade, segundo o regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 122/2011, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Envolvendo também, como já foi mencionado anteriormente, as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem quer generalista quer especializada. Sendo a investigadora (autora do presente estudo) Enfermeira Especialista de Enfermagem de Reabilitação, a desempenhar funções no Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde da Guarda, ciente das suas competências e deveres, associado à consciencialização da satisfação dos clientes ser uma componente dos cuidados de enfermagem, assim como um indicador da qualidade dos mesmos, propôs-se realizar um trabalho de investigação com carácter científico sobre a satisfação dos utentes internados no referido serviço. A questão central de investigação subjacente à problemática do presente estudo expressa-se da seguinte forma: “Quais as determinantes da satisfação dos clientes internados no Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde da Guarda, face a Cuidados de Enfermagem?”

Considera-se pertinente a questão elaborada devido à importância e necessidade de se avaliar a satisfação dos clientes de uma forma local e personalizada, uma vez que só assim se pode, a partir da evidência científica, melhorar a qualidade dos cuidados prestados,

direcionando-os ao encontro das necessidades, desejos e expectativas, desses mesmos clientes.

Na elaboração de qualquer estudo torna-se indispensável traçar objetivos que se pretendem alcançar, sendo estes definidos por Fortin (2009) como enunciados declarativos que definem as variáveis chave, a população alvo e a orientação da investigação. Neste pressuposto, os objetivos delineados para este trabalho são:

1. Determinar os aspetos do cuidar em enfermagem dos com os quais os utentes, se sentem mais satisfeitos e aqueles que geram menor satisfação;
2. Avaliar os níveis de satisfação dos utentes internados no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, com os cuidados de Enfermagem;
3. Avaliar a influência das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, área de residência e nível socioeconómico) na satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem;
4. Determinar o efeito da funcionalidade familiar na satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem;
5. Conhecer o efeito das variáveis de contexto clínico (experiências anteriores de internamento, dias de internamento e tipo de patologia) na satisfação dos utentes face aos cuidados de Enfermagem.

Em suma, o presente trabalho pretende conhecer o grau de satisfação dos utentes do Serviço de Pneumologia da Guarda face aos cuidados de enfermagem e preditivos da mesma, tendo a pretensão de tentar ajudar a clarificar os fatores que influenciam o conceito em estudo, poder contribuir para a implementação de mudanças necessárias na prática de enfermagem com vista a melhorar a qualidade dos cuidados prestados e simultaneamente colaborar para a visibilidade do trabalho da equipe de enfermagem nas instituições de saúde.

Importa referir que ao longo do presente documento, o indivíduo utilizador dos cuidados de saúde é designado igualmente de cliente, paciente, utente ou doente subjacente a uma lógica linguística. Não esquecendo no entanto, que o conceito de qualidade em saúde pressupõe a prestação de cuidados onde o indivíduo assume o papel de verdadeiro cliente.

2. MATERIAIS E MÉTODO

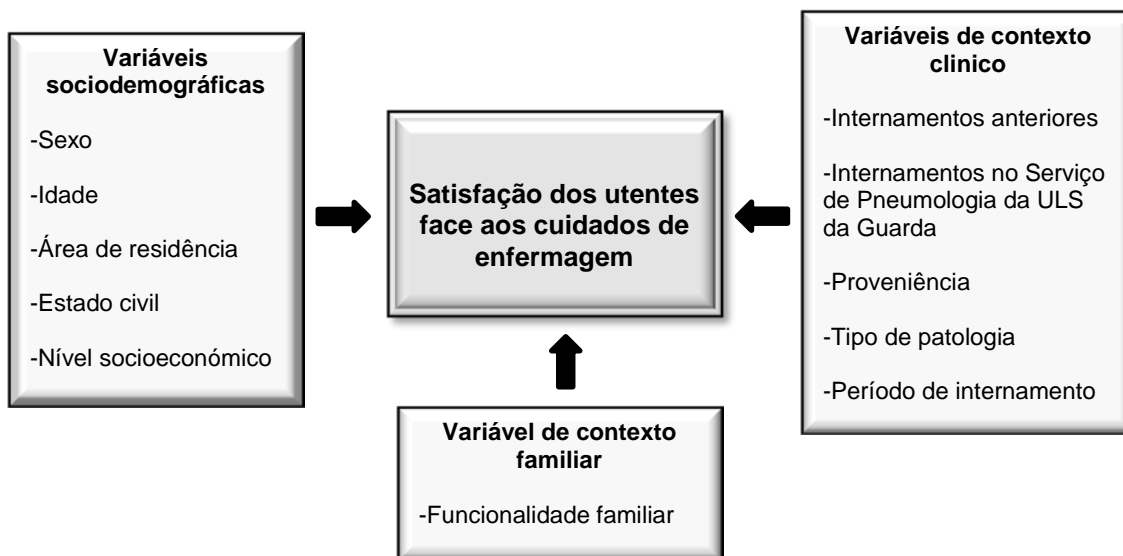
Neste capítulo pretende-se descrever a metodologia utilizada no desenvolvimento do presente estudo. Ou seja, em concreto, serão abordados os elementos básicos do processo metodológico: tipo de estudo, variáveis e sua operacionalização, delimitação da população e respetiva amostra estudada, instrumento de colheita de dados utilizado e procedimentos inerentes à colheita de dados e respetivo tratamento estatístico

Face a este enquadramento, salientamos que o desenho de investigação obedeceu a um tipo de estudo de natureza quantitativa, não experimental, transversal e descritivo-correlacional, uma vez que consiste num processo sistemático de colheita de dados quantificáveis, não ocorrendo manipulação de variáveis independentes e tentar-se-á determinar a existência de relações entre as variáveis.

Relativamente às variáveis, teve-se em conta que as mesmas devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional ou seja devem ser mensuráveis permitindo a sua categorização e que a sua seleção deve estar relacionada com os objetivos inicialmente delimitados. Neste contexto, considera-se, neste estudo, a satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem como sendo a variável dependente e as variáveis de contexto sociodemográfico (sexo, idade, área de residência, estado civil e nível socioeconómico), de contexto familiar (funcionalidade familiar) e de contexto clínico (internamentos anteriores, internamentos anteriores nos Serviço de Pneumologia, proveniência aquando o internamento, motivo de internamento ou tipo de patologia - aguda ou crónica - e período de internamento) como sendo as variáveis independentes. Foram selecionadas as referidas variáveis tendo em conta os objetivos previamente definidos e por se considerarem essenciais para a compreensão do domínio problemático em estudo. Falando especificamente das variáveis inerentes ao contexto clínico, estas foram inseridas no estudo por refletirem a experiência do cliente com os serviços de saúde e por se supor que conseqüentemente influenciam a sua avaliação e satisfação com os cuidados de enfermagem.

Tendo por referência a questão de investigação, a delimitação das variáveis e o enquadramento dos objetivos da presente investigação, elaborou-se uma representação esquemática, expressa pela Figura 1, com o intuito de demonstrar o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis em estudo.

Figura 1: Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis em estudo



Importa referir que o processo de operacionalização das variáveis coincide com a descrição funcional das dimensões do instrumento de colheita de dados utilizado, o qual se encontra contextualizado no subcapítulo 2.2.

2.1 – PARTICIPANTES

O ideal numa investigação é estudar a totalidade dos elementos constituintes numa população, porém estas circunstâncias tornam-se quase impossíveis, daí que em regra se estude apenas uma porção da população, referenciada como amostra. A amostra é concetualizada como um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, sendo representativa quando as suas características se assemelham o mais possível às da população alvo (Fortin, 2009).

Para o presente estudo seleccionou-se como população alvo os clientes internados no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda e como população acessível, todos aqueles que apresentavam os critérios pré-definidos para inclusão no estudo: - utentes conscientes e orientados (de acordo com os registos de enfermagem); - período de internamento superior a três dias (por se considerar que um intervalo de tempo inferior poderia não ser o suficiente para o individuo desenvolver a sua opinião de forma fundamentada e concisa); - utentes que tiveram alta hospitalar durante o tempo delimitado para recolha de dados (o formulário foi aplicado no dia de alta, por se considerar que quanto maior o tempo decorrido entre a alta hospitalar e a recolha de dados, maior a probabilidade de enviesamento das respostas; este critério foi incluído, por se saber que, tal como afirma Serra (2005), o grau de satisfação com

o serviço de internamento é influenciado em grande medida pelo nível do estado de saúde/homeostasia do cliente, pelo que se torna imprescindível contextualizar o momento em que se efetua a colheita de dados.); - utentes que de livre vontade pretenderam participar no presente estudo (o consentimento foi pedido antes de iniciar a recolha de dados e após leitura cuidadosa do cabeçalho do formulário, explicação da natureza do estudo e dos seus objetivos, assim como do direito de aceitar ou recusar participar no estudo).

No pressuposto deste referencial metodológico, recorreu-se à amostragem não probabilística accidental, com a consciência de que este método apresenta o risco de ser menos representativa da população alvo, do que a amostragem probabilística. A amostragem utilizada considera-se não probabilística, porque "cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra" (Fortin, 2009, p. 208) e accidental porque "é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado, num momento preciso, como por exemplo, as pessoas hospitalizadas" (Fortin, 2009, p. 208).

O perfil da amostra final inclui 70 elementos, dos quais 27 são do sexo feminino (38,6%) e 43 do sexo masculino (61,4%), com idades compreendidas entre 28 e 91 anos, sendo a média de 66,74 anos.

2.2 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Selecionou-se como instrumento de colheita de dados o formulário, por ser aplicado com maior facilidade à amostra selecionada, que se previa poder ser constituída por vários idosos e que estes poderiam apresentar um baixo ou nenhum grau de escolaridade, associado a problemas de visão, entre outros, que dificultassem a tarefa de auto-preenchimento de um questionário. Considerando Fortin (2009), as vantagens da opção pela utilização de um formulário incluem: a possibilidade do seu preenchimento completo sem extravio, o conhecimento das condições no qual é aplicado e a sua possibilidade de aplicação a uma população heterogénea. Apresenta como desvantagens: o maior dispêndio de tempo, a dificuldade de manter o anonimato e a necessidade da presença física de alguém consciente da problemática. Porém, estas desvantagens foram ultrapassadas em virtude da totalidade da colheita de dados ter sido processada pela autora da investigação.

Assim, o presente trabalho de investigação teve por base um formulário (Anexo I), que se inicia com uma breve apresentação da investigadora, seguida da explicação dos objetivos do estudo e algumas notas de esclarecimento como a necessidade de as

perguntas serem respondidas com sinceridade baseadas apenas na opinião da pessoa, o fato de os dados serem anónimos e os resultados do estudo poderem ser colocados à disposição de quem os solicitar. O “corpo” do instrumento de colheita de dados é maioritariamente constituído por perguntas fechadas, distribuídas por três secções, as quais foram utilizadas devido às vantagens que apresentam: serem de fácil codificação e análise, permitirem uma resposta rápida e facilitarem a abordagem de temas delicados, reforçando a fidelidade e diminuindo o esforço mental dos respondentes (Fortin, 2009).

A **secção 1** incorpora questões referentes a variáveis de contexto sociodemográfico (sexo, idade, estado civil, área de residência e nível socioeconómico) e de contexto familiar (funcionalidade familiar).

Para se operacionalizar o Nível Socioeconómico recorreu-se ao “Índice de Graffar”, que consiste numa classificação social internacional estabelecida pelo professor Graffar (Bruxelas). O método baseia-se no estudo do conjunto de cinco critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspeto do bairro onde habita a família. A cada um destes critérios correspondem cinco categorias denominadas pelo autor de “graus”. Os “graus” são pontuados de 1 a 5 em ordem crescente da sua disposição, ocupando uma posição social segundo as seguintes classes: Classe alta; Classe média alta; Classe média; Classe média baixa e Classe baixa. Posteriormente é feito o somatório das diferentes pontuações para posicionar o doente no escalão que o mesmo ocupa na sociedade. Quanto mais alta for a pontuação, mais baixo é o nível de vida, sendo os doentes caracterizados da seguinte forma: ao somatório 5-9 corresponde a Classe I - Classe Superior Alta, ao somatório 10-13 corresponde a Classe II - Classe Superior Baixa, a valores entre 14-17 corresponde a Classe III - Classe Média, ao somatório 18-21 corresponde a Classe IV - Classe Inferior Alta e ao intervalo 22-25 corresponde a Classe V - Classe Inferior Baixa.

Para a mensuração da Funcionalidade familiar recorreu-se à utilização da escala “Apgar familiar”, elaborada em 1978 por Smilktein. Com o objetivo de quantificar a perceção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família, a referida escala é dividida em cinco perguntas que pretendem avaliar a adaptação intra-familiar, a convivência e comunicação, o crescimento e desenvolvimento, o afeto e a dedicação à família. Cada uma das cinco questões tem três possibilidades de resposta: “quase sempre”, correspondendo a uma cotação de 2 pontos; “algumas vezes”, correspondendo a uma cotação de 1 ponto e “quase nunca”, correspondendo a uma cotação de 0 pontos. A avaliação final resulta da soma das pontuações, que varia entre o mínimo de 0 e o máximo de 10. Sendo que se considera:

“família altamente funcional” para scores entre 7 e 10; “família moderadamente funcional” para o somatório entre 4 e 6 e “família com disfunção acentuada” para scores entre 0 e 3.

Importa referir que para melhor compreensão dos resultados optou-se por estratificar a amostra em três grupos etários, sendo eles: dos 28 aos 48 anos, dos 49 aos 60 anos e idades superiores a 70 anos.

A **secção 2** refere-se a dados de contexto clínico nomeadamente internamentos anteriores, internamentos anteriores no serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, motivo de internamento ou tipo de patologia (patologia crónica ou aguda), proveniência aquando o internamento (transferência de outro hospital, transferência de outro serviço de internamento da ULS da Guarda, serviço de urgência ou consultas externas) e período de internamento em dias. Relativamente a esta última variável para facilitar a interpretação dos dados obtidos delimitaram-se três intervalos: uma semana de internamento (até 7 dias), duas semanas de internamento (8 a 14 dias) e superior a duas semanas de internamento (mais de 14 dias).

A **secção 3** é constituída pela Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) aferida para a população Portuguesa por Rodrigues e Dias (2003) e pretende avaliar a variável dependente em estudo a “satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem”. Para a validação da escala as autoras mencionadas, de acordo com Ribeiro (2008) utilizaram a escala LOPSS, obtendo um coeficiente de correlação satisfatório. Os itens da escala foram fatorizados, tendo sido usada para a extração dos fatores a análise dos componentes principais. Conjuntamente com os resultados dos valores próprios o teste gráfico de Catell (1966) foi usado para determinar o número de fatores a extrair e posteriormente foi efetuada uma rotação varimax. Uma solução fatorial satisfatória foi definida com os conceitos de estrutura simples de Kaiser (1958), na qual cada item está relacionado com um fator. Ou seja, a escala ESCCE foi submetida a um processo de validação que lhe confere validade do constructo.

A Escala utilizada é tipo likert que descreve comportamentos de enfermagem e categoriza a Satisfação do cidadão face aos Cuidados de Enfermagem em duas seções, cada uma constituída por uma subescala que refletem duas dimensões diferentes: a “dimensão experiência” e a “dimensão opinião”. Ao utilizar esta escala pretende-se avaliar a variável em estudo tendo por base a experiência e a opinião dos utentes face aos cuidados de enfermagem recebidos.

A primeira subescala é composta por 28 itens, que refletem a satisfação do cliente através da dimensão experiência. Esta dimensão refere-se á experiência dos utentes com os cuidados de enfermagem recebidos. Dos 28 itens, 18 são positivos (1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26) e revelam satisfação e 10 são negativos (2, 3, 4, 5, 6,

13, 16, 20, 22, 27) revelando insatisfação. Cada item tem sete alternativas de resposta, segundo o grau de concordância baseado na escala tipo likert: «discordo completamente», «discordo muito», «discordo um pouco», «nem discordo nem concordo», «concordo um pouco», «concordo muito» e «concordo completamente». Neste sentido, cada item pode ir de um mínimo de 1 correspondendo ao «discordo completamente», a um máximo de 7 correspondendo ao «concordo plenamente», nos itens positivos. Nos itens negativos as pontuações são convertidas, ou seja, o 1 passa a corresponder ao «concordo plenamente» e o 7 ao «discordo completamente». Assim, a pontuação mais alta exprime sempre uma melhor satisfação. No final, obtém-se a soma de todos os itens, podendo atingir um score máximo de 196 e um score mínimo de 28. No sentido de facilitar a interpretação dos resultados considerou-se oportuno determinar três níveis de variação: Muito satisfatória, moderadamente satisfatória e pouco satisfatória.

A segunda subescala integra 19 itens, que refletem a satisfação do utente através da dimensão opinião que estes têm. Ou seja, esta dimensão revela as opiniões dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos. A cada item corresponde cinco alternativas de resposta: «insatisfeito», «pouco satisfeito», «bastante satisfeito», «muito satisfeito» e «completamente satisfeito». A pontuação é atribuída da esquerda para a direita, de um mínimo de 1 que corresponde ao «insatisfeito» e a um máximo de 5 correspondente ao «completamente satisfeito». No final, obtém-se a soma de todos os itens, podendo ser obtido um score mínimo de 19 e um score máximo de 95. Com o mesmo objetivo de facilitar a interpretação dos resultados obtidos, também relativamente á dimensão opinião, determinaram-se três níveis de variação: muito satisfatória, moderadamente satisfatória, pouco satisfatória.

A satisfação total dos utentes inquiridos resulta da soma de todos os itens das duas subescalas, podendo alcançar um score máximo de 291 e um score mínimo de 47. Considera-se que quanto mais alto o valor obtido, maior a satisfação dos utentes. No entanto, para uma análise, interpretação e descrição mais objetivas e precisas dos resultados obtidos, considerou-se adequado e indispensável delimitar três intervalos de variação da variável em estudo: satisfação elevada, satisfação moderada e baixa satisfação.

2.3 – PROCEDIMENTOS

Como já foi referido anteriormente, selecionou-se como matriz de instrumento de colheita de dados o formulário, por se considerar ser o mais adequado à população em estudo. Para a sua aplicação foi pedida previamente autorização formal ao Conselho de Ética da ULS da Guarda, que foi anuída favoravelmente (cf. Anexo II).

Posteriormente foi realizado um pré-teste a 23 clientes internados no serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, com intuito de garantir que o instrumento de colheita de dados estava elaborado de forma clara e adequada á população alvo. Não foram identificadas dificuldades de interpretação ou outras, pelo que não foram feitas alterações. Procedeu-se á aplicação do formulário durante o mês de Novembro e Dezembro de 2011.

A colheita de dados foi efetuada pela investigadora, apesar de esta estar consciente do risco de obter respostas evasivas ou falseadas devido ao fato já existir uma relação entre os inquiridos e a inquiridora. Por outro lado, também se considerou vantajoso a existência dessa relação por ser baseada em laços de confiança. Foi sempre reforçada a ideia que as respostas por parte dos clientes deveriam ser sempre sinceras, pois só assim os resultados seriam fidedignos e contribuiriam para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A informação recolhida foi tratada e processada no programa de estatística SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para Windows.

Do ponto de vista da análise estatística a amostra em estudo foi mensurada recorrendo-se a medidas de tendência central (média), medidas de dispersão (coeficiente de variação e desvio padrão) e medidas da forma da distribuição dos elementos da amostra (medidas de assimetria e achatamento), de acordo com as características das variáveis em estudo. Partindo deste pressuposto, os resultados relativos a variáveis qualitativas serão apresentados recorrendo a frequências absolutas (n) e relativas (%) e os resultados referentes às variáveis quantitativas serão apresentados recorrendo a: medidas de tendência central – Média (\bar{x}); medidas de dispersão – Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV%); e medidas de assimetria e achatamento.

Para análise do coeficiente de variação (CV)¹, que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra admitem-se os intervalos de dispersão sugeridos por Pestana e Gageiro (2003, p.89): $CV \leq 15\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão moderada e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

¹ Medida de dispersão que relativiza a comparação entre amostras.

A medida de assimetria Skewness (SK) calcula-se através do quociente entre (SK) com erro padrão (Std. Error). Se $SK/Stderror$ oscilar entre -1,96 e 1,96 a distribuição é simétrica, enquanto que, se $SK/Stderror < -1,96$, a distribuição é assimétrica negativa ou enviesada à direita e quando $SK/Stderror > 1,96$, a distribuição é assimétrica positiva ou enviesada à esquerda (Pestana & Gageiro, 2008). As medidas de achatamento ou curtose (K) também se obtêm pelo quociente $K/Stderror$. Sendo a distribuição mesocúrtica se $-1,96 < K/Stderror < 1,96$; platicúrtica quando $K/Stderror < -1,96$ e leptocúrtica se $K/Stderror > 1,96$.

Relativamente à estatística inferencial, e tendo como objetivo o estabelecimento de relações entre variáveis, foram aplicados testes estatísticos paramétricos e para estudo de proporções de estatística, os não paramétricos. Na análise dos resultados foram objeto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos paramétricos utilizados²:

- **Teste t de Student**, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais (Pestana & Gageiro, 2008);

- **Análise de Variância (ANOVA), procedimento One-Way com teste de contrastação entre grupo Tukey**, que permite analisar o efeito de um fator na variável endógena/dependente testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. É uma extensão do teste t de Student, mas o One-Way Anova permite comparar duas ou mais médias. No teste t de Student a variável exógena é dicotómica, enquanto no One-Way Anova tem de ser apenas qualitativa, com duas ou mais categorias. Quando se testa a igualdade de mais de duas médias, e dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se aos testes Post-hoc, à análise da tendência ou às comparações planeadas, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2008);

² Tal como referem Pestana e Gageiro (2008) se amostra for inferior a 30, os testes estatísticos exigem a verificação da normalidade, cuja validação se faz através do teste K-S ou do teste de Shapiro-Wilk e no caso de violação da normalidade leva a que se recorra aos testes não paramétricos. Como a nossa amostra tem um n de 70, segundo estes autores poderá optar-se pela realização de testes paramétricos como foi o caso.

- **Correlação de Pearson³**, para medir a intensidade da associação entre as variáveis intervalo/rácio em estudo, em que a proximidade a $(\pm) 1$ indica uma associação muito forte, $(\pm) 0,70$ indica uma forte correlação, entre $(\pm) 0,30$ a $0,7$ indica correlação moderada e de 0 a $(\pm) 0,30$ indica fraca correlação (Fortin, 2009);

- **Teste de Levene**, utilizado para constatar a homogeneidade das variâncias populacionais. É um teste particularmente robusto a desvios da normalidade;

- **Teste de Qui-Quadrado (X^2)⁴**, para o estudo de relações entre variáveis nominais, aplicando-se quando a variável nominal tem duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Se as diferenças entre os valores observados e esperados não se considerarem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, rejeita-se a hipótese de independência (Pestana & Gageiro, 2008).

Efetuarão-se também análises de resíduos ajustados para identificação dos valores significativos, pois como referem Pestana e Gageiro (2008), enquanto que os testes de independência do Qui-Quadrado apenas informam se há ou não relação entre as variáveis, já os resíduos ajustados estandardizados indicam as células com comportamentos diferentes do habitual, do esperado da média. Os mesmos autores consideram para uma probabilidade igual a $0,05$, os seguintes valores de referência: $\geq 1,96$ diferença estatística significativa e $<1,96$ diferença estatística não significativa. A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Em toda a análise estatística, assume-se $0,05$ como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Assumem-se os seguintes níveis de significância: $p \geq 0,05$ - não significativo; $p < 0,05$ - ligeiramente significativo; $p < 0,01$ - muito significativo e $p < 0,001$ - muitíssimo significativo (Pestana & Gageiro, 2003).

³ O coeficiente de correlação de r de Pearson é uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas e varia entre -1 e $+1$. Quanto mais próximo estiver dos valores extremos maior é a associação linear. Segundo Murteira (1993, cit. in Pestana e Gageiro, 2003, p.189) "A correlação indica que os fenómenos não estão indissolvemente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso".

⁴ O teste Qui-Quadrado pressupõe que em tabelas superiores a 2×2 , nenhuma célula da tabela tenha frequência inferior a 1 e que não mais do que 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades. Se estes pressupostos não foram garantidos, o nível de significância pode ser enganador pelo que é aconselhável recorrer aos resíduos ajustados estandardizados.

A apresentação dos dados foi feita através de tabelas com o intuito de facilitar a sua compreensão. As fontes foram omissas em virtude de se referirem sempre ao presente estudo, sendo que a descrição e análise dos dados foram elaboradas com base na ordem temática do instrumento de recolha de dados.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após o tratamento estatístico dos dados recolhidos, chegou o momento de apresentar e analisar os resultados obtidos. Neste sentido, no presente capítulo, procurar-se-á caracterizar não apenas os scores alcançados pelos sujeitos da nossa amostra, para a variável dependente e independentes em estudo, como também analisar a associação existente entre as variáveis, tendo como diretrizes os objetivos formulados.

3.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

Na análise descritiva, a principal preocupação do investigador é descrever as características gerais da amostra em estudo e descrever os valores obtidos através da medida das variáveis. Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, a análise descritiva dos resultados será subdividida em:

- Caracterização sociodemográfica;
- Caracterização subjacente ao contexto familiar;
- Caracterização subjacente ao contexto clínico;
- Caracterização da satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.

•Caraterização sociodemográfica

Idade e Género

Pelos resultados expressos na tabela 1, constatamos que a amostra em estudo é constituída maioritariamente por elementos do sexo masculino (61.4%), sendo os restantes, 38.6% do género feminino. Apresenta uma média de idades de 66.74 anos, sendo a idade mínima de 28 anos e a máxima de 91 anos, com um desvio padrão de 16.49 anos e um coeficiente de variação de 24.71% que nos indica uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$). Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino (67.98 anos) é superior à do sexo feminino (64.78 anos), apresentando ambos uma dispersão média ($15\% < CV \leq 30\%$), contudo as diferenças entre médias não são estatisticamente significativas ($t = -0.788$; $p = 0.434$). Com base nas medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error), concluímos que a distribuição das

idades é assimétrica no sexo masculino e na amostra total, sendo simétrica no sexo feminino. Relativamente às medida de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, na amostra total e em ambos os sexos é mesocúrtica.

Tabela 1: Estatísticas relativas à idade segundo o género

Idade	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Feminino	27	34	87	64.78	16.62	-1,31	-0.66	25.65
Masculino	43	28	91	67.98	16.49	-2.24	-0.49	24.25
Total	70	28	91	66.74	16.49	-2.43	-0.93	24.71

(t=- 0.788; p=0.434)

Observando os resultados em função da distribuição da amostra por grupos etários (tabela 2), constatamos que o grupo etário mais representativo é constituído por idades >70 anos (48.6%), seguindo-se o grupo dos 49 aos 69 anos (30.0%) e o grupo etário dos 28 aos 48 anos, este com uma representatividade de 21.4%. Discriminando a análise em função do sexo podemos constatar que os inquiridos do sexo masculino com idades >70 anos apresentam uma maior percentagem (55.8%), enquanto que o grupo etário mais representativo no sexo feminino é o que compreende idades entre os 49 a 69 anos (40.7%). O grupo etário dos 28 aos 48 anos é o grupo menos representativo tanto no sexo masculino (20.9%) como no feminino (22.2%). Analisando os valores do Qui Quadrado, os mesmos não revelam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2.907$; $p=0.234$).

Tabela 2: Distribuição da amostra por grupo etário em função do género

Sexo Grupo Etário	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	n	%	n	%	Feminino	Masculino
28 a 48 anos	6	22.2	9	20.9	15	21.4	0,1	-0,1
49 a 69 anos	11	40.7	10	23.3	21	30.0	1,6	-1,6
>70 anos	10	37.0	24	55.8	34	48.6	-1,5	1,5
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	$\chi^2=2,907$ $p=0,234$	

Estado civil, área de residência, nível socioeconómico e género

Pela análise da Tabela 3, constata-se que o estado civil predominante é o casado/união de facto (65.70%), registando-se, de seguida, igual percentagem (17.1%) de inquiridos solteiros/separados e de viúvos. Da análise em função do sexo verifica-se que, tal como na amostra total, o estado civil mais representativo é o casado/união de facto, no sexo feminino com 70.4% e no sexo masculino com 62.8%. Também se observa que, existe uma maior

percentagem de homens solteiros/separados (20.9%) comparativamente com a amostra feminina (11.1%), enquanto a mesma percentagem de 18.5% representa em ambos os sexos o estado viúvo. Apesar de não se reunirem condições para a realização do teste de Qui-Quadrado, podemos concluir pela análise dos valores residuais ajustados que não existem diferenças estatísticas significativas associadas à representatividade do estado civil em função do sexo (res. <1.96).

Quanto ao local de residência, 52.9% dos inquiridos reside em meio rural e 47.1% em meio urbano. A maioria dos inquiridos masculinos (65.1%) habita em meio rural, contrariamente aos elementos femininos (66.7%) que habitam maioritariamente em meio urbano. Analisando os valores de Qui Quadrado constata-se que as diferenças estatísticas são significativas ($\chi^2=6.724$; $p=0.01$), localizadas, segundo os valores residuais, no grupo masculino residente em área rural e no grupo feminino que habita em meio urbano.

No que respeita ao estatuto socioeconómico, 40% da amostra pertence a uma classe inferior alta, 31.4% a uma classe média, representando os restantes 28.6% dos indivíduos inquiridos a classe superior baixa (15.7%), a classe superior alta (8.6%) e a classe inferior baixa (4.3%). Tal como na amostra total, verifica-se que a maioria dos homens (41.9%) está inserido numa classe inferior alta e as minorias de 11.6% (n=5) numa classe superior alta e de 7% (n=3) numa classe inferior baixa. Relativamente à amostra feminina 44.4% e 37% pertencem à classe média e classe inferior alta respetivamente e uma minoria de 3.7% (n=1) inclui-se na classe superior alta, não se evidenciando nenhum elemento inserido na classe inferior baixa. De salientar que não se verificam diferenças estatisticamente significativas (res. <1.96).

Tabela 3: Caracterização sociodemográfica da amostra em função do género: estado civil, área de residência e nível socioeconómico

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Fem.	Masc.		
Estado civil										
Casado/união de facto	19	70.4	27	62.8	46	65.8	0.7	-0.7		
Solt./Separado	3	11.1	9	20.9	12	17.1	-1.1	1.1		
Viúvo	5	18.5	7	16.3	12	17.1	0.2	-0.2		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				
Área de residência										
Urbano	18	66.7	15	34.9	33	47.1	2.6	-2.6		
Rural	9	33.3	28	65.1	37	52.9	-2.6	2.6		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	$\chi^2=6.724$ $p=0.01$			
Nível socioeconómico										
Classe superior alta	1	3.7	5	11.6	6	8.6	Não aplicável			
Classe superior baixa	4	14.8	7	16.3	11	15.7	-0.2	0.2		
Classe média	12	44.4	10	23.3	22	31.4	1.9	-1.9		
Classe inferior alta	10	37.0	18	41.9	28	40.0	-0.4	0.4		
Classe inferior baixa	-	-	3	7.0	3	4.3	Não aplicável			
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				

•Caraterização subjacente ao contexto familiar

Funcionalidade familiar

Relativamente à funcionalidade familiar (Tabela 4), observa-se que em média os homens apresentam melhor score do que as mulheres (0.51 para 0.44), com uma dispersão elevada em ambos os sexos e na amostra total (CV>30%). Contudo, as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas ($t=-0,342$; $p=0,733$). Tendo em conta os valores de referência para valores de simetria (skewness) e de achatamento (kurtosis) podemos afirmar que a distribuição da funcionalidade familiar é assimétrica positiva enviesada à esquerda e mesocúrtica para a totalidade da amostra e em ambos os géneros.

Tabela 4: Estatísticas relativas à funcionalidade familiar segundo o género

Funcionalidade familiar	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Feminino	27	0	2	0.44	0.75	3.08	0.41	170.45
Masculino	43	0	2	0.51	0.83	3.19	-0.71	162.74
Total	70	0	2	0.49	0.79	4.22	-0.50	161.22

($t=-0.342$; $p=0.733$)

Recorrendo à análise da tabela 5, constata-se que a grande maioria da amostra estudada (70%) percebe a sua família como sendo altamente funcional, enquanto 18.6% considera que a sua família apresenta uma disfunção acentuada e 11.4% considera a sua família moderadamente funcional. Analisando a distribuição da amostra por género, verifica-se que a maioria tanto dos inquiridos masculinos (68.8%), como dos femininos (70.4%) considera a sua família altamente funcional. No entanto, uma maior percentagem de elementos do sexo masculino (20.9%) comparativamente com os do sexo feminino (14.8%) avalia a disfunção da família como sendo acentuada. Pela análise dos valores residuais ajustados constatamos que não se verifica a existência de diferenças estatisticamente significativas ($res.< 1.96$).

Tabela 5: Estratificação da funcionalidade familiar em função do género

Funcionalidade familiar	Sexo		Total		Residuais			
	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Fem.	Masc.		
	n	%	N	%	N	%		
Altamente funcional	19	70.4	30	69.8	49	70.0	0.1	-0.1
Moderadamente funcional	4	14.8	4	9.3	8	11.4	0.7	-0.7
Com disfunção acentuada	4	14.8	9	20.9	13	18.6	-0.6	0.6
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0		

•Caraterização dos dados de contexto clínico

Internamentos anteriores em contexto hospitalar, Internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia, Motivo de internamento, Proveniência e género

Da análise dos resultados expressos pela Tabela 6, no que concerne a internamentos anteriores, verifica-se que a grande maioria dos utentes (77.1%) já tinha estado internada. Observando-se, no entanto, uma maior percentagem de inquiridos do sexo feminino (88.9%) com internamentos anteriores comparativamente aos elementos do sexo masculino (69.8%). Interpretando os valores obtidos pelo teste qui quadrado verifica-se que existem diferenças estatísticas significativas ($\chi^2=3.439$; $p=0.046$), que de acordo com os valores residuais se situam na amostra masculina que nunca foram internados anteriormente e na amostra feminina com internamentos prévios.

Dos inquiridos que já tinham estado internados, 67.1% afirmam que o internamento não decorreu no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda contra 33.3% que declaram que tal já tinha acontecido. Tendo por referência a diferenciação em termos do género, constatamos que a resposta negativa prevalece em ambos os sexos, não existindo diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0.005$; $p=0.946$).

Relativamente ao motivo de internamento atual, na maioria dos inquiridos ficou a dever-se por patologia crónica (61.4%) e os restantes 38.6% por patologia aguda. Também a análise da distribuição por género, revela que tanto no sexo masculino (58.1%), como no sexo feminino (66.7%) a grande maioria foi internada por patologia crónica. Não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0.509$ $p=0.476$).

No âmbito da proveniência dos inquiridos aquando do internamento atual, constata-se que 77.1% provêm do serviço de urgência, 14.3% das consultas externas, enquanto, uma minoria, são provenientes de uma transferência de outro serviço da ULS da Guarda (5.7%) e de outro hospital (2.9%). Analisando a distribuição por género, tanto os inquiridos os femininos (85.2%) como os masculinos (72.1%) provêm maioritariamente do serviço de urgência. Pela análise dos valores residuais ajustados não se evidenciam diferenças estatisticamente significativas ($res.<1.96$).

Tabela 6: Caracterização dos dados de contexto clínico em função do género: internamentos anteriores, internamentos anteriores no serviço de Pneumologia, motivo de internamento e proveniência

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	N	%	N	%	Fem	Masc		
Internamentos anteriores										
Não	3	11.1	13	30.2	16	22.9	-1.9	1.9		
Sim	24	88.9	30	69.8	54	77.1	1.9	-1.9		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	x ² =3.439 p=0.046			
Internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia										
Não	18	66.7	29	67.4	47	67.1	-0.1	0.1		
Sim	9	33.3	14	32.6	23	32.9	0.1	-0.1		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	x ² =0.005 p=0.946			
Motivo de internamento										
Patologia Crónica	18	66.7	25	58.1	43	61.4	0.7	-0.7		
Patologia Aguda	9	33.3	18	41.9	27	38.6	-0.7	0.7		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	x ² =0.509 p=0.476			
Proveniência										
Outro hospital	-	-	2	4.7	2	2.9	Não aplicável			
Outro serviço	2	7.4	2	4.7	4	5.7	Não aplicável			
Serviço de Urgência	23	85.2	31	72.1	54	77.1	1.3	-1.3		
Consultas externas	2	7.4	8	18.6	10	14.3	-1.3	1.3		
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				

Período de internamento e género

Da análise do período de internamento em dias, cujos resultados estão expressos na tabela 7, confere-se que este está compreendido entre 4 e 31 dias, correspondendo-lhe uma média de 11.86 dias, um desvio padrão de 5.49 dias e um coeficiente de variação de 46.29%, indicando-nos que existe uma dispersão elevada em torno da média. As estatísticas em função do género indicam que a média de dias de internamento para o sexo feminino ($\bar{x} = 12.48$) não é muito superior à do sexo masculino ($\bar{x} = 11.47$), e que ambos os géneros apresentam uma dispersão elevada ($CV > 30\%$). Verifica-se que as diferenças entre médias não são estatisticamente significativas ($t=0.751$; $p=0.455$). Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) concluiu-se que em ambos os sexos e na amostra total a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda. Relativamente às medidas de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos aferir que a distribuição dos dias de internamento é mesocúrtica para a amostra feminina e leptocúrtica para o sexo masculino e amostra total.

Tabela 7: Estatísticas relativas ao período de internamento segundo o género

Dias de internamento	n	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Feminino	27	5	30	12.48	5.99	2.73	1.86	48.00
Masculino	43	4	31	11.47	5.18	3.81	5	45.16
Total	70	4	31	11.86	5.49	4.54	4.25	46.29

(t= 0.751; p=0.455)

Por sua vez, a análise da distribuição da amostra por períodos de tempo de internamento em semanas (cf. tabela 8), revela que a maioria dos inquiridos teve um período de internamento compreendido entre as duas semanas (51.4%) e igual percentagem de 24.3%, representa os elementos com internamentos de até uma semana e mais do que duas semanas. Especificamente, observando a distribuição em função do género, constata-se que a maioria tanto dos inquiridos do sexo masculino (48.8%) como do feminino (55.6%) permaneceram internados num período associado às duas semanas. Não se verificam diferenças estatísticas significativas.

Tabela 8: Distribuição da amostra por períodos de internamento em função do género

Sexo	Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	N	%	n	%	n	%	Masc	Fem
Uma semana	5	18.5	12	27.9	17	24.3	-0.9	0.9
Dois semanas	15	55.6	21	48.8	36	51.4	0.5	-0.5
Mais de duas semanas	7	25.9	10	23.3	17	24.3	0.3	-0.3
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0	$\chi^2=0.796$ $p=0.672$	

•Caraterização da satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Como foi referenciado, aquando do enquadramento do instrumento da colheita de dados, a ESCCE é um instrumento de medida que categoriza a satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem em duas secções, cada uma constituída por uma subescala que refletem duas dimensões diferentes: a dimensão experiência (cujos scores estão compreendidos entre 28 e 196) e a dimensão opinião (com scores a oscilar entre 19 e 95). A avaliação da satisfação total resulta da soma de todos os itens das duas subescalas, podendo alcançar um score máximo de 291 e um score mínimo de 47 sendo que, quanto mais alto o valor obtido, maior o nível de satisfação.

Através da análise pormenorizada da Tabela 9, e no que diz respeito a cada uma das afirmações que refletem a experiência do utente face aos cuidados de enfermagem,

verificou-se que os itens que espelham maior satisfação, ou seja, que apresentam frequências mais altas no extremo de concordância nas afirmações positivas e extremo de discordância nas negativas são: 21- “se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço” (78.6%); 27- “Os enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava” (75.7%) e 22- “Os enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico dizia” com frequência de 70%, (importa lembrar que as duas últimas afirmações estão na negativa). Relativamente à posição extrema de discordância, as maiores percentagens de “Discordo completamente” nas afirmações positivas e “concordo plenamente” nas afirmações na negativa, verificam-se nos itens: 12- “ os enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados” (8.6%), 4- “Os enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia” (5.7%) e 11 - “os enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo” (5.7%), 3- “os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” (4.3%) e 10- “os enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo” (4.3%). Curiosamente verifica-se que na opção de resposta não “discordo/nem concordo” sobressai o item “os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares e amigos” com uma frequência de 38.6%. Realça-se o facto de não se verificar nenhuma discordância absoluta nas afirmações 1, 8, 9, 15, 17, 18, 19,20, 24, 25, 26 e 28.

Tabela 9: Frequência das afirmações dos utentes referentes às suas experiências face aos cuidados de enfermagem.

Dimensão Experiência	Discordo completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem discordo Nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo completamente
1-Sentia-me à vontade com os enfermeiros.	-	-	-	-	2.9	42.9	54.3
2-Os enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.	44.3	34.3	7.1	2.9	4.3	5.7	1.4
3-Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	18.6	37.1	14.3	7.1	7.1	11.4	4.3
4-Os enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	44.3	35.7	2.9	1.4	7.1	2.9	5.7
5-Os enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	50.0	24.3	10.0	-	4.3	8.6	2.9
6-Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	58.6	31.4	7.1	1.4	-	-	1.4
7-Estivessem ou não muito ocupados, os enfermeiros arranjavam tempo para mim.	1.4	-	1.4	1.4	8.6	55.7	31.4
8-Eu via os enfermeiros como amigos.	-	-	-	4.3	10.0	40.0	45.7
9-Os enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	-	-	-	-	5.7	34.3	60.0
10-Os enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	4.3	-	2.9	2.9	22.9	42.9	24.3
11-Os enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	5.7	-	-	4.3	5.7	22.9	61.4
12-Os enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	8.6	1.4	-	20.0	2.9	22.9	44.3
13-Os enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que o utente tinha pedido.	55.7	22.9	1.4	5.7	5.7	5.7	2.9
14-Os enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitavam.	1.4	1.4	1.4	8.6	14.3	60.0	12.9
15-Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	-	-	-	14.3	10.0	40.0	35.7
16-Os enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	60.	24.3	1.4	8.6	1.4	2.9	1.4
17-Os enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	-	-	-	1.4	2.9	34.3	61.4
18-Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros.	-	-	-	2.9	1.4	32.9	62.0
19-Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	-	-	-	4.3	8.6	35.7	51.4
20-Os enfermeiros falavam comigo com superioridade.	68.6	25.7	1.4	2.9	-	1.4	-
21-Se tivesse o mesmo outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.	1.4	-	-	2.9	2.9	14.3	78.6
22-Os enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.	70.0	18.6	1.4	2.9	4.3	1.4	1.4
23-Os enfermeiros faziam-me coisas que me faziam sentir mais confortável.	2.9	-	1.4	5.7	4.3	38.6	47.1
24-Os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	-	-	-	2.9	4.3	25.7	67.5
25-Os enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	-	-	-	4.3	24.3	48.6	22.9
26-Sentia-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim.	-	-	-	1.4	1.4	35.7	61.4
27-Os enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.	75.7	12.9	-	1.4	-	8.6	1.4
28- Os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares e amigos	-	-	1.4	38.6	17.1	25.7	17.1

Relativamente à dimensão opinião (tabela 10) observa-se que os itens que espelham maior satisfação, correspondendo à opção de escolha “completamente satisfeito” são: 10- “como os enfermeiros o trataram como pessoa” (70%) e 17- “A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos” (65.7%). Quanto à opção de escolha “insatisfeito”, constata-se que esta foi assinalada apenas na afirmação “a maneira como os

enfermeiros tranquilizavam os seus familiares ou amigos” com uma frequência relevante de 28.6%.

Tabela 10: Frequência das afirmações referentes às opiniões dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Dimensão Opinião	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente Satisfeito
1-O tempo que os enfermeiros gastam consigo	-	2.9	24.3	57.1	15.7
2-Capacidade com que os enfermeiros desempenharam as suas atividades.	-	-	8.6	35.7	55.7
3-Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou.	-	-	30.0	51.4	18.6
4-O quanto os enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar	-	-	11.4	27.1	61.4
5-A rapidez com que os enfermeiros vieram quando os chamou.	-	1.4	34.3	42.9	21.4
6-A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir como se estivessem em casa.	-	2.9	45.7	34.3	17.1
7-A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	-	12.9	27.1	32.9	27.1
8-A frequência com que os enfermeiros perguntavam se estava bem.	-	-	10.0	42.9	47.1
9-A ajuda que recebeu dos enfermeiros.	-	-	8.6	35.7	55.7
10-A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas.	-	1.4	14.3	38.6	45.7
11-A maneira como os enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	28.6	5.7	28.6	27.1	10.0
12-A forma como os enfermeiros fizeram o seu trabalho.	-	1.4	11.4	34.3	52.9
13-O tipo de informações que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	-	11.4	27.1	40.0	21.4
14-Como os enfermeiros o trataram como pessoa.	-	1.4	10.0	18.6	70.0
15-Como os enfermeiros ouviram as suas preocupações.	-	4.3	38.6	34.3	22.9
16-A liberdade que lhe deram dentro do serviço.	-	1.4	48.6	42.9	7.1
17-A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos.	-	-	12.9	21.4	65.7
18-A privacidade que os enfermeiros lhe deram.	-	7.1	30.0	48.6	14.3
19-O quanto os enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	-	-	15.7	31.4	52.9

Pela observação minuciosa da tabela 11, verificamos que os itens aos quais correspondem médias mais elevadas, revelando maior satisfação dos utentes relativamente à experiência face aos cuidados de enfermagem são: o item 21- “Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço” (6.63); o item 24- “Os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam” (6.57) e o item 26- “Sentia-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim” (6.57). Sendo o item 3- “Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” (5.01) e o item 28- “Os enfermeiros

tranquilizavam os meus familiares e amigos” (5.19) os que apresentam as médias mais baixas e que traduzem os aspetos do cuidar dos enfermeiros que os utentes revelam menor satisfação.

Tabela 11: Valor médio das afirmações dos utentes referentes às suas experiências face aos cuidados de enfermagem.

Dimensão Experiência	\bar{x}	Dp
1-Sentia-me à vontade com os enfermeiros.	6.51	0.56
2-Os enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.	5.89	1.52
3-Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	5.01	1.80
4-Os enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	5.77	1.75
5-Os enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	5.79	1.75
6-Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	6.41	0.96
7-Estivessem ou não muito ocupados, os enfermeiros arranjavam tempo para mim.	6.09	0.97
8-Eu via os enfermeiros como amigos.	6.27	0.82
9-Os enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	6.54	0.61
10-Os enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	5.66	1.35
11-Os enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	6.19	1.51
12-Os enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	5.53	1.86
13-Os enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que o utente tinha pedido.	5.89	1.72
14-Os enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitavam.	5.64	1.10
15-Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	5.97	1.02
16-Os enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	6.19	1.38
17-Os enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	6.56	0.63
18-Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos enfermeiros.	6.56	0.67
19-Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	6.34	0.81
20-Os enfermeiros falavam comigo com superioridade.	6.56	0.86
21-Se tivesse o mesmo outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.	6.63	0.951
22-Os enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.	6.37	1.30
23-Os enfermeiros faziam-me coisas que me faziam sentir mais confortável.	6.13	1.26
24-Os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	6.57	0.71
25-Os enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	5.90	0.80
26-Sentia-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim.	6.57	0.60
27-Os enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.	6.31	1.58
28- Os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares e amigos	5.19	1.17

Relativamente à dimensão opinião e após análise da tabela 12, verifica-se que os itens que apresentam médias mais elevadas, revelando maior satisfação dos utentes face aos aspetos do cuidar de enfermagem são: o item 14- “Como os Enfermeiros o trataram como pessoa” (4.57) e o item 17- “A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos” (4.53). Por sua vez, nos itens que apresentam médias mais baixas, revelando menor satisfação, destaca-se o item 11- “A maneira como os enfermeiros tranquilizaram os seus familiares e amigos” (2.84), seguindo-se o item 16 “A liberdade que lhe deram dentro do serviço” (3.56).

Tabela 12: Valor médio das afirmações referentes às opiniões dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Dimensão Opinião	\bar{x}	Dp
1-O tempo que os enfermeiros gastaram consigo	3.86	0.71
2-Capacidade com que os enfermeiros desempenharam as suas atividades.	4.47	0.65
3-Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou.	3.89	0.70
4-O quanto os enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar	4.50	0.70
5-A rapidez com que os enfermeiros vieram quando os chamou.	3.84	0.77
6-A maneira como os enfermeiros o fizeram sentir como se estivessem em casa.	3.66	0.80
7-A quantidade de informação que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3.74	1.00
8-A frequência com que os enfermeiros perguntavam se estava bem.	4.37	0.66
9-A ajuda que recebeu dos enfermeiros.	4.47	0.65
10-A maneira como os enfermeiros lhe explicavam as coisas.	4.29	0.76
11-A maneira como os enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	2.84	1.37
12-A forma como os enfermeiros fizeram o seu trabalho.	4.39	0.75
13-O tipo de informações que os enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3.71	0.94
14-Como os enfermeiros o trataram como pessoa.	4.57	0.73
15-Como os enfermeiros ouviram as suas preocupações.	3.76	0.86
16-A liberdade que lhe deram dentro do serviço.	3.56	0.65
17-A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos.	4.53	0.72
18-A privacidade que os enfermeiros lhe deram.	3.70	0.81
19-O quanto os enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	4.37	0.75

Analisando os dados estatísticos relativos aos scores obtidos nas dimensões do ESCCE e satisfação total (tabela 13), e no que concerne à dimensão experiência observa-se que o score mínimo alcançado é de 133 e o máximo 194, com uma média de 171.03, desvio padrão de 13.938 e coeficiente de variação de 8.15 o que nos indica uma dispersão fraca em torno da média. Relativamente á distribuição em função do género, verifica-se que os scores obtidos em ambos os géneros são muito aproximados, uma vez que o score mínimo nos homens é de 133 e nas mulheres 136, enquanto o score máximo é de 193 e 194, respetivamente, apresentando ambos uma dispersão fraca.

Quanto à dimensão opinião, o score mínimo observado é de 52 e o máximo é de 95, coincidente com o score máximo que se pode obter, com uma média de 76.23, desvio padrão de 8.922 e coeficiente de variação de 11.70, o que nos indica uma dispersão fraca. Repara-se que à semelhança do ocorrido na dimensão experiência, os scores obtidos nos dois géneros também são muito aproximados, visto que o score mínimo na amostra masculina é de 52 e o máximo 91, enquanto que no sexo feminino os scores estão compreendidos entre 54 e 95, também apresentando uma dispersão fraca em torno da média.

Analisando a soma de todos os scores obtidos, o que nos indica a satisfação total, constata-se que o mínimo corresponde a 187 e o máximo a 289, sendo a média de 247.26, desvio padrão de 20.592 e coeficiente de variação de 8.33 indicando uma dispersão fraca

em torno da média. Relativamente aos score obtidos na amostra masculina estes são idênticos aos da amostra total, enquanto que nos inquiridos do sexo feminino encontramos um mínimo de 190 e máximo também de 289.

Do ponto de vista das medidas de assimetria e achatamento, podemos constatar que a amostra total é simétrica e mesocúrtica, em todas as dimensões assim como na satisfação total. Tendo em conta a distribuição por género, verifica-se o mesmo resultado para os dois sexos tanto nas duas dimensões, como na satisfação total, à exceção da amostra feminina na satisfação total que é leptocúrtica. As diferenças entre as médias calculadas para a amostra total e em ambos os géneros não são estatisticamente significativas.

Tabela 13: Estatística relativa ao score das dimensões do ESCCE e satisfação total em função do género

Dimensões da ESCCE	Sexo	N	Min	Máx	\bar{x}	Dp	Sk/Std _{Error}	K/Std _{Error}	CV (%)
Experiência	Feminino	27	136	194	171.03	13.36	-1.17	0.82	7.77
	Masculino	43	133	193	170.51	14.42	-2.07	0.22	8.46
Total		70	133	194	171.03	13.94	-2.34	0.49	8.15 t=0.389 p=0.698
Opinião	Feminino	27	54	95	75	8.80	-0.30	0.72	11.73
	Masculino	43	52	91	77	9.02	-2.09	0.42	11.71
Total		70	52	95	76.23	8.92	-1.79	0.26	11.70 t=-0.912 p=0.365
Satisfação total	Feminino	27	190	289	246.85	20.05	-0.67	2.03	8.12
	Masculino	43	187	284	247.51	21.16	-1.67	0.11	8.55
Total		70	187	289	247.26	20.592	-1.70	0.86	8.33 t=-0.130 p=0.897

Em cada uma das subescalas referentes às duas dimensões constituintes da ESCCE podemos obter três níveis de variação da satisfação: Muito satisfatória, moderadamente satisfatória, pouco satisfatória. No que refere à satisfação total esta pode ser elevada, moderada ou baixa.

Observando a tabela 14, verificamos que a esmagadora maioria dos inquiridos (97.1%) considera a sua experiência face aos cuidados de enfermagem muito satisfatória e 2.9% representados por dois elementos do sexo masculino a considera moderadamente satisfatória. À imagem da dimensão experiência, também na dimensão referente à opinião dos utentes face aos cuidados de enfermagem, constata-se que, para a maioria de 78.6% esta é muito satisfatória e que 21.4% tem uma opinião moderadamente satisfatória. Analisando a distribuição em função do género verifica-se que em ambos os sexos, a

maioria tem uma opinião muito satisfatória e nenhum elemento apresenta uma opinião pouco satisfatória. Analisando por último, os resultados obtidos para a satisfação total em função do género, verifica-se que a esmagadora maioria dos inquiridos (97.1%) apresenta uma elevada satisfação e uma minoria de 2.9% encontram-se moderadamente satisfeitos, sendo representada por um elemento de cada sexo. Recorrendo à interpretação dos valores residuais ajustados obtidos tanto na amostra geral como em ambos os sexos verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14: Distribuição da amostra por níveis de satisfação em função do género

Variáveis	Sexo		Feminino		Masculino		Total		Residuais	
	n	%	n	%	N	%	Fem.	Masc.		
Experiência										
Muito satisfatória	27	100.0	41	95.3	68	97.1	1.1	-1.1		
Moderadamente satisfatória	-	-	2	4.7	2	2.9	Não aplicável			
Pouco satisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				
Opinião										
Muito satisfatória	20	74.1	35	81.4	55	78.6	-0.7	0.7		
Moderadamente satisfatória	7	25.9	8	18.6	15	21.4	0.7	-0.7		
Pouco satisfatória	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				
Satisfação total										
Elevada satisfação	26	96.3	42	97.7	68	97.1	-0.3	0.3		
Moderada satisfação	1	3.7	1	2.3	2	2.9	Não aplicável			
Pouco satisfação	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	27	100.0	43	100.0	70	100.0				

3.2 – ANÁLISE INFERENCIAL

Neste capítulo, será processada a análise inferencial tendo por referência a hipotética associação entre as variáveis independentes (variáveis sociodemográficas, de contexto familiar e de contexto clínico) e variável dependente em estudo (satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem), de forma a encontrar fundamento empírico que dê resposta aos objetivos da presente investigação. Saliente-se que, nesta análise apenas serão referenciados os dados estatisticamente significativos, em função dos testes estatísticos descritos.

•Género versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Em relação à influência da variável “género”, os resultados dos *testes t* de Student, tendo por referência a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem (cf. Tabela 15), indicam que os sujeitos do sexo masculino não se diferenciam, de forma estatisticamente significativa, dos sujeitos do sexo feminino relativamente às dimensões da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) e à satisfação total. Esta constatação permite inferir que, em função do género, existe uma homogeneidade nos scores médios obtidos nas duas dimensões, bem como no score total da ESCCE. Contudo, uma análise cuidadosa dos resultados evidencia que, tendencialmente são os homens que apresentam médias mais elevadas na dimensão opinião e na satisfação total, que se traduz por uma opinião mais satisfatória dos cuidados recebidos e um nível de satisfação total face aos cuidados de enfermagem mais elevado do que as mulheres. Por seu lado os elementos do sexo feminino revelam uma experiência mais satisfatória com os cuidados recebidos do que os do sexo masculino.

Tabela 15: Resultados do Test t de Student: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do género

<i>Dimensões da ESCCE</i>	<i>Sexo</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Feminino	27	171.85	13.36	0.432	0.513	0.389	0.698
	Masculino	43	170.51	14.42				
Opinião	Feminino	27	75.00	8.80	0.349	0.557	-0.912	0.365
	Masculino	43	77.00	9.02				
Satisfação Total	Feminino	27	246.85	20.05	0.854	0.359	-0.130	0.897
	Masculino	43	247.51	21.16				

•Idade versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Para se quantificar a associação entre a “idade” e a variável dependente em estudo (satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem), recorreu-se à Correlação de Pearson que, como coeficiente estatístico, nos permite conhecer a força e o sentido da associação linear, existente entre as duas variáveis. Os resultados obtidos pelas correlações, tendo por referência os níveis de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem avaliado pela ESCCE (cf. tabela 16), revelam que não existe uma associação estatisticamente significativa entre a idade e as dimensões da ESCCE, nem com a

satisfação total. Ou seja, não se verifica a influência da idade na satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Tabela 16: Resultados da Correlação de Pearson: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função da idade

Dimensões da ESCCE	r	p
Experiência	0.052	0.34
Opinião	0.207	0.43
Satisfação total	0.125	1.52

Foi nosso interesse conhecer o comportamento do grupo etário na expressão da Satisfação dos utentes da amostra em estudo face aos cuidados de enfermagem, pelo que se recorreu à realização de análise de variância (ANOVAS) com procedimentos estatísticos Post-Hoc (teste de Tukey), com o objetivo de identificar se existem diferenças significativas entre os grupos em estudo e localizar essas mesmas diferenças. No entanto, as ANOVAS (tabela 17) não revelaram a existência de um efeito significativo da variável independente (grupo etário) sobre a variável dependente. Contudo, após análise cuidadosa dos valores médios obtidos, podemos afirmar que os inquiridos com idades superiores a setenta anos apresentam valores médios mais elevados do que os restantes grupos etários. Ou seja, os utentes mais idosos, especificamente com idades superiores a 70 anos, tendem a apresentar uma experiência e opinião mais satisfatória, assim como um maior nível de satisfação total com os cuidados de enfermagem prestados, comparativamente aos indivíduos mais jovens.

Tabela 17: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: grupo etário versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Dimensões da ESCCE	Grupos etários	N	\bar{x}	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Experiência	28 a 48 anos(a)	15	170.07	16.94	0.257	0.774	a>b; p=0.997
	49 a 69 anos(b)	21	169.71	15.07			c>a; p=0.870
	>70 anos(c)	34	172.26	11.99			c>b; p=0.792
Dimensão	28 a 48 anos(a)	15	72.73	12.40	2.082	0.133	b>a; p=0.607
	49 a 69 anos(b)	21	75.57	8.71			c>a; p=0.12
	>70 anos(c)	34	78.18	6.74			c>b; p=0.537
Satisfação total	28 a 48 anos(a)	15	242.80	28.00	0.850	0.432	b>a; p=0.932
	49 a 69 anos(b)	21	245.29	19.64			c>a; p=0.461
	>70 anos(c)	34	250.44	17.27			c>b; p=0.642

•Estado civil versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

De forma a encontrar resultados mais consistentes e metodologicamente mais robustos, sentiu-se a necessidade de agrupar os dados obtidos relativos ao estado civil, tendo por referência a sua mensuração em dois grupos, agrupando num os elementos integrados no grupo dos casados (n=46) e outro os sujeitos (n=24) do grupo dos não casados (Tabela 18). Os resultados do teste t de Student, sugerem que os sujeitos casados não se diferenciam de forma estatisticamente significativa dos não casados, relativamente às duas dimensões da ESCCE e à satisfação total, o que traduz uma homogeneidade nos valores médios dos scores da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem segundo o estado civil. Todavia, uma análise cuidadosa dos dados evidencia que, são os casados a apresentar valores médios mais elevados em todas as dimensões e na satisfação total, a favor de uma maior satisfação.

Tabela 18: Resultados do *Test t de Student*: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do estado civil

<i>Dimensões da satisfação</i>	<i>Estado civil</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Casados	46	171.54	15.15	2.378	0.128	0.425	0.672
	Não casados	24	170.04	11.50				
Opinião	Casados	46	77.35	9.23	0.875	0.353	1.465	0.147
	Não casados	24	74.08	8.04				
<i>Satisfação total</i>	Casados	46	248.89	21.89	2.543	0.115	0.918	0.362
	Não casados	24	244.13	17.87				

•Área de residência versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Em relação à influência da variável “área de residência”, os resultados dos testes t de Student, tendo por referência as dimensões da ESCCE e a satisfação total (Tabela 19), não demonstraram significâncias estatísticas que nos permitam inferir acerca de um efeito significativo entre as referidas variáveis. Apesar da homogeneidade dos valores médios encontrados, após uma análise pormenorizada, verifica-se que os indivíduos residentes em meio rural apresentam valores médios superiores, comparativamente com indivíduos que habitam em meio urbano. Este facto, indica-nos que os utentes que habitam em meio rural apresentam uma experiência e opinião mais satisfatória, assim como uma satisfação total mais elevada, relativamente aos cuidados de enfermagem prestados.

Tabela 19: Resultados do *Test t de Student*: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função da área de residência

<i>Dimensões da ESCCE</i>	<i>Área de residência</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Urbano	33	170.97	15.12	1.025	0.315	-0.033	0.974
	Rural	37	171.08	13.00				
Opinião	Urbano	33	75.70	10.61	4.037	0.048	-0.458	0.649
	Rural	37	76.70	7.22				
Satisfação Total	Urbano	33	246.67	24.06	1.767	0.188	-0.225	0.823
	Rural	37	247.78	17.25				

Com o intuito de obter resultados mais consistentes sentiu-se necessidade de agrupar a mensuração dos dados colhidos referentes ao nível socioeconómico, em três grupos (ver Tabela 20) constituídos pelos seguintes elementos: 17 inquiridos inseridos na Classe superior, 22 na classe média e 31 na Classe inferior.

Considerando o efeito da variável “nível socioeconómico ” sobre a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, a generalidade dos resultados obtidos é de não verificação de efeitos significativos desta variável sobre as dimensões da ESCCE e no seu score total. No entanto, pela análise dos valores médios verifica-se que tanto nas duas dimensões da ESCCE como no score total, são os indivíduos inseridos numa classe inferior que apresentam maiores níveis de satisfação quando comparados com as restantes classes socioeconómicas, enquanto as médias mais baixas, que indicam menor satisfação, correspondem aos indivíduos pertencentes à classe média.

Tabela 20: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: *nível socioeconómico versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*

<i>Dimensões da ESCCE</i>	<i>Nível socioeconómico</i>	<i>N</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>Teste Post-Hoc</i>
Experiência	Classe superior (a)	17	170.71	17.84	0.420	0.659	a>b; p=0.929
	Classe média(b)	22	169.05	14.27			c>a; p=0.895
	Classe inferior(c)	31	172.61	11.36			c>b; p=0.636
Dimensão	Classe superior (a)	17	75.88	10.72	0.624	0.539	a>b; p=0.916
	Classe média(b)	22	74.73	9.28			c>a; p=0.825
	Classe inferior(c)	31	77.48	7.62			c>b; p=0.516
Satisfação total	Classe superior (a)	17	246.59	24.58	0.612	0.545	a>b; p=0.907
	Classe média(b)	22	243.77	22.15			c>a; p=0.841
	Classe inferior(c)	31	250.10	17.09			c>b; p=0.520

•Funcionalidade Familiar versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Em relação ao efeito da variável “funcionalidade familiar” sobre a Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem (cf. Tabela 21), pela análise de variância, a generalidade

dos resultados obtidos não revelam a existência de um efeito significativo nas dimensões da ESCCE, nem no score total. Após uma análise detalhada, verifica-se que os valores médios dos indivíduos integrados numa família moderadamente funcional indicam uma maior satisfação do que aqueles integrados em família com disfunção acentuada e estes, apresentam, em média, um nível de satisfação face aos cuidados de enfermagem superior àqueles que consideram a sua família altamente funcional, na dimensão experiência e na satisfação total. Relativamente à dimensão opinião, os valores médios encontrados nos indivíduos pertencentes a uma família com disfunção acentuada são superiores aos inseridos numa família moderadamente funcional, indicando que os primeiros apresentam uma opinião mais satisfatória relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. Também na dimensão opinião os inquiridos inseridos numa família altamente funcional são os que apresentam menores níveis de satisfação.

Tabela 21: Resultados ANOVA e teste Post-Hoc de Tukey: *funcionalidade familiar versus satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*

Dimensões da ESCCE	Nível socioeconómico	N	\bar{x}	Dp	F	p	Teste Post-Hoc
Experiência	Altamente funcional (a)	48	170.31	15.19	0.368	0.694	b>a; p=0.672 b>c; p=0.846 c>a; p=0.967
	Moderadamente funcional (b)	8	174.88	13.86			
	Com disfunção acentuada (c)	13	171.38	8,35			
Dimensão	Altamente funcional (a)	48	75.88	9.92	0.191	0.827	b>a; p=0.997 c>a; p=0.811 c>b; p=0.928
	Moderadamente funcional (b)	8	76.13	6.60			
	Com disfunção acentuada (c)	13	77.62	6.02			
Satisfação total	Altamente funcional (a)	48	246.18	22.97	0.240	0,787	b>a; p=0.817 b>c; p=0.975 c>a; p=0.902
	Moderadamente funcional (b)	8	251.00	16.43			
	Com disfunção acentuada (c)	13	249.00	12.37			

•Internamentos anteriores versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Relativamente à influência da variável “internamentos anteriores”, o teste t de Student (cf. tabela 22) demonstra que os utentes que nunca tinham estado internados anteriormente apresentam níveis de satisfação face aos cuidados de enfermagem significativamente diferentes e melhores que os sujeitos que já tinham sido internados, na dimensão opinião ($t=2.314$; $p= 0.024$) e na satisfação total ($t= 2.169$; $p= 0.034$). Relativamente à dimensão experiência, apesar do teste t de student não demonstrar diferenças estatisticamente significativas, através de uma observação cuidada dos valores médios verifica-se que também nesta dimensão são os utentes sem internamentos anteriores que apresentam médias mais elevadas, indicando uma maior satisfação.

Tabela 22: Resultados do *Test t de Student*: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função dos internamentos anteriores

<i>Dimensões da ESCC</i>	<i>Internamentos anteriores</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Não	16	176.19	14.99	0.004	0.953	1.709	0.092
	Sim	54	169.50	13.38				
Opinião	Não	16	80.63	6.65	2.501	0.118	2.314	0.024
	Sim	54	74.93	9.14				
Satisfação Total	Não	16	256.81	18.00	0.480	0.491	2.169	0.034
	Sim	54	244.43	20.61				

•Internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Da análise dos resultados dos testes t de Student referentes à influência da variável “internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia”, sobre a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem (Tabela 23) conclui-se que os utentes que nunca tinham estado internados no Serviço onde decorreu o nosso estudo (Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda) apresentam uma opinião ($t=2.332$; $p=0.023$) e níveis de satisfação total ($t=2.182$; $p=0.033$) significativamente diferentes e maiores comparativamente aos utentes que já tinham estado internados no referido serviço. No que concerne à dimensão experiência, mesmo não encontrando diferenças estatisticamente significativas, pode-se observar que os utentes sem internamentos anteriores no referido Serviço apresentam médias mais elevadas, sugerindo que consideram a sua experiência face aos cuidados de enfermagem, mais satisfatória do que os utentes com internamentos anteriores.

Tabela 23: Resultados do *Test t de Student*: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função dos internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia na ULS da Guarda

<i>Dimensões da ESCCE</i>	<i>Internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia</i>	<i>N</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>P</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Não	47	173.00	12.92	1.050	0.309	1.715	0.091
	Sim	23	167.00	15.33				
Opinião	Não	47	77.91	7.35	5.010	0.028	2.332	0.023
	Sim	23	72.78	10.87				
Satisfação Total	Não	47	250.91	17.32	3.781	0.056	2.182	0.033
	Sim	23	239.78	24.81				

•Motivo de internamento Pneumologia versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Em relação à influência da variável “motivo de internamento” sobre a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem não foram encontradas significâncias estatísticas que nos permitam inferir relações entre as variáveis (cf. Tabela 24). Em concreto, verifica-se uma homogeneidade nos valores médios dos scores da ESCCE segundo o motivo de internamento. Contudo, também se pode verificar pela análise das médias, que os utentes internados por patologia crónica apresentam médias mais elevadas na dimensão experiência, o que nos indica que a sua experiência é mais satisfatória do que a dos indivíduos com patologia aguda. Por sua vez, os valores médios obtidos, sugerem que os indivíduos internados por patologia aguda apresentam uma opinião mais satisfatória e uma satisfação total mais elevada, comparativamente aos utentes com patologia crónica.

Tabela 24: Resultados do Test t de Student: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do motivo do internamento

<i>Dimensões da ESCCE</i>	<i>Motivo de internamento (Tipo de patologia)</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>	<i>Dp</i>	<i>Levene</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Experiência	Crónica	43	171.51	13.22	0.108	0.743	0.364	0.717
	Aguda	27	170.26	15.24				
Opinião	Crónica	43	75.40	9.21	1.020	0.316	-0.986	0.328
	Aguda	27	77.56	8,44				
Satisfação Total	Crónica	43	246.91	20.30	0.012	0,914	-0.178	0.908
	Aguda	27	271.81	21.42				

•Período de internamento versus Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Com o intuito de estudar a associação existente entre o “período de internamento” e a Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, realizaram-se correlações de Pearson (cf. Tabela 25), cujos resultados não revelam a existência de associações entre as referidas variáveis. No entanto, uma análise detalhada indicia que quanto maior o período de internamento, menor é a satisfação dos inquiridos nas duas dimensões da ESCCE e na satisfação total. Isto é, quanto mais dias os inquiridos permaneceram internados menos satisfatória é a sua experiência, opinião e satisfação total face aos cuidados de enfermagem prestados.

Tabela 25 - Resultados da Correlação de Pearson: Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem em função do período de internamento em dias

Dimensões da ESCCE	r	P
Experiência	-0.197	0.051
Opinião	-0.123	0.155
Satisfação total	-0.187	0.061

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste momento, finda a apresentação e análise dos resultados, cabe-nos proceder a uma reflexão sobre as características da amostra (sociodemográficas, familiares e clínicas) e das correlações entre variáveis com valores estatisticamente significativos resultantes da aplicação dos testes estatísticos realizada na seção 3.2. No decorrer do presente capítulo também será elaborada uma discussão dos resultados obtidos, atendendo não só ao seu significado neste contexto específico, mas também, no contexto do estado atual do conhecimento neste domínio.

Analisando os resultados correspondentes à caracterização sociodemográfica, constatamos que a nossa amostra de 70 indivíduos internados no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, é constituída maioritariamente por elementos do sexo masculino (61,4%), indo de encontro aos resultados obtidos em estudos similares (Boges et al., 2009; Ferreira et al., 2012; Toyoshima, Ito & Gouveia, 2005). No entanto, os dados apurados nos censos 2011, indicam que a população residente em Portugal é constituída por 47,86% do sexo masculino e 52,14% do sexo feminino, contrariamente à amostra em estudo. O que eventualmente se poderá dever ao tipo de patologia dos utentes inquiridos e a uma deficiente cobertura amostral, que por sua vez poderá dever-se à técnica de amostragem selecionada. A idade oscila entre os 28 e os 91 anos, com uma média de 66.74 anos, sendo que o grupo etário mais representativo no sexo masculino é o que compreende idades superiores a 70 anos, enquanto no sexo feminino é o grupo que integra idades entre os 49 e os 69 anos. Estes dados, por um lado, vão de encontro aos do Censo 2011, que apontam a existência de uma tendência de envelhecimento demográfico a nível nacional, verificando-se o aumento em todas as regiões portuguesas, da proporção de idosos (idades superiores a 65 anos) na população total, sendo as regiões do Alentejo e Centro as mais envelhecidas. Porém, a feminização do envelhecimento é evidente, visto que em 2011 a nível nacional as mulheres representavam 58% da população idosa (Perista & Perista, 2012) e em particular na região centro, a população idosa é constituída por 24,8% de mulheres e 19,8% de homens. Ou seja, o fenómeno de envelhecimento observado na população portuguesa é mais acentuado nas mulheres e aumenta à medida que se consideram idades mais avançadas (INE, 2013; Perista & Perista, 2012), inversamente ao observado na nossa amostra. Estas diferenças, no nosso entender, também poderão estar relacionadas com uma deficiente cobertura amostral induzida pela técnica de amostragem utilizada.

A maioria dos utentes (65,70%) são casados/união de facto, seguindo-se os solteiros/separados e viúvos com igual percentagem de 17.1%. Considerando a distribuição por género, ambos são maioritariamente casados/união de facto, encontrando-se um maior percentagem de homens solteiros/separados (20,9%) contra 11,1% de mulheres com o mesmo estado civil. Enquanto se verifica o inverso no estado civil viúvo, visto existir uma percentagem de 18,5% de viúvas e 16,3% de viúvos. Contextualizando a nossa amostra a nível nacional, constatámos que, segundo os censos 2011, cerca de 50% da população da região Centro é casada, 37% solteira, 8% viúva e 5% divorciada. Dos óbitos ocorridos em Portugal, em 2011, resultaram 13442 viúvos e 32150 viúvas, verificando-se assim, uma maior percentagem de mulheres viúvas, tal como na nossa amostra.

Quanto à zona de residência, 52,9% dos inquiridos reside em meio rural e 47.1% em meio Urbano, tal como no estudo de Silva (2011). Porém, os dados nacionais, mais uma vez, não vão de encontro a estes resultados, visto que em 20 anos a percentagem da população portuguesa vivendo em cidades aumentou 25% e que em 2009 uma percentagem de 60% já residia em meio urbano, continuando-se a observar a tendência de concentração nas grandes Cidades (Teles, 2011). Por outro lado, referindo-nos especificamente à região centro, na qual decorreu o nosso estudo, sabe-se que esta é essencialmente rural (INE, 2013).

Na amostra em estudo, predominam os níveis socioeconómicos “classe inferior alta” (40%) e “classe média” (31,4%). Seguindo-se a “classe superior baixa” (15.7%), a “classe superior alta” (8.6%) e a “classe inferior baixa” (4.3%). Relembrando que a nossa amostra é constituída por indivíduos com patologias do foro respiratório, os dados apurados podem ser justificados tendo em conta que, segundo Bárbara (2012) e o Ministério da Saúde (2008), aparentemente existe uma ligação entre determinantes socioeconómicos como a educação, a profissão, os salários e a probabilidade de desenvolver doenças não transmissíveis. Uma vez que, em quase todos os países, as pessoas pobres são as que correm maior risco de desenvolver doenças respiratórias, nomeadamente as crónicas, sendo também o grupo mais propenso a morrer prematuramente como consequência destas doenças, devido à sua maior exposição a riscos e por terem um acesso mais reduzido aos serviços de saúde, sendo esta situação causadora de empobrecimento a nível individual e social.

Numa perspetiva de contextualização familiar, 70% dos inquiridos perceciona a sua família como sendo altamente funcional, 18.6% considera que a sua família apresenta uma disfunção acentuada e 11.4% insere-se numa família moderadamente funcional. A grande diferença entre géneros verifica-se no facto de uma maior percentagem de elementos do sexo masculino (20,9%), comparativamente com os do sexo feminino (14,8%) avaliar a

disfunção da família como sendo acentuada. Resultados não corroborados por Ferreira (2007), Moura, Brás e Anes (2012) e Torresl (2009), cuja maioria das amostras afirma perceberem a sua família como moderadamente funcional, sendo as mulheres as mais insatisfeitas. Contudo, atendendo às características já descritas da nossa amostra, assim como ao conhecimento empírico do comportamento da sociedade portuguesa, parece-nos congruente que exista um maior número de indivíduos masculinos considerando a sua família com disfunção acentuada, por dois motivos: a existência de maior percentagem de homens com o estado civil solteiro/separado e o facto de as mulheres ainda serem o pilar central das famílias devido ao seu papel de dona de casa, mãe, esposa e avó, dando apoio incondicional à família, o que poderá contribuir para que estas sofram de uma percentagem menor de abandono ou afastamento por parte da mesma.

No que concerne à caracterização de contexto clínico, constatamos que 77,1% da amostra já tinha estado internada anteriormente, à semelhança dos resultados adquiridos por Oliveira (2004) e Silva (2011). No entanto, ao confrontar a percentagem de inquiridos com internamentos precedentes em função do género, concluímos que as mulheres apresentam uma frequência maior (88,9%) em relação aos homens (69,8%). Atendendo ao grupo etário mais representativo no sexo feminino (49 aos 69anos), a maior percentagem de internamentos anteriores verificados neste sexo, poderá ser fundamentado com internamentos em serviços de obstetrícia, visto que há muito tempo que as mulheres realizam os partos em meio hospitalar. Quando questionámos os utentes com internamentos anteriores, se estes tinham decorrido no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, 66.7% responderam negativamente.

Analisando o motivo de internamento no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, ou seja, tipo de patologia, a maior prevalência, tanto na amostra geral como na análise por género, corresponde à patologia crónica. À luz dos conhecimentos atuais e de acordo com a Fundação Portuguesa do Pulmão (2010), sabe-se que as doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa com mais de 40 anos, sendo também uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em Portugal, com tendência clara para o aumento da sua prevalência. Entre 2004 e 2008 estiveram internados 6.246 doentes, tendo como diagnóstico uma patologia do foro respiratória, sendo que 72,9% foram-no por doenças respiratórias crónicas.

O período mais curto de internamento foi de 4 dias e o mais longo de 31 dias, correspondendo-lhe uma média de 11,86 dias. Comparando com estatísticas fornecidas pela direção geral de saúde (2010, 2011), a média de dias de internamento da nossa amostra é superior ao encontrado a nível nacional, que nos indica que em 2008 esta era de

8 dias, em doentes com patologias respiratórias e que em 2009 era de 9,1 dias na Região Centro. A longevidade do período médio de internamento, no nosso entender, pode estar relacionada com variados fatores, nomeadamente a idade avançada dos utentes em estudo, que conseqüentemente poderão apresentar outras patologias e co morbidade associada, contribuindo para o aparecimento de complicações no estado clínico. Como constatámos, a maioria dos inquiridos foi internado pela primeira vez no Serviço de Pneumologia, o que poderá indicar a necessidade de realizar vários exames complementares de diagnóstico e um estudo mais cuidadoso da situação clínica com o intuito de definir um diagnóstico, sendo por vezes um processo moroso. Sempre que a situação clínica assim o exija, os utentes, cumprem um programa de reabilitação respiratória, tendo apenas alta após o seu término e com a concordância do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, o que também contribui para que o período de internamento seja mais longo. De acordo com a nossa experiência profissional, sabemos que frequentemente os doentes necessitam de realizar no domicílio terapêuticas específicas como inaladores, oxigenoterapia e Ventilação não invasiva. Com o intuito de garantir a realização de técnicas corretas, cabe à equipa de enfermagem, nomeadamente ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação a concretização de ensinamentos, o que por vezes se torna um processo demorado devido às muitas dificuldades apresentadas pelos utentes, que por sua vez se podem justificar com a idade avançada e dificuldade na aprendizagem.

Para a continuação da discussão dos resultados, importa relembrar que a variável dependente em estudo consiste na “satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem”, tendo sido objetivos do estudo, não só determinar a influência de variáveis independentes (sociodemográficas, familiares e contexto clínicas) sobre a variável dependente, mas também determinar quais os aspetos do cuidar em enfermagem com os quais os utentes se sentem menos satisfeitos e avaliar os níveis de satisfação da amostra estudada.

Examinando cada uma das afirmações que refletem a experiência do utente face aos cuidados de enfermagem verifica-se que, tal como já foi exposto na apresentação dos resultados, o item que apresenta a média mais elevada, revelando assim maior satisfação, tal como no estudo de Rodrigues e Dias (2003) é: “Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço”. Seguindo-se das afirmações: “Os enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam” e “Sentia-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim”. Neste sentido, podemos afirmar que na nossa amostra, indo de encontro aos resultados obtidos por Aguiar e Calaça (2007, cit. por Ribeiro, 2008), Dorigan, Guirardello e Brito (2010), McIntyre et al. (2002), Oliveira, Guirardello e Brito (2006) e Santos (2009), as atitudes dos enfermeiros com

as quais os utentes se sentem mais satisfeitos prendem-se com competências técnico-cognitivas, nomeadamente competência, desempenho e segurança, inerentes ao cuidar profissional e científico de Enfermagem. Aliás, a importância da competência profissional, foi identificada por Nascimento e Jesuíno (2003) como sendo o principal fator que influencia a satisfação dos utentes relativamente ao desempenho dos profissionais de saúde.

Quanto ao aspeto do cuidar de enfermagem com o qual os utentes apresentam experiências menos satisfatórias, verificámos que este se prende com competências comunicacionais e relacionais. Uma vez, que as afirmações que apresentam médias mais baixas, revelando menor satisfação são: “Os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” e “Os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares e amigos”. De igual modo, no estudo de McIntyre et al. (2002), observou-se que com altas percentagens de insatisfação aparece o item “informação que os enfermeiros do centro de saúde/hospital dão acerca da doença ou tratamento”. Por sua vez, a insatisfação dos utentes relativamente à relação estabelecida entre os enfermeiros e os seus familiares, não vai de encontro aos resultados de Martins (2008). Na nossa opinião esta insatisfação pode estar em parte relacionada com o facto de a maior parte das vezes os familiares/amigos procurarem o enfermeiro sem a presença do utente, podendo este não se aperceber da relação que se estabelece entre os profissionais e a respetiva família. Quando analisamos a distribuição das frequências de cada uma das afirmações referentes à experiência do utente, verificámos que na opção de resposta não “discordo/nem concordo” sobressai o item “os enfermeiros tranquilizavam os meus familiares e amigos” com uma frequência de 38.6%, o que fortalece a nossa opinião. Outra justificação, é dada por Lustosa 2007, ao afirmar que muitas vezes a família sente a falta de apoio e de informações adequadas, porque nem sempre a equipa de saúde sabe qual a informação que deve dar à família sobre o estado do utente ou porque muitas vezes não tem disponibilidade interna e/ou externa para o fazer. Porém é essencial, ainda de acordo com o mesmo autor, todo e qualquer apoio por parte da família, sendo de extrema importância o seu envolvimento e participação durante todo o tratamento vivenciado pelo paciente ao longo do processo de internamento. É neste contexto que as relações interpessoais entre os profissionais e a família/amigos do utente assume um papel de grande relevância, ajudando-os a compreender e aceitar a situação de internamento e o processo de doença, permitindo que por sua vez, estes ajudem o doente, tanto na situação atual, como no regresso a casa. Perante este enquadramento, torna-se lógico que as relações interpessoais entre profissionais e família/amigos constituem um aspeto a melhorar e aperfeiçoar na prática diária dos enfermeiros.

Para uma melhor compreensão dos aspetos do cuidar de enfermagem com os quais os clientes se sentem menos satisfeitos relativamente à dimensão experiência, importa

relembrar que, a maioria dos itens que apresentam maior frequência no extremo de discordância estão relacionados com a competência comunicacional, sendo eles: “os enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo” (5.7%), “os enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” (estando este item na negativa) e “os enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo” (4.3%). Os nossos resultados, vão de encontro aos relatados por Martins (2008), visto que dos elementos da população que no último ano necessitaram de cuidados diferenciados de saúde, 36,6% referiu que algumas vezes lhes foram prestados cuidados e tratamentos sem nenhuma explicação prévia e 10,64% referiu que tal aconteceu muitas vezes. Relativamente aos doentes internados aquando a realização do inquérito, uma percentagem de 14,57% dos inquiridos admitiu que já lhe foram prestados cuidados e tratamentos sem explicações. Concordamos com McIntyre et al. (2002), quando referem que as lacunas relativas à informação dada aos utentes/família, indicam a necessidade emergente de formação dos profissionais de saúde neste aspeto do cuidar e para uma partilha de poder com o utente. Uma vez que a comunicação constitui a essência da relação enfermeiro/utente, torna-se essencial que os profissionais de enfermagem desenvolvam competências comunicacionais, com o intuito de proporcionar cuidados personalizados e humanizados.

Quanto ao score total da dimensão experiência, verifica-se que o mínimo alcançado (133) é bastante elevado, quando comparado com o score mínimo possível (28), assim como o score máximo obtido (194) está muito aproximado do máximo possível (196), sendo a média de satisfação de 171.03. Estes dados, por si só, sugerem-nos que a amostra em estudo considera a sua experiência com os cuidados de enfermagem satisfatória. De facto, após análise da distribuição da satisfação por três níveis de variação (muito satisfatória, razoavelmente satisfatória e pouco satisfatória) apurámos que 97,1% dos inquiridos considera a sua experiência como muito satisfatória e 2,9% moderadamente satisfatória. Quando comparamos os scores obtidos e respetiva média de satisfação do nosso estudo, com os alcançados por Ribeiro (2008) e Rodrigues e Dias (2003), confirmamos que estes são ligeiramente mais elevados, no entanto, os referidos autores também concluíram que os utentes se encontravam muito satisfeitos, apresentando um nível elevado de satisfação da sua experiência com os cuidados de enfermagem prestados.

Relativamente à dimensão opinião, relembra-se que os itens com médias mais elevadas, indicando maior satisfação são: “Como os Enfermeiros o trataram como pessoa” e “A boa vontade com que os enfermeiros responderam aos seus pedidos”. Estes resultados indicam-nos que os utentes têm uma opinião satisfatória de alguns aspetos das competências relacionais dos profissionais de enfermagem, nomeadamente o atendimento humano e a atenção com vista a responder às suas necessidades, à semelhança do

encontrado por Aguiar e Calaça (2007, cit. por Ribeiro, 2008), Costa (2011), McIntyre et al. (2002) e Ribeiro (2008). Os nossos resultados são muito satisfatórios, visto as relações interpessoais serem extremamente importantes, no sentido em que o modo como se processam influencia significativamente a adesão e colaboração do cliente às orientações transmitidas pelos profissionais, facilitando a adaptação à sua condição de saúde e ao processo de internamento hospitalar.

Por sua vez, á semelhança do observado na dimensão experiência, também a opinião dos inquiridos é menos satisfatória relativamente às competências comunicacionais e relacionais dos enfermeiros perante a sua família/amigos, visto que o item que apresenta significativamente a média mais baixa é “A maneira como os enfermeiros tranquilizaram os seus familiares e amigos” (2.84), tal como no estudo de Rodrigues (2008). Também para a dimensão opinião, consideramos como válidas as justificações apresentadas relativamente à experiência menos satisfatórias dos utentes face às competências em causa.

Analisando os scores totais da dimensão opinião, constata-se que o mínimo observado é de 52, significativamente superior ao possível que é 19 e o máximo é de 95, coincidente com o score máximo possível, sendo a média de satisfação de 76.23. À imagem da dimensão experiência, também na dimensão referente à opinião dos utentes face aos cuidados de enfermagem os scores alcançados são sugestivos de altos níveis de satisfação. O que se comprova ao verificar que 78.6% dos inquiridos tem uma opinião muito satisfatória dos cuidados de enfermagem prestados e 21.4% uma opinião moderadamente satisfatória. Confrontando os nossos resultados com os de outros estudos, reparamos que Rodrigues e Dias (2003) obtiveram uma média ligeiramente superior à nossa e Ribeiro (2008) ligeiramente inferior, no entanto ambos concluíram que os utentes apresentavam uma opinião muito satisfatória face aos cuidados recebidos.

Sabendo que a avaliação da satisfação total resulta da soma de todos os itens das duas subescalas anteriormente analisadas, o score mínimo obtido foi de 187 e o máximo de 289 (sendo o mínimo e o máximo possível de 47 e 291 respetivamente) e a média de satisfação de 247.26. Apesar de ligeiras diferenças relativamente ao intervalo dos scores obtidos (mais evidentes no score mínimo alcançado) e da média encontrada, os nossos resultados, vão mais uma vez de encontro aos descritos por Ribeiro (2008) e Rodrigues e Dias (2003). Também aqui, podemos afirmar que estes valores por si só sugerem elevados níveis de satisfação, o que foi comprovado, com as percentagens apuradas de 97,1% dos inquiridos que apresentam uma elevada satisfação e uma minoria de 2.9% encontram-se moderadamente satisfeitos. Elevados níveis de satisfação global, também foram relatados por Costa (2011), Falcão (2004), Ribeiro (2003) e Tavares (2008), entre outros, no entanto,

os valores por nós apurados são consideravelmente superiores. Não desvalorizando o profissionalismo e competência da equipa de enfermagem em estudo, na nossa opinião os resultados apurados, também poderão ter sido influenciados por outros aspetos, que mesmo que de forma inconsciente, sejam fatores de inibição da verbalização de pareceres menos positivos, tais como: a aplicação do instrumento de colheita de dados ter sido realizada por um membro integrante da equipa de enfermagem e o facto de a maioria dos utentes apresentar patologias crónicas, o que subentende a provável continuação da necessidade de receber cuidados de saúde e aumenta o sentimento de dependência para com os profissionais de saúde. Walsh & Walsh (1998, cit. in Ribeiro, 2008), ao obterem percentagens de elevada satisfação, indicaram cinco principais aspetos que poderão ter influenciado os resultados conseguidos: o meio de aplicação; influências locais fortes no trabalho; a ligação dos utentes com a equipa de enfermagem e instituição hospitalar; a tendência auto formada para manifestar satisfação, consequência de fatores como a idade e a falta de conhecimentos sobre a enfermagem e os cuidados prestados serem tão bons quanto a perceção do utente.

•Análise dos dados inferenciais relativos às variáveis independentes sobre a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem

Após análise da relação existente entre as variáveis sociodemográficas e a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, em termos de expressividade, os testes aplicados revelaram que as diferenças não são estatisticamente significativas. Resultados idênticos foram identificados por Silva (2012). Contudo, observámos que são os homens que tendencialmente apresentam maiores níveis de satisfação na dimensão opinião e na satisfação global face aos cuidados de enfermagem. Dados corroborados por Ferreira et al. (2001), Gomes (2008), Pedro, Ferreira e Mendes (2010) e Silva (2011), entre outros estudiosos, quando concluíram que de uma maneira geral, são as mulheres as mais insatisfeitas com os cuidados de enfermagem prestados. Gomes (2009), justificou esta diferença entre sexos com questões socioculturais, decorrentes das relações entre homem e mulher e das diferenças comportamentais entre eles.

Relativamente à idade são os utentes mais idosos, especificamente com idades superiores a 70 anos, que se encontram mais satisfeitos, contrariamente aos resultados obtidos por Alves (2007), Ribeiro (2003) e Silva (2011). Porém, outros estudiosos como Ferreira et al. (2001), Ferreira et al. (2005), Green e Davis (2005, cit. in Gomes, 2008), McIntyre et al. (2002), Nascimento e Jesuíno (2003) e Abrantes (2009) referem que a satisfação é mais elevada nos idosos como consequência de estes serem menos exigentes,

menos expectantes e menos conhecedores dos seus direitos como consumidores de um serviço, comparativamente com indivíduos mais jovens.

Observando minuciosamente os valores médios, ressalta o facto de os inquiridos casados estarem mais satisfeitos face aos cuidados de enfermagem, comparativamente aos não casados, o que vai de encontro às conclusões retiradas por Oliveira (2006) e Ribeiro (2003). O que poderá ser uma consequência de os utentes casados, não se sentirem tão sozinhos e terem alguém que cuide deles. Também os habitantes em meio rural apresentam níveis de satisfação mais elevados do que os que vivem em meio urbano, tal como na amostra de Silva (2011). No entanto, estes resultados são contrários ao esperado, visto que os indivíduos residentes em meios rurais, à partida têm menos acessos aos serviços e cuidados de saúde e consequentemente de enfermagem e consequentemente uma menor nível de literacia em saúde, o que poderia ter como consequência uma maior insatisfação. Por outro lado, talvez os motivos apresentados contribuam para que estes utentes sejam menos exigentes e críticos, apresentando assim maiores níveis de satisfação.

Da análise inferencial, mesmo não encontrando diferenças estatisticamente significativas, através do estudo dos valores médios sobressai que os indivíduos inseridos numa classe socioeconómica inferior e os integrados numa família moderadamente funcional apresentam uma maior satisfação global. Segundo Serra (2005), alguns indivíduos, nomeadamente os pertencentes a classes socioeconómicas baixas e/ou sem apoio familiar sentem-se satisfeitos só pelo facto de estarem internados, uma vez que a sua qualidade de vida em ambiente hospitalar é superior à qualidade de vida no seu ambiente habitual.

A ausência de internamentos anteriores sugere diferenças estatisticamente significativas relativamente à dimensão opinião ($t=2.314$; $p=0.024$) e satisfação total total ($t=2.169$; $p=0.034$). No mesmo contexto, o test t de student também revela diferenças estatisticamente significativas, nos utentes com internamentos anteriores não decorridos no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda na dimensão opinião ($t=2.332$; $p=0.023$) e níveis de satisfação total ($t=2.182$; $p=0.033$). Os valores apresentados indicam que os utentes sem experiência de internamentos anteriores e que nunca tinham estado internados no Serviço onde decorreu o estudo, têm uma opinião mais satisfatória e maior satisfação total, comparativamente com os que já tinham sido internados anteriormente. Diversos são os investigadores que retiraram conclusões contrárias às nossas, como Alves (2007), Nascimento e Jesuíno (2003) e Silva (2011), referindo que os indivíduos com história de internamentos anteriores apresentavam-se mais satisfeitos com os cuidados de enfermagem. Sendo as experiências anteriores e experiência com os cuidados de

enfermagem reconhecidas como influenciadoras da satisfação com os cuidados de enfermagem, de acordo com Costa, 2007. Porém, Pedro et al. (2008) concluiu que o número de internamentos anteriores apresentava uma influência significativa na satisfação dos utentes, diminuindo a satisfação com o aumento do número de internamentos anteriores, ou seja, os utentes mais satisfeitos são aqueles para quem este foi o primeiro episódio de internamento hospitalar; à semelhança dos nossos resultados.

Os utentes internados por patologia crónica apresentam experiências mais satisfatórias, enquanto os indivíduos internados por patologia aguda apresentam uma opinião mais satisfatória e uma satisfação total mais elevada face aos cuidados de enfermagem. Contudo, não se encontram diferenças estatisticamente significativas. Quando se avalia o nível de satisfação de doentes crónicos é necessário ter em conta que, tal como afirma Negrão (2003), estes utentes por um lado apresentam conhecimentos aprofundados da sua patologia o que contribui para se tornarem mais críticos e menos satisfeitos com os cuidados recebidos, mas por outro lado, o facto de estarem extremamente dependentes dos profissionais de saúde, contribui para que muitas vezes sejam benevolentes e relutantes em criticarem esses mesmos profissionais, o que eventualmente poderá justificar os nossos resultados.

Tal como nós, Martins (2009b) não encontrou uma relação estatisticamente significativa entre a variável dependente (satisfação) e o número de dias de internamento dos inquiridos. Porém, verificamos uma tendência indicadora que quanto maior o período de internamento, menor é a satisfação dos inquiridos face aos cuidados de enfermagem. Na mesma linha de pensamentos de Martins (2009a), também acreditamos que esta tendência, poderá ser uma consequência da possibilidade de existir uma relação entre o prolongamento do internamento e a gravidade da patologia associada, assim como a presença de fatores de co morbidade, como a idade mais avançada e maior vulnerabilidade dos utentes.

5. CONCLUSÃO

Na fase final do presente estudo, chegou o momento de retirar as principais ilações do mesmo, com o objetivo último de propor medidas que possam melhorar a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados. Este capítulo integra conclusões gerais e limitações desta investigação, bem como algumas sugestões para investigações futuras.

CONCLUSÕES GERAIS

Procuramos agora refletir sobre o percurso efetuado e desenvolver uma síntese final do nosso estudo. Neste contexto, após caracterização sumária da amostra, apresentamos as conclusões gerais por nós retiradas, tendo em conta os objetivos orientadores do estudo.

- Relativamente à caracterização sociodemográfica, a amostra em estudo é constituída por 70 indivíduos internados no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda, sendo 61,4% do sexo masculino e com uma média de 66.74 anos. A maior parte dos utentes (65,70%) são casados/união de facto, 52,9% reside em meio rural e a maioria (40%) insere-se numa “classe inferior alta”. Numa perspetiva de contextualização familiar, 70% dos inquiridos percecionam a sua família como sendo altamente funcional e uma minoria de 11.4% insere-se numa família moderadamente funcional. No que concerne à caracterização de contexto clínico, constatamos que 77,1% da amostra já tinha estado internada anteriormente, sendo que, 66.7% desses internamentos não tinham decorrido no Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda. Uma percentagem de 61,4% dos utentes foi internada por patologia crónica, tendo sido o período médio de internamento de 11,86 dias.

- As atitudes dos enfermeiros com as quais os utentes se sentem mais satisfeitos relativamente à dimensão experiência prendem-se com competências técnico-cognitivas, nomeadamente competência, desempenho e segurança, inerentes ao cuidar profissional e científico de Enfermagem. Enquanto na dimensão opinião, são alguns aspetos das competências relacionais dos profissionais de enfermagem, nomeadamente o atendimento

humano e a atenção com vista a responder às suas necessidades, que geram maiores níveis de satisfação.

- Quanto ao aspeto do cuidar de enfermagem com o qual os utentes apresentam experiências menos satisfatórias, verificámos que este se prende com competências comunicacionais e relacionais face aos utentes e respetiva família/amigos, nas duas dimensões.

- Após análise da distribuição da satisfação por três níveis de variação (muito satisfatória, razoavelmente satisfatória e pouco satisfatória) apurámos que 97,1% dos inquiridos considera a sua experiência como muito satisfatória e 2,9% moderadamente satisfatória, enquanto 78.6% tem uma opinião muito satisfatória dos cuidados de enfermagem prestados e 21.4% uma opinião moderadamente satisfatória.

Relativamente à satisfação total, as percentagens apuradas indicam-nos que 97,1% dos inquiridos apresentam uma elevada satisfação e uma minoria de 2.9% encontram-se moderadamente satisfeitos.

- Não se verificou estatisticamente a influência das variáveis sociodemográficas e familiares sobre a variável dependente.

- Na análise inferencial, especificamente no cruzamento entre a satisfação e a variável internamentos anteriores, detetámos diferenças estatisticamente significativas, na dimensão opinião ($t=2.314$; $p=0.024$) e satisfação total ($t=2.169$; $p=0.034$). Estes resultados indicam, que os utentes sem internamentos anteriores apresentam uma opinião mais satisfatória e uma maior satisfação total do que os que já tinham sido internados.

- Na análise entre a satisfação e a existência de internamentos anteriores no Serviço de Pneumologia, verificamos que a correlação com a dimensão opinião ($t=2.332$; $p=0.023$) e com a satisfação total ($t=2.182$; $p=0.033$) é estatisticamente significativa, sendo os utentes mais satisfeitos os que nunca tinham estado internados no referido Serviço.

A obtenção de elevados níveis de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, não invalida a existência de aspetos a serem melhorados e a necessidade de refletir nos resultados obtidos, promovendo oportunidades de mudanças que contribuam para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Das conclusões retiradas, podemos inferir a necessidade de aperfeiçoar as competências comunicacionais e

relacionais da equipa de enfermagem, uma vez que estas são a essência da relação enfermeiro/utente/família.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÕES FUTURAS

Enquanto estudo de investigação de carácter científico, este trabalho apresenta algumas limitações. Estas surgem associadas ao reduzido número de elementos constituintes da nossa amostra, que nos impede de fazer extrapolações para a população e nos limita no tipo de análise efetuada, assim como as conclusões retiradas seriam mais robustas numa amostra de maiores dimensões. Outra limitação encontrada prende-se com o facto da aplicação do formulário ter sido realizada por um elemento integrante da equipa de enfermagem. Uma vez que, segundo Ribeiro (2003), já foram identificados enviesamentos em estudos de satisfação com estas características, resultantes do receio dos utentes de manifestarem opiniões negativas que possam prejudicar o seu tratamento. Sabe-se que o tempo de aplicação de um questionário tem influência na avaliação da satisfação, aliás, um bom sistema de medição e monitorização da satisfação do utente consiste num programa de estudos periódicos (Lopes et al., 2009 & Stevens, 2006). O facto de existir apenas um momento de avaliação da satisfação no nosso estudo consiste em mais uma limitação do mesmo. Também somos da opinião, que a inclusão no estudo de mais e diversas variáveis independentes permitiria a obtenção de resultados mais consistentes e facilitaria o objetivo proposto de identificar os preditivos da satisfação dos utentes.

Contudo, e apesar das limitações apresentadas, julgamos que este nosso trabalho constitui um contributo válido para o conhecimento dos níveis de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem e preditivos da mesma. Os resultados alcançados indicaram ainda a existência de um amplo campo para estudo, pelo que pensamos ser pertinente mencionar algumas sugestões para futuras investigações. Neste sentido, consideramos que seria oportuno a elaboração de um instrumento de colheita de dados uniformizado para poder ser aplicado nas diferentes organizações e serviços de saúde, com o objetivo de permitir a comparação de resultados. Como também possibilitaria a avaliação da satisfação dos utentes de uma forma local e personalizada, uma vez que só assim se pode melhorar a qualidade dos cuidados prestados, direcionando-os de encontro às necessidades, desejos e expectativas, desses mesmos utentes.

Concluída esta investigação, acreditamos que, em grande parte, os objetivos do nosso estudo de investigação foram alcançados, apesar de todas as dificuldades e limitações que

foram surgindo no decorrer do mesmo. Desejamos ter dado um contributo científico na área da investigação, no que diz respeito à satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem e que os resultados do nosso estudo possam servir de suporte a futuras linhas de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2009). Sistema de Avaliação da Qualidade Apercebida e da Satisfação dos Utentes nos Hospitais do SNS. Acedido em 18, Julho, 2012 em <http://www.observaport.org/node/333>

Almeida, M., Lopes, A., & Silva, C. (2010). Aspectos conceptuais e metodológicos da qualidade em saúde: a acreditação hospitalar pela Joint Commission International. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas (pp. 115-132). Lisboa: Edições sílabo.

Alves, C. (2003). Satisfação do consumidor. Lisboa: Escolar Editora.

Alves, Maria. (2007). O serviço de atendimento permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem. Dissertação de Mestrado não publicado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto. Acedido a 28, Dezembro, 2012, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7148/2/Tese%201%C2%AA%20Parte.pdf>

Associação Portuguesa de Hipertensão Pulmonar. (2005). Questões Relacionadas com a Doença Crónica. Acedido em 9, Novembro, 2012, em http://www.aphp-hp.org/index.php?option=com_content&view=article&id=28&Itemid=80

Awara, M., & Fasey, C. (2008). Patients' satisfaction and quality of care in psychiatric out-patient settings. *Journal of Mental Health*, 17 (3), 327-335.

Barbosa, L., & Melo, M. (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2), 366-370.

Bittar, O. (2001). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista Administração em Saúde*, 12 (3), 21-28. Acedido a 24, Agosto, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342008000400008&script=sci_arttext

Borges, M., Gouveia, M., Costa, J., Pinheiro, L., Paulo, S., & Carneiro, A. (2009). Carga da doença atribuível ao tabagismo em Portugal. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(6), 951-1004.

Brooten, D., Youngblu, J., Kutcher, & Bobo, C. (2004). Quality and the nursing workforce: APNs, patient outcomes and health care costs. *Nursing Outlook*, 52, 45-52.

Cabral, M., Silva, P., & Mendes, H. (2002). *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa : Instituto de Ciências Sociais.

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. Lisboa: Alto comissário da saúde.

Costa, E., & Jurado, R. (2006). *Interação em Saúde*. *Revista Referência*, série II (2), 43-49. Acedido a 16, Março, 2013, em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=23&id_rev=4&id_edicao=6

Costa, G. (2011). *Avaliação da satisfação dos utentes do Hospital de Dia de Especialidades Médicas do Hospital de Egas Moniz*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa

Debono, D., & Travaglia, J. (2009). *Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature*. Sydney Australia: Centre for Clinical Governance Research, University of New South Wales. Acedido a 7, Janeiro, 2013, em http://www.health.vic.gov.au/clinicalengagement/downloads/pasp/literature_review_patient_satisfaction_and_complaints.pdf

Dellasega, C., & Zerbe, T. (2000). A multimethod study of advanced practice nurse post discharge care. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners*, 4, 286-293. Acedido a 20 de Fevereiro de 2013, em <http://lib.bioinfo.pl/pmid:11858450>

Deodato, S. (2006). Dilemas éticos no exercício profissional do enfermeiro. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 25 - 30.

D'Innocenzo, M., Adami, N., & Cunha, I. (2006). O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (1), 84-88. Acedida em 13, Novembro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>

Direcção Geral da Saúde. (2011). *Indicadores e Metas do PNS, Demora média em internamento hospitalar*. Acedido a 1, Fevereiro, 2013, em <http://impns.dgs.pt/sistema-de-saude/demora-media-em-internamento-hospitalar>

Dorigan, G. & Guirardello, E. (2010). Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23 (4), 10-24.

- Duarte, I., & Ferreira, D. (2006). Uso de indicadores na gestão de um centro cirúrgico. *Revista de Administração em Saúde*, 8(31); 63-70. Acedido em 5, Janeiro, 2013, em http://www.cqh.org.br/files/RAS31_uso%20de%20indicadores.pdf
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. (2004). Uma abordagem em rede à avaliação da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 3 (4), 20 – 28.
- Ervin, N. (2006). Does Patient Satisfaction Contribute to Nursing Care Quality? *Journal of Nursing Administration*, 36 (3), 126-130.
- Espiridão, M., & Trad, L. (2006). Considerações teórico-conceituais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (6), 1267-1276.
- Falcão, F. (2004). Satisfação na relação Enfermeiro-Utente. *Revista de Investigação em Enfermagem*, Edições Sinais Vitais, 9, 45-50.
- Faro, A. (2006). Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 40 (1), 128-33. Acedido a 20, Outubro, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n1/a18v40n1.pdf>
- Ferreira, D., Pina, A., Cruz, A., Figueiredo, A., Ferreira, C., Cabrita, J., & Sousa, J. (2012). Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) na população sob vigilância pela Rede 'Médicos Sentinela' de 2007 a 2009. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 28 (4), 250-260.
- Ferreira, P., Luz, A., Valente, S., Raposo, V., Godinho, P., & Felício, E. (2001). Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 53-61.
- Fongwa, M., Hays, R., Gutierrez P., & Stewart, A. (2006). Psychometric characteristics of a patient satisfaction instrument tailored to the concerns of african americans. *Ethnicity & Disease*, 16, 948-955
- Fortin, M. (2009). O processo de investigação da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Fortuna, A., Amado, J., Mota, C., Lima, M., & Pinto, M. (2001). Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19 (2), 55-73.

Franco, M., & Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de saúde Pública*, 24 (1), 21-35.

Gerson, R. (2006). *Medir a Qualidade e a satisfação do cliente* (2ª ed.). Lisboa: Monitor.

Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22 (1), 8 – 19. Doi: 10.1108/17511870910927994. Acedido a 12, Dezembro, 2012, em <http://www.emeraldinsight.com/journals.htm?articleid=1770717&show=abstract>

Gomes, B., & Mendes, M. (2008). A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Revista Servir*, 56 (1), 18-21.

Gomes, A. (2011). A enfermagem e a comunidade: A comunidade como «objecto» dos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 37, 18 – 19.

Gomes, B. (2008). *Enfermagem de Reabilitação: um contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Doutoramento não publicada, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel, Porto.

Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (1), 3-6.

Grupo de Trabalho para o Desenvolvimento da Contractualização com os Cuidados de Saúde Primários. (2009). *Proposta de Plano de Desempenho dos ACES*. Ministério da saúde. Acedido a 8, Junho, 2012, em <http://www.mcsp.min-saude.pt>

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção a perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência- Edições técnicas e Científicas, Lda.

Hespanhol, A. (2004). Assegurar qualidade em medicina geral e familiar. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 20, 264-268.

Hespanhol, A., Ribeiro, O., & Costa-Pereira, A. (2005). Assegurar Qualidade no Centro de Saúde São João: Satisfação dos Utentes. *Arquivos de Medicina*, 5/6 (19), 191-197.

Hespanhol, A., Vieira, A., & Pereira, A. (2008). Monitorização da satisfação dos utentes do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2002 a 2006). *Revista Portuguesa de Clinica Geral*, 24, 363 - 372.

Johanson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 337 – 344.

José, H., & Abrantes, A. (2010). Desafio para o futuro: usar humor para aumentar a qualidade em saúde. In C. Silva, M. Saraiva, & A. Teixeira. *TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas* (pp. 53-64). Lisboa: Edições sílabo.

Kersnika, J., & Ropret, T. (2002). An evaluation of patient satisfaction amongst family practice patients with diverse ethnic backgrounds. *Swiss med wkly*, 132 , 121 – 124. Acedido a 8, Março, 2012, em <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2002/09/smw-09800.PDF>

Kluck, M., Guimarães, J., Ferreira, J., & Prompt, C. (2002). A gestão da Qualidade assistencial do Hospital de Clinicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista de administração em saúde*, 4 (16), 27-32.

Levett-Jones, T. (2005). Continuing education for nurses: a necessity or a nicety? *The Journal of continuing education in nursing*, 36 (5), 229-233.

Lis, C., Rodeghier, M., & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Preference and Adherence*, 3, 287 – 304. Doi: <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S6351> Acedido a 10, Fevereiro, 2013, em <http://www.dovepress.com/distribution-and-determinants-of-patient-satisfaction-in-oncology-a-re-peer-reviewed-article-PPA-recommendation1>

Lobo, L. (2008). Participação comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários. *Análise Psicológica*, 26 (2), 367-371.

Lopes, J., Cardoso, M., Alves, V., & D’Innocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 136-141. Acedido em 19, Junho, 2011, em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a04v22n2.pdf>

Lopes, M. (2007). A gestão da qualidade no hospital, impacto da acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.

Lustosa, M. (2007). A família do paciente internado. *Revista SBPH*, 10 (1), 3-8. Acedido a 5, Janeiro, 2013, em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582007000100002&script=sci_arttext

Malato, D. (2011). O contributo dos PQCE na melhoria contínua da qualidade. Comunicação apresentada no “Encontro-Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: O percurso da Região Centro”, Viseu.2011. Colectânea de Comunicações, 17-20. Secção regional da Ordem dos enfermeiros.

Marques, M. (2000). Percepção «significativa» dos cuidados de enfermagem pelos utentes hospitalizados. Referência, 5, 5 - 16.

Martins, J. (2008). O direito do doente á informação: contextos, práticas, satisfação e ganhos em saúde. Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Martins, J. (2009a). Satisfação do doente com a informação sobre a doença e morbilidade. Revista Latino-americana de Enfermagem, 17 (3), s/ p. Acedido em 26, Novembro, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000300009&lng=pt&nrm=i&tlng=pt

Martins, J. (2009b). Satisfação dos doentes oncológicos com os cuidados recebidos durante o internamento: contributo para a validação e utilização da EORTC IN-PATSAT 32 na população portuguesa. Revista Referência, II Série (9), 41-49. Acedido a 26, Novembro, 2011, em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2131&id_rev=4&id_edicao=26

Martins, M., & Dias, M. (2010). Representação socioprofissional dos enfermeiros: percepção dos utentes. Millenium, 38, 253-269.

McIntyre, T., Soares, V., & Pereira, M. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. Psicologia, Saúde & Doenças, 2 (2), 69-80

McIntyre, T., Pereira, M., Silva, N., Fernandes, S., Correia, M., & McIntyre, S. (2002). A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação. Porto: Comissão de Coordenação da Região do Norte.

Melo, M. (2005). Comunicação com o doente, certezas e incógnitas. Loures: Lusociência.

Mendonça, S. (2009). Competências Profissionais dos Enfermeiros. A excelência do cuidar, (1ª ed.). Santo Tirso: Editorial Novembro.

Ministério da Saúde.(2008). Doenças Respiratórias crónicas: Uma abordagem integradora. Lisboa: Direcção Geral da saúde.

Mota, N., Melleiro, M., & Tronchin, D. (2007). A construção de indicadores de qualidade de enfermagem: relato de experiência do Programa de Qualidade Hospitalar. Revista de Administração em Saúde, 9 (34), 9-15. Acedido a 5, Maio, 2012, em http://www.cqh.org.br/files/RAS34_a%20constru%C3%A7%C3%A3o.pdf

Moura, S., Brás, M., & Anes, E. (2012). O idoso institucionalizado e a família. Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde em Enfermagem, 3 (6), 384.

Nascimento, J., & Jesuíno, J. (2003). Atitudes e Representações Sociais em Saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Acedido em 10, Setembro, 2011, em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/atitudes+e+representacoes+sociais+em+saude.pdf>

Nunes, L. (2011). Conselho de enfermagem – Conceptualização da prática clínica. Significar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico do desenvolvimento. Revista Ordem dos Enfermeiros, 38, 90-95.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2010). Relatório Primavera 2010: Desafios em tempos de Crise. Lisboa: OPSS.

OLIVEIRA, A. (2004). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do Patient Satisfaction Instrument. Consultado a 24, Novembro, 2012, em: <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000349484>.

Oliveira, A., & Guirardello, E. (2006). Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40 (1), 71-77. Acedido em 20, Dezembro, 2012, em www.ee.usp.br/reeusp/

Ordem dos Enfermeiro. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do Enfermeiros de Cuidados Gerais. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. Revista Ordem dos Enfermeiros, 16, 52.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Desenvolvimento Profissional Individualização das especialidades em Enfermagem-Fundamentos e Proposta de Sistema. Revista Ordem dos Enfermeiros, 26 (suplemento), 9-20.

Paim, R., & Ciconelli, R. (2007). Auditoria de avaliação da qualidade dos serviços de saúde. Revista Administração em Saúde, 9 (36), 85-92. Acedido em 1, Julho, 2012, em <http://www.cqh.org.br/files/RAS36%20-%20auditoria.pdf>

Pedro, S., Ferreira, P., & Mendes, J. (2010). Aplicação de métodos estatísticos na avaliação da satisfação dos utentes com internamento hospitalar. Encontros científicos, Tourism & Management Studies, 6,175 - 296.

Pereira, F. (2009). Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. Coimbra: Formasau.

Perista, H., & Perista, P. (2012). Géneros e Envelhecimento! Planear o futuro começa agora! Cadernos de condição feminina, Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género: Lisboa.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2003). Análise de dados para ciências sociais - a complementaridade do Spss (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pinto, A., & Soares, I. (2010). Sistemas de Gestão da Qualidade: Guia para a sua implementação. (1ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Pisco, L. (2001a). Perspectivas sobre a Qualidade na saúde. Qualidade em saúde, 5, 4 – 6.

Pisco, L. (2001b) Qualidade na prestação de cuidados de saúde. Ordem dos enfermeiros, 3, 36 - 38.

Pisco, L., & Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. Revista de Saúde Pública, Volume temático 2, 43 - 51.

Polizer, R., & D’Innocenzo, M. (2006). Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de enfermagem, 59 (4), 548-551.

Quintino, P., & Saraiva, M. (2010). Qualidade e comunicação nas organizações de saúde: aplicação prática no HCIS. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas (pp 65 a 92). Lisboa: Edições sílabo.

Raftopoulos, V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *Icus Nurs web Journal*, 22, 1-15. Acedido a 14, Outubro, 2012, em <http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/269/1/RAFTOPOULOS%20GROUNDED%20THEORY%20FREE.pdf>

Revez, S., & Silva, C. (2010). Visão simbiótica de qualidade em Saúde-busca contínua pela melhoria. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, *TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas* (pp 41 a 51). Lisboa: Edições sílabo.

Ribeiro, A. (2003). O percurso da construção e validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, Nº16, 53-60.

Ribeiro, N. (2008). Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Atlântica, Funchal.

Ribeiro, O., Carvalho, F., Ferreira, L., & Ferreira, P. (2008). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium*, 35, s/ p. doi:<http://hdl.handle.net/10400.19/357>. Acedido a 15 de Setembro de 2012 em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/357>

Rocha, J. (2011). *Gestão da Qualidade: Aplicação aos Serviços Públicos* (2ª edição). Lisboa: Escolar Editora.

Rodrigues, M., & Dias, M. (2003). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem: desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira. Funchal: Escola Superior de Enfermagem.

Santos, G. (2009). Satisfação e Qualidade: A visão dos utentes de uma unidade de reabilitação respiratória. Mestrado em gestão de serviços de saúde. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila real.

Santos, M., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T., & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático (10), 47-57.

Schulte, S., Meier, P., & Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction – a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11(1), 64. doi:10.1186/1471-244X-11-64. Acedido em 15, Fevereiro, 2013, em <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/64/>

Serapioni, M. (2009). Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82.

Serra, M. (2005). Aprender a ser doente: processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar. Loures: Lusociência.

Silva, C. (2010). Introdução. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, TQM Qualidade - Qualidade e saúde: perspetivas e práticas (pp. 13-18). Lisboa: Edições sílabo.

Silva, E. (2012). Satisfação dos utentes com o atendimento de enfermagem no serviço de urgência geral. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido a 24, Janeiro, 2013, em <http://hdl.handle.net/10400.19/1632>

Silva, C., Lopes, A., Massapina, I., & Santos, T. (2007). Estudo da Satisfação dos Utentes do Hospital do Espírito Santo de Évora E.P.E. Acedido em 12, Novembro, 2012, em http://www.hevora.min-saude.pt/docs/qualidade/relatorio_final_hese_epe.pdf

Silveira, C., Fávero, N., & Pereira, M. (2003). A óptica do cliente Hospitalizado sobre a qualidade de assistência de Enfermagem. *Revista de enfermagem UERJ*, 11, 76-79. Acedido a 2, Julho, 2013, em <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a12.pdf>

Sousa, M. (2006). Editorial. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 1-2.

Sousa, R. (2007). Qualidade na administração pública, o Impacto da Certificação ISO 9001:2000 na Satisfação dos Municípios. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, Braga.

Sousa, M., Peixoto, M., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Revista referência*, II série (8), 59-67. Acedido a 16, Março, 2013, em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2121&id_rev=4&id_edicao=24

Sousa, M. (2009). Qualidade nos Serviços Públicos, a avaliação da satisfação dos colaboradores do atendimento do Centro Distrital de Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Sousa, M., Landeiro, M., Pires, R., & Santos, C. (2011). Cooping e adesão ao regime terapêutico. *Revista de Enfermagem Referência*, III série (4), 151-160. Acedido a 10, Março,

2013, em http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2245&id_rev=9&id_edicao=36

Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas á avaliação dos resultados. In C. Silva, M. Saraiva & A. Teixeira, TQM Qualidade: Qualidade e saúde perspectivas e práticas, (pp. 10-31). Lisboa: Edições sílabo.

Tavares, V. (2008). Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Aberta, Lisboa. Acedido a 2, Janeiro, 2013 em <http://hdl.handle.net/10400.2/702>

Teixeira, J. (2004). Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22 (3), 615-620. Acedido a 1, Outubro, 2012, em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-82312004000300021&script=sci_arttext

Teixeira, J., Camargo, F., Tronchin, D., & Melleiro, M. (2006). A elaboração de indicadores de qualidade da assistência de Enfermagem nos períodos puerperal e neonatal. *Revista de enfermagem UERJ*, 14 (2), 271-278. Acedido a 2, Janeiro, 2013 em <http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a18.pdf>

Torresl, G., Reis, L., Reis, L. A., Fernandes, M., Alves, G., Sampaio, L., & Mascarenhas, C. (2009). Funcionalidade familiar de idosos dependentes residentes em domicílios. *Revista Avaliação em Psicologia*, 8(3), 26-31.

Tronchin, D., Melleiro, M., & Mota, N. (2006). Indicadores de Qualidade em Enfermagem. Uma Experiência compartilhada entre instituições integrantes do “Programa de Qualidade Hospitalar”. *O Mundo da Saúde São Paulo*, 30 (2), 300-305.

Vituri, D., & Matsuda, L. (2009). Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 429 - 437. Doi:10.1590/S0080-62342009000200024. Acedido em 15, Setembro, 2012, em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S008062342009000200024&script=sci_arttext

Weiss, G. (1988). Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factor. *Med Care*, 26 (4), 383-392.

World Health Organization. (2003). *European Strategy for Continuing Education for Nurses and Midwives*. Europa: WHO.

World Health Organization. (2006). Quality of care: a process for making strategic choices in health system. Genebra: WHO.

ANEXO

ANEXO I
INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA
INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU
Escola Superior de Saúde de Viseu

Unidade Científico Pedagógica: Enfermagem de Reabilitação

Investigador Principal: Professor Doutor Carlos Manuel Sousa Albuquerque

Investigador Colaborador: Susana Bogas

Curso: Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

Caro utente:

Na qualidade de Enfermeira a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, venho muito respeitosamente solicitar-lhe o preenchimento deste formulário, com o objetivo de colher dados, que servirão de referência para a realização de um estudo de investigação sobre a Satisfação dos utentes internados no Serviço de Pneumologia da Unidade Local de Saúde da Guarda.

NOTAS DE ESCLARECIMENTO:

Antes de responder às questões que se seguem, informo que:

- As questões devem ser respondidas com o máximo de sinceridade;
- Não existem respostas certas ou erradas. O importante é que responda de acordo com a sua opinião;
- Os dados são confidenciais e serão apenas lidos por quem realiza o estudo, sendo utilizados apenas no âmbito da presente investigação;
- Os resultados desta investigação serão colocados à sua disposição, caso sejam solicitados.

Obrigado pela sua atenção, colaboração e disponibilidade.

Secção I
DADOS PESSOAIS

1 - **Sexo:** Feminino Masculino

2 - **Idade:** _____ anos

3 – **Estado civil:**

- | | |
|-----------------------|--------------------------|
| Casado/união de facto | <input type="checkbox"/> |
| Solteiro/ separado | <input type="checkbox"/> |
| Viúvo | <input type="checkbox"/> |
| Outra, qual _____ | <input type="checkbox"/> |

4 – **Área de residência:** Urbano Rural

5 – **Funcionalidade da Família** – Responda às seguintes questões tendo por referência o relacionamento com as pessoas com que costuma conviver (coloque uma cruz no quadrado que mais se aproxima da realidade):

	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
1 - Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2 - Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.			
3 - Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			
4 - Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.			
5 - Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			

6 – Estatuto Socioeconómico (Coloque uma cruz no quadro em frente á situação que se aplica a si, relativamente à sua profissão, ao seu grau de escolaridade, á sua fonte de rendimento e ao conforto da sua casa):

1-Profissão	
Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente	
Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.	
Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados, capatazes e mestres-de-obras.	
Operários especializados com ensino primário completo (ex. motoristas, polícias, cozinheiros, etc.).	
Trabalhadores manuais ou operários não especializados (ex: jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, etc.).	
2- Nível de instrução	
Ensino universitário ou equivalente (12 ou mais anos de estudo). Por exemplo, catedráticos e assistentes, doutores ou licenciados, títulos universitários ou de escolas superiores ou especiais, diplomados, economistas, notários, juizes, magistrados, agentes do Ministério Público, militares da Academia.	
Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo). Por exemplo, técnicos e peritos.	
Ensino médio ou técnico inferior (8 a 9 anos de estudo). Por exemplo, indivíduos com cursos de liceu, industrial ou comercial, militares de baixa-patente ou sem Academia.	
Ensino primário completo (6 anos de estudo).	
Ensino primário incompleto (com um ou dois anos de escola primária, que sabem ler) ou nulo (analfabetos).	
3- Fonte de rendimento	
A fonte principal é fortuna herdada ou adquirida (ex: pessoas que vivem de rendimentos, proprietários de grandes indústrias ou grandes estabelecimentos comerciais).	

Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados, etc. (ex: encarregados e gerentes, lugares com adição de rendimentos igual aos encarregados e gerentes, representantes de grandes firmas comerciais, profissões liberais com grandes vencimentos).	
Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo, tipo funcionário	
Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou à tarefa (ex: operários, empregados de comércio e escriturários).	
O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada (ex: indivíduos sem rendimentos). Não se incluem neste grupo as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.	
4- Conforto da habitação	
Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moderadores o máximo conforto.	
Casas ou andares que, sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosas e confortáveis.	
Casas ou andares modestos, bem construído e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas, com cozinha e casa de banho.	
Categoria intermédia entre a anterior e a seguinte	
Alojamentos impróprios para uma vida decente, choças, barracas ou andares desprovidos de todo o conforto, ventilação, iluminação ou também aqueles onde moram demasiadas pessoas em promiscuidade.	
5- Aspecto do bairro onde mora	
Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou alugueres são elevados.	
Bairro residencial bom, com ruas largas com casas confortáveis e bem conservadas.	
<u>Ruas comerciais ou estreitas e antigas com casas de aspecto geral menos confortável.</u>	
Bairro operário, populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro...	
Bairro de lata.	

Secção II DADOS SOBRE O INTERNAMENTO

1 – Já esteve internado alguma vez? Sim Não

2 – Se sim, já esteve internado neste Serviço (Serviço de Pneumologia da ULS da Guarda)?

Sim Não

3 – Motivo de internamento (patologia / doença): _____

4 – Qual a sua proveniência quando foi internado no Serviço de Pneumologia?

Transferência de outro Hospital Serviço de urgência Consultas externas
Tranferência de outro Serviço de internamento deste Hospital

5 – Quantos dias esteve internado(a)? _____

**Secção III
CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

1 – Segue-se um conjunto de questões sobre as suas EXPERIÊNCIAS com os CUIDADOS DE ENFERMAGEM neste Serviço de Saúde. (Para responder às questões, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a sua experiência):

	Discordo Completamente	Discordo muito	Discordou um pouco	Nem Discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo plenamente
1 – Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.							
2 – Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.							
3 – Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.							
4 – Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.							
5 – Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.							
6 – Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.							
7 – Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.							
8 – Eu via os Enfermeiros como amigos.							
9 – Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.							
10 - Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.							
11 – Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.							
12 – Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.							
13 – Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que o utente tinha pedido.							
14 – Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitavam.							
15 – Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.							

	Discordo Completamente	Discordo muito	Discordou um pouco	Nem Discordo nem concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo plenamente
16- Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.							
17 – Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.							
18 – Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.							
19 – Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.							
20 – Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.							
21 – Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.							
22 – Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.							
23 – Os Enfermeiros faziam-me coisas que me faziam sentir mais confortável.							
24 – Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.							
25 – Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.							
26 – Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.							
27 – Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.							
28 – Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.							

2 – As questões que se seguem centram-se nas suas OPINIÕES A CERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM que recebeu neste Serviço de Saúde. (Para cada questão, faça uma cruz no quadrado que melhor descreve a sua opinião):

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1 – O Tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.					
2 – Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas actividades.					
3 – Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.					
4 – O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.					

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
5 – A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.					
6 – A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivessem em sua casa.					
7 – A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.					
8 – A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.					
9 – A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.					
10 – A maneira como os Enfermeiros lhe explicavam as coisas.					
11– A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.					
12 – A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.					
13 – O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.					
14 – Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.					
15 – Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.					
16 – A liberdade que lhe deram dentro do serviço.					
17 – A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.					
18 – A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.					
19 – o quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.					

Muito Obrigado pela sua colaboração!