escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras

Sónia Maria Godinho Marques Lopes

Coimbra, Abril de *2013*

escola superior de enfermagem de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras

Sónia Maria Godinho Marques Lopes

Orientador: Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues
Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária

Coimbra, *Abril de 2013*

AGRADECIMENTOS

Ao orientador Prof. Doutor Rogério Manuel Clemente Rodrigues, pela disponibilidade e partilha do seu saber e imprescindíveis sugestões.

À Enfermeira especialista Conceição Rodrigues Castro pela incondicional ajuda.

Aos meus amigos e família por estarem sempre presentes, com carinho, afeto e atenção que me demonstram constantemente.

CHAVE DE SIGLAS

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde
ANE - Associação Nacional de Enfermeiros
ARS - Administração Regional de Saúde
CIE - Conselho Internacional de Enfermeiros
CS - Centro de Saúde
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DP - Desvio Padrão
DRHS - Departamento de Recursos Humanos da saúde
ECLCCI - Equipa de Coordenação local dos Cuidados Continuados Integrados
ESCCE - Escala de Satisfação dos Utentes com os cuidados de Enfermagem
IPSS - Instituições Particulares de Solidariedade Social
ISBN - International Standard Book Number
ISSN - International Standard Serial Number
MCSP - Missão dos Cuidados de Saúde Primários
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
P - Significância
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SLS - Sistemas Locais de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SPSS - Statistical Package for the Social Science
$SUCECS_{26}$ - Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde com 26 critérios
USP - Unidade de Saúde Pública
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
USF - Unidade de Saúde Familiar
UAG - Unidade de Apoio à Gestão

RESUMO

A satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem constitui uma realidade pertinente e atual na medida em que a perspetiva do utente é indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde. Representa um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, permitindo uma melhoria contínua dos serviços de saúde.

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, de nível I, com abordagem metodológica quantitativa. Tem por objetivo conhecer o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) de Eiras. Os dados (colhidos entre Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012) referem-se aos utilizadores desta unidade, constituída por uma população de 9097 utentes pelo que resultou uma amostra composta por duzentos e treze utentes, obtida por amostragem não probabilística acidental, de acordo com os critérios de inclusão. Foi utilizado um formulário, para os dados sociodemográficos e aplicada a escala "*Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS*$_{26}$" de Ribeiro (2003).

Dos resultados, sobressai uma satisfação global de 94,7%. Sendo mais valorizada a qualidade na assistência, a individualização da informação e o envolvimento do utente nos cuidados prestados, e menos valorizados, a formalização da informação por escrito; e a informação dos recursos.

Este trabalho permitiu a realização dos objetivos inicialmente definidos, possibilitou reconhecer alguns procedimentos, nomeadamente nas dimensões em que os utentes manifestam menor satisfação, no sentido de melhorar a resposta dos cuidados de enfermagem aos utentes.

ABSTRACT

The users' satisfaction with nursing care is a relevant and current reality to the extent that the user's perspective is indispensable for monitoring the quality of health services. It represents an important indicator in assessing the quality of health care, allowing for continuous improvement of healthcare services.

This is a descriptive exploratory study of level I with a quantitative approach. It aims to understand the level of user satisfaction with nursing care in the Personalized Healthcare (UCSP) unit of Eiras. The data (collected between December 2011 and January 2012) refers to the users of this unit, consisting of a population of 9097 resulting in a sample of two hundred and thirteen users, obtained by non-probability accidental sampling, according to the inclusion criteria. A form was used for social and demographic data and applied the "Satisfaction Scale of users with nursing care in the health center - $SUCECS_{26}$" Ribeiro (2003) scale.

Results of the satisfaction stand at 94.7% overall. Being valued the quality of care, individualization of user information and involvement in care, and less valued the formalization of written information, and information resources.

This work has achieved the goals initially set as possible to recognize some aspects of fit procedures, particularly in the dimensions in which users express less satisfaction, to improve the response of nursing care to patients.

ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Estrutura orgânica dos Agrupamentos dos Centros da Saúde 29
Figura 2 - Organigrama do ACES Baixo Mondego I 36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

Gráfico 1 - Distribuição percentual segundo o motivo que recorreu à UCSP 76
Gráfico 2 - Distribuição percentual segundo a frequência com que recorreu à UCSP 77
Gráfico 3 - Distribuição percentual segundo a ida com familiares à UCSP 78
Gráfico 4 - Distribuição percentual segundo o sexo 79
Gráfico 5 - Distribuição percentual segundo a idade 80
Gráfico 6 - Distribuição percentual segundo o local de residência 81
Gráfico 7 - Distribuição dos utentes segundo a UCSP onde está inscrito 82
Gráfico 8 - Distribuição percentual segundo estado civil 83
Gráfico 9 - Distribuição percentual segundo o nível de escolaridade 84
Gráfico 10 - Distribuição percentual segundo a profissão 86

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro 1 - Dimensões e itens da $SUCECS_{26}$ 62
Quadro 2 - Satisfação dos utentes nas dimensões do formulário $SUCECS_{26}$ 87
Quadro 3 - Satisfação dos utentes na dimensão " individualização da informação"..... 89
Quadro 4 - Satisfação dos utentes na dimensão "qualidade na assistência"..... 90
Quadro 5 - Satisfação dos utentes na dimensão "envolvimento do utente" 91
Quadro 6 - Satisfação dos utentes na dimensão "informação dos recursos"..... 92
Quadro 7 - Satisfação dos utentes na dimensão "formalização da informação" 93
Quadro 8 - Satisfação dos utentes na dimensão "promoção do elo de ligação"..... 94
Quadro 9 - Diferença entre "idade" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 96
Quadro 10 - Diferença entre "habilitações literárias" nas dimensões do $SUCECS_{26}$..... 97
Quadro 11 - Diferença entre "sexo" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 99
Quadro 12 - Diferença entre "estado civil" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 100
Quadro 13 - Diferença entre a "profissão" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 102
Quadro 14 - Diferença entre "unidade de saúde onde esta inscrito" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 104
Quadro 15 - Diferença entre "local de residência", nas dimensões do $SUCECS_{26}$..... 105
Quadro 16 - Diferença entre a "ida com os familiares à UCSP" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 106
Quadro 17 - Diferença entre "motivo de ida à UCSP" nas dimensões do $SUCECS_{26}$ 108
Quadro 18 - Diferença entre "frequência à UCSP" nas dimensões do $SUCECS_{26}$..... 111

ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

Tabela 1 - Distribuição percentual segundo o motivo por que recorreu à UCSP 76
Tabela 2 - Distribuição percentual segundo a frequência com que recorreu à UCSP .. 77
Tabela 3 - Distribuição percentual segundo a ida com familiares à UCSP 77
Tabela 4 - Distribuição percentual segundo o sexo 78
Tabela 5 - Distribuição percentual segundo a idade 79
Tabela 6 - Distribuição percentual dos utentes segundo o local de residência 80
Tabela 7 - Distribuição percentual segundo a UCSP onde está inscrito 81
Tabela 8 - Distribuição percentual segundo o estado civil 82
Tabela 9 - Distribuição percentual segundo o nível escolaridade 84
Tabela 10 - Distribuição percentual segundo a profissão 85

SUMÁRIO

Pág.

INTRODUÇÃO…….. 21

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA…… 23

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS……... 25

1.1. ORGANIZAÇÃO ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS…… 28

1.2. ENQUADRAMENTO E CARATERIZAÇÃO DA UCSP DE EIRAS…….. 36

2. ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS…… 41

2.1. CUIDAR EM ENFERMAGEM…….. 44

2.2. O UTENTE "PESSOA"……... 54

3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE…… 55

3.1. SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE……. 60

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA……. 67

1. OPÇÃO METODOLÓGICA…… 69

1.1. TIPO DE ESTUDO…….... 69

1.2. HIPÓTESES DO ESTUDO……. 70

1.3. VARIÁVEIS E SUAS DIMENSÕES……. 71

1.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO…….. 73

1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS……. 73

1.6. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS…… 74

1.7 QUESTÕES ÉTICAS DE INVESTIGAÇÃO……. 74

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS……. 76

2.1. ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA…….. 75

2.1.1. Motivo da ida à UCSP……... 76

2.1.2 Frequência com que recorre à UCSP…… 76

2.1.3. Ida com familiares à UCSP……… 77

2.1.4. Sexo……. 78

2.1.5. Idade………. 79

2.1.6. Local de residência…… 80

2.1.7. Unidade de Saúde onde está inscrito..... 81
2.1.8. Estado civil..... 82
2.1.9. Habilitações literárias..... 83
2.1.10 Profissão..... 84
3. ESTATÍSTICA INFERENCIAL..... 87
3.1. DIMENSÃOES DA SATISFAÇÃO..... 87
3.1.1. Dimensão: Individualização da informação..... 88
3.1.2. Dimensão: Qualidade na assistência..... 90
3.1.3. Dimensão: Envolvimento do utente..... 91
3.1.4. Dimensão: Informação dos recursos..... 91
3.1.5. Dimensão: Formalização da informação..... 92
3.1.6. Dimensão: Promoção do elo de ligação..... 94
4. TESTES DE HIPÓTESES..... 95
5. CONCLUSÕES..... 111
BIBLIOGRAFIA..... 115
ANEXOS..... 123
ANEXO I – Autorização de utilização do formulário de Avaliação de Satisfação dos utentes com os Cuidados de Enfermagem $SUCECS_{26}$ 125
ANEXO II – Formulário de avaliação de satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde – $SUCECS_{26}$..... 129

INTRODUÇÃO

A qualidade dos cuidados em saúde é no contexto atual, uma preocupação crescente nos serviços de saúde, sendo um dos seus indicadores, a avaliação da satisfação dos utilizadores. Nesta parceria entre a qualidade em saúde e a satisfação dos utentes, há que reconhecer a mais-valia dos processos formativos na aquisição de competências dos profissionais conducentes a uma melhor prática.

Atualmente, as instituições prestadoras de cuidados e os profissionais de saúde devem ter o intuito de realizar o seu planeamento, preocupando-se com as necessidades dos seus clientes e a sua opinião sobre os cuidados que lhe são prestados. A avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem é, assim, uma das formas de "dar voz ao utente", permitindo que manifeste a sua opinião sobre o serviço que lhe é prestado, tendo como pressuposto que todas as estratégias para melhorar a qualidade deverão ser centradas no utente (Ribeiro, 2003).

Numa fase de grandes mudanças, com a reforma dos cuidados de saúde primários, a criação dos ACES (Agrupamentos dos Centros de Saúde) é necessário, assim como também importante que todos os intervenientes neste processo se sintam envolvidos e motivados para as alterações que vão ocorrendo.

Segundo Ribeiro,

> *"Como ciência, a enfermagem tem evoluído ao longo dos tempos, no sentido de responder aos novos desafios e exigências resultantes dessa evolução, sendo a sua essência o cuidar holístico e humanizado visando a satisfação dos utentes face aos Cuidados que lhe são direcionados, de acordo com as suas necessidades, decisões expetativas." (2008, p.16).*

Foi neste plano de reflexão que se avançou para a construção deste estudo, no contexto da unidade da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) de Eiras, manifestando o interesse e preocupação dos enfermeiros conhecerem a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem nesta unidade. Tendo em conta o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE), "a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador de qualidade dos cuidados prestados" (OE, 2005, p.52).

Neste trabalho pretendemos desenvolver um estudo do tipo exploratório descritivo-correlacional com abordagem metodológica quantitativa com os objetivos de:

- Identificar o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras (UCSP);
- Verificar se a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras se encontra relacionada com as variáveis sociodemográficas.

O presente trabalho encontra-se dividido em duas partes:

Na primeira apresentamos o enquadramento teórico, com uma breve retrospetiva da evolução dos cuidados de saúde primários, aos conceitos de qualidade e satisfação, à avaliação da satisfação como indicador de qualidade, à organização atual dos cuidados de saúde primários e à caraterização da UCSP de Eiras.

Na segunda parte, ou fase metodológica, desenvolvemos o desenho da investigação ou metodologia fundamentada do estudo, onde se incluem as variáveis (definidas e categorizadas), determinação da população e da amostra, o tipo de amostragem, os procedimentos éticos e formais, a seleção e a elaboração do instrumento de colheita de dados, assim como, a escolha dos métodos de colheita e de análise dos dados. Posteriormente, o tratamento estatístico, análise e interpretação dos dados relativos às variáveis em estudo, para posterior discussão e apresentação dos resultados e respetivas conclusões. Pensamos que os resultados deste estudo poderão trazer contributos importantes para a abordagem destas questões, não só junto das populações estudadas e dos órgãos de gestão dos Agrupamentos dos Centros de Saúde, mas também irão contribuir para o crescimento da Enfermagem enquanto profissão e enquanto disciplina científica.

PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são, segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), a base de contacto com o sistema nacional de saúde para os indivíduos, as famílias e a comunidade, trazendo os cuidados de saúde o mais possível para os locais onde as pessoas vivem e trabalham (CIE, 2008).

A criação dos cuidados de saúde primários representou uma inovação para a prestação e organização dos cuidados de saúde em Portugal. De uma organização quase totalmente voltada para os hospitais, passou-se a olhar para os centros de saúde como porta de entrada no sistema de saúde (Biscaia, *et al*, 2008).

Ao longo da sua evolução, foram várias as áreas abrangidas pela inovação, que beneficiou direta ou indiretamente os cuidados primários, nomeadamente a qualidade, a satisfação dos utentes e dos profissionais, os recursos humanos, a relação profissionais de saúde/utentes e o sistema de remuneração.

O trabalho nos Centros de Saúde passa a ser executado por equipas compostas por médicos, enfermeiros e administrativos, podendo vir a ser integrados, de acordo com a contratualização de uma carteira adicional de serviços, outros profissionais de saúde ou de apoio social, dependendo das necessidades da população da área em questão (Nunes, 2007).

De acordo com Branco (2001), os cuidados de saúde primários entraram em força na saúde em Portugal com a legislação de 1971 que criou os Centros de Saúde. Esta foi, a seu tempo, inovadora no contexto da saúde. As infraestruturas materiais e humanas que se desenvolveram continuam a desempenhar um papel fundamental na promoção e proteção da saúde dos Portugueses.

A evolução dos cuidados de saúde primários em Portugal conheceu várias fases:

A partir de 1971 foram criados os primeiros centros de saúde de primeira geração, associados ao que então se entendia por saúde pública, incluindo atividades como a vacinação, vigilância da saúde da mulher, da grávida e da criança, saúde escolar e ambiental, entre outras *(idem).*

Segundo (Correia, *et al,* 2001) a primeira geração de centros de saúde estava orientada para a saúde pública e para a medicina preventiva. Era organizada por valências e dava prioridade à saúde materno-infantil. A partir de 1983, a segunda geração de centros de saúde integra os postos de ex-Serviços Médico-Sociais ("caixas"). Este processo de fusão conduziu a uma maior racionalidade formal, mas não resultou numa melhoria naquilo que eram as principais virtudes dos componentes integrados – acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias, por um lado, e por outro, a programação de atividades com objetivos de saúde.

A segunda geração de Centros de Saúde teve início em 1983, após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da nova carreira de clínica geral. Integrou os primeiros Centros de Saúde, sendo criados os chamados "Centros de Saúde Integrados", resultantes da fusão das principais vertentes assistenciais extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos serviços médico-sociais e hospitais concelhios). A nível central, este processo conduziu à criação da Direção Geral dos Cuidados de Saúde Primários *(idem).*

Em 1999, com o Decreto-Lei nº286/99, de 27 de Julho, reorganizaram-se os Serviços de Saúde Pública tomando como referência o enquadramento legislativo sobre os "Centros de Saúde de Terceira Geração". Este acontecimento permitiu implementar o conceito de unidades integradas de cuidados de saúde, formadas pelos hospitais e grupos personalizados dos centros de saúde de determinada zona geográfica.

Estes centros de saúde de "terceira geração" organizam a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares. As Unidades de Saúde Familiar (USF) dos centros de saúde visam a modernização organizativa e técnico-científica da medicina geral e familiar nas instituições públicas do SNS (Branco e Ramos, 2001).

Deste modo e nos termos do Decreto-Lei n.º60/2003, de 1 de Abril,

> *"... aos Centros de Saúde cabe promover, simultaneamente, a saúde e a prevenção da doença, bem como a gestão dos problemas de saúde, agudos e crónicos, tendo em conta a sua dimensão física, psicológica, social e cultural, sem discriminação de qualquer natureza, através de uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se insere".*

Em cuidados de saúde primários, tal como refere Correia, *et al* (2001), a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, evidenciando-se as

atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade. A Enfermagem comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em diferentes locais da comunidade.

O conceito de Cuidados de Saúde Primários (CSP) foi então descrito como:

> *"Prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, posta ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades, com a sua inteira participação, e que possa ser financeiramente mantida pelo país e pela comunidade, em todas as fases do seu desenvolvimento, num espírito de auto responsabilidade e auto determinação" (Declaração de Alma Ata, 1998, p.2).*

Atualmente são quatro os princípios que envolvem os cuidados de saúde primários:

- Serviços de saúde equitativos e universalmente acessíveis. Todas as pessoas devem ter um acesso razoável aos serviços essenciais de saúde, sem barreiras financeiras nem geográficas;
- Participação da comunidade na definição e implementação das agendas de saúde. Esta deve ser incentivada a participar no planeamento e tomada de decisões acerca dos seus próprios cuidados de saúde, e deve ser-lhe dada a capacitação necessária para o fazer;
- Abordagens intersectoriais à saúde. Os profissionais dos vários setores trabalham de forma interdependente com os membros da comunidade para se promover a saúde da comunidade;
- Tecnologia apropriada. A tecnologia e as formas de cuidado devem basear-se nas necessidades de saúde e ser aplicadas de forma adequada ao desenvolvimento social, económico e cultural da comunidade.

No entanto, agora, como nessa altura, o desafio continua a estar em despertar as capacidades, a imaginação e a vontade das pessoas para encontrarem novas soluções de gestão, organização e exercício profissional que correspondam às necessidades e expectativas das populações que servem.

1.1. ORGANIZAÇÃO ATUAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A rede de prestação de cuidados de saúde primários segundo o artigo 1º, do Decreto-Lei n.º60/2003, de 1 de Abril,

> *"… é constituída pelos centros de saúde integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), pelas entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestem cuidados de saúde primários a utentes do SNS nos termos de contratos celebrados ao abrigo da legislação em vigor, e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, constituídos em cooperativas ou outras entidades, com quem sejam celebrados contratos, convenções ou acordos de cooperação."*

A recente reforma dos Cuidados de Saúde Primários (Decreto-Lei, nº28/2008, de 22 de Fevereiro) considera o acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assim como a melhor forma de os gerir. Pressupõe uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha por parte dos cidadãos. Há profissionais que se adaptam e trabalham bem como trabalhadores dependentes. Há os que se adaptam assim como há outros que se realizam e produzem melhor como empreendedores. O SNS (Serviço Nacional de Saúde), que é universal, deve poder contar com o melhor de ambos (Branco, 2001).

Antes da reforma iniciada em 2005, os cuidados de saúde primários caraterizavam-se por uma ausência de autonomia, por uma forte estrutura hierárquica, centralista, por excesso de burocracia mesmo para as decisões mais simples e pelas limitações impostas na gestão local. As alterações introduzidas pela reforma vieram trazer várias modificações.

Agrupamentos de Centros de Saúde

Uma das principais novidades deste Decreto-Lei consiste na criação de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

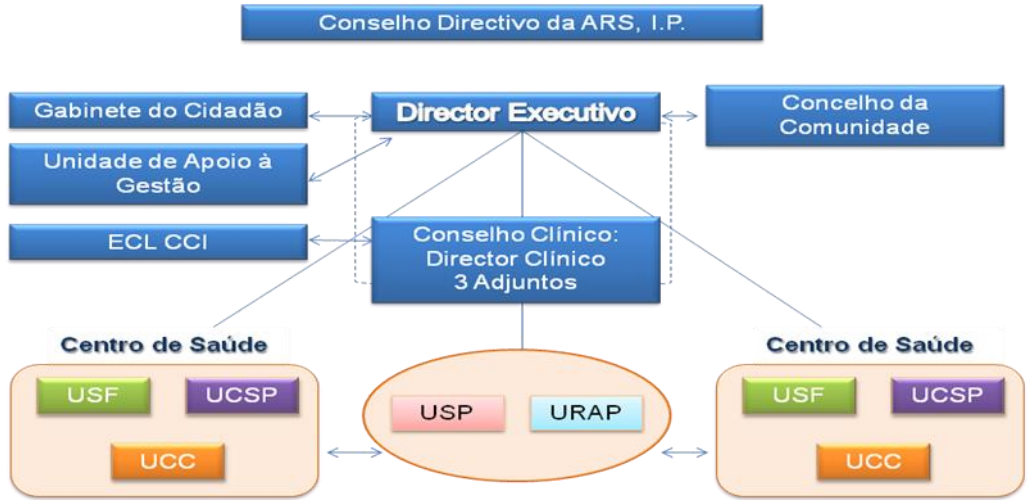
Os ACES podem compreender as seguintes Unidades funcionais:

- Unidade de Saúde Familiar (U.S.F.);
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (U.C.S.P.);
- Unidade de Cuidados na Comunidade (U.C.C.);

- Unidade de Saúde Pública (U.S.P.);
- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (U.R.A.P.);
- Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva A.R.S.

O desenho da estrutura orgânica de cada ACES está representado na Figura 1.

Figura 1 – Estrutura orgânica dos Agrupamentos dos Centros da Saúde



Fonte: Portugal, Direcção Geral de Saúde, Missão Cuidados Saúde Primários (2008).

Os ACES são dirigidos por um Diretor Executivo, compostos por um Conselho Clínico, um Conselho da Comunidade, uma Unidade de Apoio à Gestão (UAG) e por uma rede de Unidades Funcionais de prestação de cuidados de saúde. Em cada Centro de Saúde funciona, pelo menos, uma USF ou uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Cada ACES terá somente uma Unidade de Saúde Pública (USP) e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP). Como já foi referido, com a criação dos ACES foram extintas todas as sub-regiões de saúde, mantendo-se as já existentes ARS, IP.

Para efeitos de gestão, salienta-se a existência de contratos-programa, que são acordos celebrados entre o diretor executivo do ACES e o conselho diretivo da ARS, IP através dos quais se estabelecem, qualitativa e quantitativamente, os objetivos do ACES, os recursos afetados ao seu cumprimento e se fixam as regras relativas à sua execução.

O diretor executivo é designado pelo membro do governo responsável pela área da saúde, sobre proposta fundamentada do conselho diretivo da respetiva ARS, IP.

Este deve possuir licenciatura e competências demonstradas de coordenação, administração ou gestão em saúde.

De acordo com a Missão dos Cuidados de Saúde Primários (MCSP, 2008), o Conselho Clínico é constituído por um presidente e três vogais. O presidente pertence à carreira médica, à especialidade de medicina geral e familiar; tem de possuir, pelo menos, o grau de consultor e ter experiência efetiva na especialidade. Deve também exercer funções no ACES, sendo proposto pelo diretor executivo.

Os três vogais são designados pelo conselho diretivo da Administração Regional de Saúde Instituto Público (ARS, IP), sob proposta fundamentada do presidente do conselho clínico. Devem possuir conhecimentos técnicos em Cuidados de Saúde Primários (CSP), experiência em processos de garantia de qualidade dos cuidados e em processos de auditoria, bem como dominar as técnicas de gestão do risco. Um dos vogais deverá ser um médico da especialidade de saúde pública, outro dos vogais será um enfermeiro com pelo menos a categoria de enfermeiro especialista e com experiência em CSP. O vogal em falta será um profissional designado de entre todos os profissionais de saúde do ACES.

De acordo com o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro, o Conselho da Comunidade é, composto por onze elementos:

- Um representante indicado pelas câmaras municipais da área de atuação do ACES;
- Um representante de cada município abrangido pelo ACES;
- Um representante do centro distrital de Segurança Social;
- Um representante das escolas ou agrupamentos de escolas;
- Um representante das Instituições Particulares de Solidariedade Social;
- Um representante da associação dos utentes do ACES;
- Um representante das associações sindicais com assento na Comissão Permanente de Concertação Social;
- Um representante das associações de empregadores;
- Um representante do hospital de referência;
- Um representante das equipas de voluntariado;
- Um representante da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens.

Ao Conselho da Comunidade, compete acompanhar a execução dos planos de atividade dos ACES; alertar para deficiências graves na prestação de cuidados de saúde; assegurar a articulação do ACES com os municípios da sua área geográfica e a dinamização de associações e redes de utentes, promotoras de equipas de voluntariado.

A Unidade de Apoio à Gestão (UAG) presta apoio administrativo geral, ao diretor executivo, ao conselho clínico e a todas as unidades funcionais, para além do acompanhamento na execução dos contratos-programa entre o ACES e a ARS, IP. É também responsável pela análise da eficácia das políticas dos recursos humanos e dos equipamentos e assegura o aprovisionamento, gestão e controlo de vacinas, contracetivos, medicamentos e material de consumo clínico.

A Equipa de Coordenação Local dos Cuidados Continuados Integrados (ECLCCI), referida no esquema, exercerá as suas competências de forma articulada e direta com o Conselho Clínico, tendo um âmbito transversal a todo o ACES.

Existe ainda, na dependência do diretor executivo, o gabinete do cidadão a quem compete:

- Verificar as condições de acesso dos utentes aos cuidados de saúde;
- Informar os utentes dos seus direitos e deveres como utilizadores dos cuidados de saúde primários;
- Receber observações, sugestões e reclamações dos utentes relativo aos cuidados prestados e dar respostas às mesmas;
- Verificar regularmente o grau de satisfação dos utentes do ACES.

As várias unidades propostas para os ACES preocupam-se em intervir nos fatores que determinam o estado de saúde de uma população. Cada unidade funcional assenta numa equipa multiprofissional com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

Unidade de Saúde Familiar

As USF responsabilizam-se pela monitorização do estado de saúde, ou seja, o acompanhamento dos fenómenos de saúde e doença e dos seus determinantes ao longo do tempo na área do ACES em que se integra, competindo-lhe, designadamente, elaborar informação e planos em domínios da Saúde Pública, proceder à vigilância

epidemiológica, gerir programas de intervenção no âmbito da prevenção, promoção e proteção da saúde da população em geral ou de grupos específicos.

A implementação das USF's foi o primeiro grande objetivo da reforma dos CSP. Estas são unidades operativas com autonomia funcional e técnica, que contratualizam com o ACES, objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade e qualidade.

A criação das USF, de acordo com a MCSP (2008), baseia-se numa série de condições a respeitar, tais como:

- Responsabilização de prestação de cuidados de saúde gerais, personalizados, com respeito pelos contextos sociais e familiares a um grupo de cidadãos que varia, em geral, entre 4.000 e 18.000 utentes;
- Adesão voluntária dos profissionais a envolver;
- Trabalho em equipa multidisciplinar;
- Obrigatoriedade da existência de um sistema de informação;
- Regime remuneratório baseado no desempenho profissional;
- Regime de incentivos;
- Contratualização e avaliação de desempenho.

Nem todas as USF se encontram no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF é resultante do grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais, assim como do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

De acordo com a Portaria nº1368/2007, de 18 Outubro, fazem parte do núcleo base de serviços clínicos das USF: a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença, nas diversas fases do ciclo vital (garantia de prestação de cuidados em situação aguda); o acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologias múltiplas; os cuidados domiciliários e a interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Cada UCSP tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geodemográfica. A sua constituição está a cargo da direção do ACES, tendo dimensões idênticas às previstas para uma USF.

Esta unidade é regida por um conjunto de vários princípios: a garantia da acessibilidade aos cuidados, a globalidade da prestação dos mesmos e um sistema de continuidade e qualidade de cuidados.

Foi elaborado pela MCSP (2008), o compromisso assistencial desta unidade. Neste âmbito, deve ser elaborado o plano de ação, contendo os objetivos, os indicadores e as metas propostas para atingir os princípios referidos. As áreas prioritárias a definir, são:

- Carteira básica de serviços e oferta;
- Horário de funcionamento;
- Sistema de marcação, atendimento e orientação de utentes;
- Sistema de substituição de profissionais de saúde;
- Articulação com as outras unidades funcionais do ACES.

Está previsto em Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de Agosto, a afetação de recursos humanos às UCSP. Os rácios a serem seguidos devem ter por base os definidos para as USF, o que nem sempre se verifica, tanto para os profissionais quer da carreira médica quer da carreira de enfermagem.

No que diz respeito à coordenação desta unidade, esta deverá estar a cargo de um elemento da carreira médica especialista em medicina geral e familiar. No entanto, não refere qualquer coordenação de enfermagem, sendo esta essencial e acabando por, na prática, existir uma nomeação informal de um coordenador para esta área.

Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde contribuindo assim, de um modo direto, para o cumprimento da missão do ACES (Despacho nº10143/2009, de 16 de Abril).

Compete à UCC a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, no ambiente do domicílio e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situações de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração de redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (OE, 2008).

A UCC executa a consultadoria e apoio às outras unidades funcionais, baseando-se na proximidade à população. A equipa deverá ser constituída por enfermeiros, assistentes sócias, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, higienistas orais, nutricionistas, terapeutas da fala, entre outros profissionais de saúde. A sua coordenação deverá ficar a cargo de um enfermeiro, com pelo menos o título de especialista e com experiência comprovada na área profissional.

O trabalho nesta unidade requer articulação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, existindo simultaneamente autonomia, baseada na organização técnica e funcional, no sentido do cumprimento do plano de ação. A parceria com estruturas da comunidade local (Autarquias, Segurança Social, Instituições Públicas de Solidariedade Social, entre outros) é essencial ao trabalho na UCC, assim como a gestão participativa, assente num sistema de comunicação e de relações entre todos os profissionais, promotores de ganhos, de motivação e satisfação profissional.

As atividades da carteira de serviços da UCC, definidas pelo Despacho nº10143/2009, de 16 de Abril, devem incidir nas seguintes áreas:

- Contribuição no diagnóstico de saúde da população;
- Aplicação dos diferentes programas de promoção da saúde e prevenção da doença na comunidade, tais como o Programa Nacional de Saúde Escolar;
- Execução de projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade e sujeitos a fatores de exclusão social ou cultural, pobreza económica, de valores ou de competências, violência ou negligência;
- Aplicação de projetos de intervenção comunitária com indivíduos dependentes e famílias/comunidades, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Projetos de promoção de estilos de vida saudáveis, ao longo de todo o ciclo de vida, em parcerias com outras instituições.

A UCC constitui-se entre outras, pela Equipa de Intervenção Comunitária, Equipa de Cuidados Continuados Integrados e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

Unidade de Saúde Pública

A USP constitui-se como um observatório de saúde da área geográfica onde se insere. Desenvolve atividades de planeamento em saúde, de promoção e proteção da saúde, avalia o impacto da saúde, de prevenção da doença, da vigilância epidemiológica e da saúde ambiental e interessa-se pela investigação em saúde e pela gestão ou participação em programas de saúde pública. A USP tem autonomia técnica e organizativa, incluída no ACES, mas com interação com as demais unidades funcionais (MCSP, 2008).

As atividades essenciais prendem-se, essencialmente com:

- Elaboração de informação e planos em domínios da Saúde Pública, assim como monitorização do estado de saúde da população;
- Proceder à vigilância epidemiológica, quer das doenças transmissíveis, quer no âmbito da saúde ambiental;
- Gerir e participar, no desenvolvimento de programas de intervenção nacionais e/ou internacionais, ou mesmo regionais, definidos como prioritários por cada Administração Regional de Saúde.

A coordenação da Unidade de Saúde Pública está ao encargo do delegado de Saúde do ACES. Deverá fazer parte desta equipa pelo menos um enfermeiro com a especialidade de Saúde Pública ou Enfermagem de Saúde Comunitária.

Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

A URAP, segundo o Decreto-Lei nº28/2008, de 22 de Fevereiro, é constituída por vários profissionais de saúde com competências diversas, que possam já estar incluídos em outras unidades funcionais do ACES, como sejam: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, higienista oral, outros técnicos responsáveis por meios de diagnóstico e terapêutica e médicos de outras especialidades que não a de medicina geral e familiar.

Estes profissionais estarão na sua maioria a tempo parcial nesta unidade, completando o restante horário no desenvolvimento de intervenções ou programas da responsabilidade de outras unidades funcionais. Caso exista centro de diagnóstico pneumológico, este deverá ser incluído nesta unidade, respeitando-se a especificidade da sua intervenção e autonomia funcional.

A coordenação desta unidade é escolhida pela direção do ACES, deverá ser um profissional com pelo menos cinco anos de experiência profissional, adequadas ao exercício das funções e será designado pelo diretor executivo, depois de ser ouvido todo o conselho clínico.

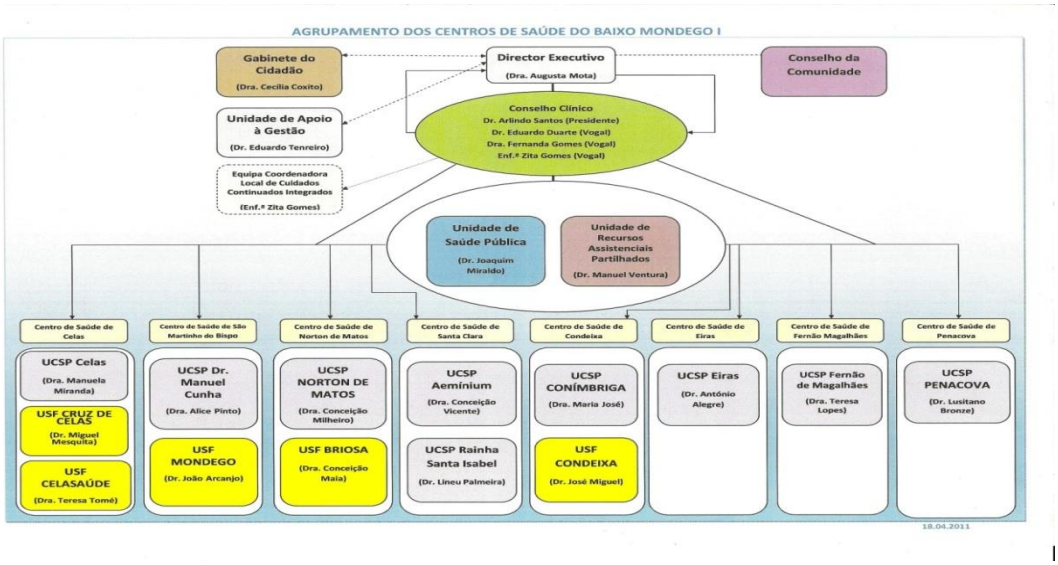
Ao atingir a estabilidade na organização de Cuidados de Saúde Primários, obter-se-á uma gestão mais rigorosa, equilibrada, ciente das necessidades das populações e, acima de tudo, a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, centrados no cidadão/comunidade, para se poderem alcançar maiores ganhos na saúde.

1.2. ENQUADRAMENTO E CARATERIZAÇÃO DA UCSP DE EIRAS

A UCSP de Eiras foi anteriormente uma extensão do Centro de Saúde de Coimbra tornando-se em 1986 numa extensão do Centro de Saúde Fernão Magalhães. Em 1991, foi finalmente individualizado como Centro de Saúde de Eiras (Relatório de atividades de Eiras, 2008).

Faz parte do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego I o qual é composto por 8 (oito) Centros de Saúde, os quais incluem 9 (nove) U.C.S.P. (s) e 5 (cinco) U.S.F. (Figura 2).

Figura 2 – Organigrama do ACES Baixo Mondego I



Fonte: Portugal, Circular informativa do ACES Baixo Mondego I (2011).

As atuais instalações da UCSP situam-se na Rua João Manuel Lopes Pinheiro (na periferia da localidade de Eiras) e foram inauguradas no dia 18/01/2005.

O número de residentes na área de abrangência da UCSP de Eiras é de 25787 habitantes, sendo a freguesia de Eiras a que possui mais habitantes. Além da UCSP, a população residente tem ao dispor várias instituições e serviços de saúde tais como:

- Dois Hospitais Centrais (Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar de Coimbra);
- Duas Maternidades (Maternidade Dr. Daniel de Matos e Maternidade Bissaya Barreto);
- Hospital Pediátrico de Coimbra;
- Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil;
- Dois Hospitais Psiquiátricos (Sobral Cid e Lorvão);
- Duas Farmácias.

Enquadramento geográfico

A UCSP tem a sua Sede na Freguesia de Eiras com uma área de abrangência de 70,16 km^2, situando-se a Nordeste do Concelho de Coimbra e inclui as extensões do Botão, Brasfemes, S. Paulo de Frades, Souselas e Torre de Vilela.

Esta Unidade de Saúde abrange os seguintes lugares: Bairro da Liberdade, Bairro do Ingote, Bairro da Rosa, Bairro de Sta. Apolónia, Bairro S. Miguel, Bairro do Loreto, Bairro do Brinca, Casal Lourenço de Matos, Casal da Rosa, Casais de Eiras, Cordovão, Eiras, Logo de Deus, Monte Formoso, Murtal, Paredes, Penedos, Pinhal do Bispo, Redonda, Ribeira de Eiras, Urbanização Ar e Sol, Urbanização Gorgulão, Vale da Luz, Várzeas e Vilarinho de Baixo.

A população residente nesta área de abrangência de acordo com os Censos de 2001 (Diagnóstico de Situação de Eiras, 2002) era de 12053, logo estima-se que apenas 61,55% da população local esteja inscrita no Centro de Saúde. Uma parte dos não inscritos pode-se explicar pela inscrição em outras extensões (já que a fronteira é ténue) e em outros Centros de Saúde, nomeadamente da cidade de Coimbra (devido à proximidade).

A freguesia de Eiras tem 9,81 km^2 de área, está em franca expansão e desenvolvimento, com grande número de sociedades industriais e comerciais. Está situada na parte norte da cidade de Coimbra, desde a Ribeira de Coselhas a sul, até aos limites das freguesias de Brasfemes, Santa Cruz e São Paulo de Frades. É atravessada de nascente para poente pela Ribeira de Eiras, afluente do rio Botão. Este rio desagua, por sua vez, na margem direita do Mondego, juntamente com a ribeira de Ançã.

A População inscrita na UCSP de Eiras, de acordo com o programa SINUS (Agosto/2011) é composta por 17879 utentes, distribuídos da seguinte forma pelas Unidades de Saúde: Eiras (Sede) 9097; Botão 1381; Souselas 3024; Torre de Vilela 1246; Brasfemes 1699; S. Paulo de Frades 1432.

Enquadramento ambiental

As freguesias da área de influência do UCSP de Eiras são várias e com diversas caraterísticas:

- São Paulo de Frades - 14,97 km^2 de área, territorialmente descontínua, constituída por duas partes de extensão muito diferentes – parte principal com mais de 90% do território da freguesia e a outra parte constituída pelo Bairro Sta. Apolónia, estando este separado da área principal pela freguesia de Eiras; o solo é fértil, largamente aproveitado pela comunidade para atividade agrícola; a extensão de São Paulo de Frades está localizada a 5 Km da sede e abrange a Bemposta, Lordemão, Mainça, Rocha Nova e S. Paulo de Frades.

- Torre de Vilela - 3,33 km^2 de área. É a freguesia com menor área. A extensão de Torre de Vilela fica no lugar com o mesmo nome, a 6 Km da sede e na sua área de ação o Logo de Deus, Ponte Vilela, Torre de Vilela e Vilela.

- Brasfemes - 9,18 km^2 de área. A extensão de Brasfemes situa-se no lugar de Brasfemes, a 5 Km da sede e inclui os lugares de Agrelo, Bostelim, Brasfemes, Lagares, Sinceira e Vilarinho. Nela se encontram as nascentes das pequenas ribeiras do Vale Côvo e do Agrelo, as quais também desaguam no rio Botão.

- Botão - 17,27 km^2 de área. O rio Botão nasce nesta freguesia, dando por via disso o nome à mesma. Botão situa-se no lugar do Botão, a 16 Km da sede e abrange os

seguintes lugares: Larçã, Mata de S. Pedro, Outeiro do Botão, Paço, Paul e Póvoa do Loureiro.

- Souselas - 15,74 km^2 de área. Esta unidade de saúde situa-se no lugar de Souselas, a 11Km da sede e compreende a assistência aos seguintes locais: Marmeleira, S. Martinho do Pinheiro, Sargento-mor, e Zouparria. Tem o seu solo argiloso e calcário. É predominantemente industrial com destaque para a cimenteira.

Enquadramento administrativo

Esta UCSP apresenta como recursos humanos - 13 médicos (11 Assistentes Graduados e 2 Chefes de Serviço), 9 enfermeiros, 10 administrativos, 5 auxiliares, 1 assistente social, 1 nutricionista, 1 motorista e 1 telefonista.

Segundo OMS (2002), os recursos humanos médicos adequados à prestação de cuidados de Saúde com qualidade seriam de 2 médicos, 1 enfermeiro e um administrativo para cada 3000 utentes (1500 utentes/ médico). Está ainda vocacionado para o ensino pré e pós-graduado recebendo médicos internos da especialidade, alunos de enfermagem, enfermeiros em especialização e 1 estagiário de psicologia.

Prestação de serviços

Sendo os Cuidados de Saúde Primários uma "Porta de Entrada" do Serviço Nacional de Saúde, esta Unidade de Saúde desenvolve atividades no âmbito de:

- Saúde de Adulto;
- Saúde Infantil;
- Saúde Materna;
- Planeamento Familiar;
- Saúde do Idoso;
- Desabituação Tabágica; (temporariamente suspenso)
- Nutrição;
- Hipertensão;
- Diabetes;
- Psicologia;
- Serviço Social;

- Rastreio, Prevenção e Diagnóstico Precoce (Cancro do Colo do Útero, da Mama e da Próstata);
- Diagnóstico precoce da Fenilcetonúria e do Hipotiroidismo;
- Saúde Escolar/Saúde Oral;
- Vacinação;
- Tratamentos;
- Visita Domiciliária;
- Elaboração e implementação de projetos de promoção e prevenção.

Enquadrando as novas políticas governamentais, estão em implementação alterações estruturais e de prestação direta de cuidados assistenciais aos utentes, sustentadas na melhoria da acessibilidade aos mesmos.

2. ENFERMAGEM EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

A atuação dos enfermeiros em cuidados de saúde primários situa-se em duas áreas distintas, a da saúde pública e a da saúde comunitária, em parte por herança histórica, mas considerando também os problemas de saúde nacionais, as orientações políticas internacionais, nacionais e regionais, a formação e a evolução da profissão. Tendo por base o trabalho em equipa, a intervenção dos enfermeiros integra-se na resposta multiprofissional e multidisciplinar que a saúde, enquanto fenómeno multifacetado e de grande complexidade, exige. Reconhece-se que o enfermeiro detém um lugar privilegiado nos modelos de equipa pluridisciplinar de saúde que têm sido experimentados entre nós devido às múltiplas oportunidades que tem de conhecer as famílias e os seus "estilos de vida" durante o atendimento das suas necessidades de saúde, assim como dos recursos comunitários (OE, 2008).

Estas oportunidades conferem-lhe o papel de agente facilitador da mudança que se pretende efetuar. Trabalham integrados em programas ou projetos na unidade de Saúde, no domicílio ou em grupos institucionalizados da zona de implantação geográfica da unidade de saúde, com promotores ou participantes, a título individual e/ou de forma articulada em grupos multidisciplinares, junto de pessoas, famílias e grupos da população. Assim, atuam como recurso para que os indivíduos e famílias desenvolvam competências para um agir consciente – quer em situações de crise, quer em questões de saúde, como também a vivenciar os processos de transição e os acontecimentos de vida não normativos.

No atendimento global às necessidades e dinâmicas familiares, os enfermeiros diferenciam-se por uma atuação marcada pela ampliação da sua complexidade e dos métodos de intervenção fundamentada num aporte de competências específicas. Estes enfermeiros reconhecem a família como a mais constante unidade de saúde para os seus membros, ajudando-as a fazer escolhas saudáveis, a enfrentar e a gerir a doença crónica e a deficiência, a controlar o stresse e a realizar a promoção integral da saúde dos seus elementos, contribuindo deste modo para o fortalecimento de um dos pilares fundamentais da sociedade.

As práticas dos enfermeiros centram-se sobretudo na pessoa, inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social. Assim, os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos, acompanhando-os ao longo do ciclo de vida, próximos dos problemas e anseios das pessoas.

A prática da enfermagem constitui a essência fundamental dos cuidados de saúde primários. Os enfermeiros prestam serviços onde quer que as pessoas se encontrem: nas casas, escolas, locais de trabalho, prisões, clínicas de saúde e bem-estar, outros contextos comunitários, bem como em hospitais e centros de investigação. Estes também desempenham um papel crítico na formação e supervisão de outros profissionais, bem como no planeamento, organização, monitorização, e avaliação dos serviços de Cuidados de Saúde Primários (OE, 2008).

O exercício da profissão de Enfermagem em Portugal é autorregulado, desde 1998, através da Ordem dos Enfermeiros (OE) e apoiado num quadro de referência legal, que vincula todos os enfermeiros e serviços de saúde que prestam cuidados de Enfermagem aos cidadãos (Idem).

Este quadro de referência assenta nos seguintes pilares: no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) – Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro; Estatuto da Ordem dos Enfermeiros – Lei n.º111/2009, de 16 de Setembro; nos Padrões de Qualidade (Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos) e nas Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais.

Em 1974, havia cerca de 15 mil auxiliares de Enfermagem e 3 mil enfermeiros, pelo que a decisão assumida nessa altura foi de pôr termo à formação de auxiliares e proporcionar aos existentes uma formação complementar (curso de promoção para efeitos de transição). Esta consciência profissional reivindicativa facilitou mais tarde, em 1988, a integração da formação de Enfermagem no sistema de ensino, ao nível do Ensino Superior Politécnico (OE, 2008).

Dado que a maioria dos enfermeiros exercia funções no Sector Público, estas mudanças conduziram também à negociação de carreiras profissionais onde, no âmbito da avaliação do desempenho, era introduzida a questão da qualidade dos cuidados de Enfermagem, em matéria de regulação.

A publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) em 1996 – o primeiro documento legal que regula o exercício profissional, independentemente do contexto jurídico-constitucional onde o enfermeiro desenvolve a sua atividade – visa garantir não só a salvaguarda dos direitos e normas deontológicas da Enfermagem, mas também proporcionar aos cidadãos cuidados de enfermagem de qualidade *(idem).*

A criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) foi o culminar destas alterações no sentido da autorregulação da prática da Enfermagem, adotando o desígnio de promover a defesa da qualidade dos cuidados prestados, regular e praticar a prática da Enfermagem, garantindo o respeito pelas regras de ética e deontologia profissional.

Através do Conselho de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros concebe um projeto de definição dos padrões de qualidade para os cuidados de Enfermagem, realçando que, apesar da Qualidade em Saúde não resultar apenas do exercício profissional dos enfermeiros, este não pode ser negligenciado.

Em qualquer sistema de saúde baseado nos CSP, o papel dos enfermeiros tem um lugar de destaque. Historicamente, a enfermagem sempre se preocupou com as determinantes mais alargadas da saúde – educação, rendimento, género, ambiente social, etc.. Os enfermeiros são o principal grupo de profissionais de saúde a prestar CSP. Promovem e mantêm ligações entre os indivíduos, famílias, comunidades e o resto do sistema de cuidados de saúde, trabalhando para a prevenção da doença e da incapacidade, bem como para promover, melhorar, manter e restaurar a saúde, ao longo de todo o ciclo de vida (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2008).

Segundo Correia, *et al* (2001), os enfermeiros são um importante grupo profissional nos serviços de saúde do país. A enfermagem portuguesa é hoje reconhecida social e profissionalmente como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos anos.

Uma mudança importante na enfermagem foi a iniciativa da OMS "Saúde para todos" lançada em 1978, que insistia na necessidade de que as enfermeiras trabalhassem fora do contexto hospitalar tradicional. Em 1989, na Assembleia Mundial da Saúde, a maioria dos Estados membros reconhecia que a alta tecnologia estava a ser prioritária na distribuição dos escassos recursos de enfermagem, ou seja, 80% do pessoal de saúde

dispensavam serviços curativos a 20% da população residente nas cidades e estavam sem cuidados os 80% residentes nas zonas rurais.

A prestação de cuidados de enfermagem estava, pois, a responder a necessidades curativas em detrimento dos cuidados de promoção da saúde e de prevenção da doença. Foi reconhecido que o ensino acompanhava esta tendência e eram poucas as enfermeiras na docência que tinham a compreensão necessária para ensinar cuidados de saúde primários. Em 1992 continuava atual uma parte desta análise de 1989, mas nas recomendações assinalava-se que "os planos de estudo se reorientaram na direção dos cuidados de saúde primários e existe uma tendência para o ensino superior" (CIE, 2008).

Sendo a comunidade o alvo de intervenção do enfermeiro, pressupõe que devamos considerar "saúde comunitária" e "trabalho em parceria" como conceitos chave. Consideremos, igualmente a importância do ambiente e da comunidade nos objetivos da saúde no sentido da sua promoção e proteção, assim cabe à promoção da saúde de acordo com a Ordem dos enfermeiros,

> *"as escolhas pessoais de saúde dentro de um contexto social" relacionadas com programas educacionais baseados na comunidade que se dirigem aos estilos de vida, a proteção da saúde está associada a "medidas ambientais ou reguladoras que conferem proteção aos grandes grupos populacionais." (2011, p.23)*

2.1. CUIDAR EM ENFERMAGEM

A ética da Enfermagem tem evoluído ao longo do tempo, acompanhando a história da profissão. E se nos primeiros tempos se pedia aos enfermeiros que fossem pessoas virtuosas, ressaltando o altruísmo, a lealdade e a obediência aos superiores hierárquicos, hoje é a defesa dos doentes que fundamenta toda a deontologia profissional.

Os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças no sentido de corresponder aos mais elevados níveis de satisfação dos utentes. Segundo a Ordem dos Enfermeiros,

> *"A Enfermagem é uma metáfora para a intimidade: os enfermeiros estão envolvidos nos aspetos mais privados da vida das pessoas (…) os enfermeiros fazem pelos outros, publicamente, o que as pessoas saudáveis fazem por elas próprias na sua privacidade" (2001, p.7).*

Os enfermeiros vivem no seu dia-a-dia profissional problemas éticos que, além de consequências pessoais, poderão ter repercussões na vida das pessoas que cuidam. E os problemas tendem a surgir cada vez mais entre os enfermeiros que têm conceitos definidos sobre os direitos dos doentes, sobre o seu próprio papel na equipa de saúde e os seus direitos e deveres profissionais. Todavia, mesmo quando existem critérios de referência para a tomada de decisão, a opção final será sempre uma decisão pessoal, pela qual cada um terá que responder perante a sua consciência.

Neste contexto, importa refletir sobre o significado e os objetivos dos atos que praticamos, bem como sobre as normas a seguir, para que o resultado final seja um efetivo contributo para a defesa e promoção da liberdade e dignidade humanas, da pessoa cuidada e do enfermeiro que dela cuida.

Desde que existe vida que surgiram os cuidados porque sempre existiu a necessidade de cuidar do ser humano do nascimento até à morte. Mas para se poder falar em evolução do cuidar tem que se fazer uma referência à mulher e seus contributos para a mesma e ainda à história das práticas de cuidados para chegar à prática de enfermagem e aos atuais cuidados.

A forma de cuidar tem sofrido várias modificações ao longo do tempo, variando consoante os contextos económicos, políticos e sociais, entre outros. Sempre foi atribuído às mulheres o papel de cuidar, cuidar das crianças, dos adultos, dos doentes, da família. As mulheres desempenhavam esse papel primeiro em casa e depois em instituições transferindo a sua atenção e cuidados para outros que não familiares (Bento, 1997). Neste período estava-se no prelúdio daquilo que seriam os cuidados de enfermagem até ao início do séc. XX. A conceção que ditou o papel daquelas que prestam cuidados apoiou-se na orientação de assegurar tudo o que contribui para manter e sustentar a vida.

Segundo Colliére,

> *"As atividades de cuidados prestados pelas mulheres organizam-se essencialmente em torno de dois "Polos", do nascimento à morte: o corpo, lugar de expressão da vida individual e coletiva, templo de anima, sopro de vida; e tudo o que contribui para o abastecer, para o restaurar: o alimento". (Colliére, 1989, p.79).*

O contributo básico dos enfermeiros é o de assegurar os cuidados de enfermagem. Tal facto implica que a respetiva ação se centre não na doença, mas na resposta humana aos

problemas de saúde e aos processos de vida, para além da colaboração na realização de atividades de diagnóstico e tratamento, de acordo com as prescrições.

Assim, neste contexto e de acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2004) estes deverão: *atuar* no sentido de prevenir ao longo de todo o ciclo vital a doença; promover os processos de readaptação; visar a satisfação das necessidades humanas fundamentais e independência, na realização das atividades de vida; ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade relacionados com a saúde; fomentar a aprendizagem sobre a forma de aumentar os recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

A ideia de uma "enfermagem comunitária" centrada no trabalho com as famílias já vem de há muito a ser teorizada e praticada pelos núcleos inovadores da enfermagem em cuidados de saúde primários. Trata-se de uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

Em Portugal a enfermagem é hoje reconhecida como uma profissão que se impôs de forma decisiva nos últimos anos. No entanto, dos enfermeiros em Portugal, só cerca de 17% exercem funções nos centros de saúde e apenas 15% são enfermeiros com a especialidade de saúde pública/comunitária. Segundo (Correia *et al*, 2001) apesar destas limitações, existem relatos sobre importantes melhorias quantitativas nas atividades relacionadas com a promoção da saúde nos centros de saúde.

Muitos enfermeiros, em diferentes regiões do país, estão também envolvidos em projetos de cuidados continuados. Estes cuidados têm reforçado e valorizado a prática da enfermagem comunitária, para além de terem contribuído para melhorar o acesso das populações aos cuidados de saúde. Perspetiva-se, assim, o desenvolvimento de uma enfermagem de saúde da família capaz de alicerçar a sua intervenção em práticas "baseadas na evidência", correspondendo a necessidades reais, com capacidade para integrar a promoção da saúde e a prevenção das doenças, trabalhar em equipas multidisciplinares e multissectoriais e promover a participação ativa dos cidadãos nas decisões sobre a sua saúde.

O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem.

Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (OE, 2008).

As pessoas que prestam cuidados diretos têm de ser apoiadas por uma diversidade de outros envolvimentos por parte da enfermagem, tanto a nível global como local, e a política de saúde à gestão de recursos.

O Conselho Internacional dos Enfermeiros, cedo reconheceu a centralidade da enfermagem para os CSP. Os seus esforços para a mobilização de enfermeiros de todo o mundo para os cuidados de saúde primários foram consistentes ao longo das décadas e incluem a ratificação da Declaração de Alma Ata em 1978.

Em parceria com as respetivas associações nacionais de enfermeiros, a OMS e outros, o CIE trabalhou para posicionar a enfermagem nos cuidados de saúde primários através do exercício da pressão para a inclusão dos princípios e programas de CSP na educação dos prestadores de cuidados de saúde, no planeamento e prestação dos serviços, e na investigação (OE, 2008).

A voz nacional da enfermagem, as associações nacionais de enfermeiros (ANE's), representam uma força fundamental ao facultarem a liderança para os CSP

incorporando-os na prática e política da enfermagem, bem como oferecendo serviços de CSP. Esta liderança é crítica para sustentar os CSP como pilar da política de saúde e para posicionar neles a enfermagem.

As ANE's podem liderar da seguinte forma:

- O apoio da enfermagem organizada aos níveis nacional e internacional, aos formadores, investigadores, reguladores e decisores políticos é crucial para efetividade da enfermagem nos cuidados de saúde primários. Mas é o empenhamento pessoal de cada enfermeiro em particular que irá verdadeiramente cumprir a promessa dos cuidados de saúde primários. Há muitas formas e oportunidades através das quais todos nós podemos agir para garantir que os enfermeiros estão na vanguarda dos cuidados de saúde primários;
- Implementar princípios de cuidados de saúde primários na sua prática, seja onde for que trabalhe; defender legislação e medidas que permitam aos enfermeiros fazer mais; envolver-se na sua comunidade, efetuar investigação nos seus ambientes locais de cuidados de saúde primários;
- Trabalhar para influenciar as políticas educativas;
- Exercer pressão para a formação contínua centrada nos centros de saúde.

As ANE's podem iniciar/influenciar a mudança de políticas, falar com os meios de comunicação locais, com os seus vizinhos, amigos, etc., acerca dos benefícios dos CSP conduzidos por enfermeiros, falar e escrever acerca da sua experiência nos CSP e incentivar os doentes e as comunidades a exercerem pressão no sentido do aumento dos recursos e do apoio político aos Centros de Saúde (CIE, 2008).

A enfermagem é uma ciência e uma arte. Não é só o executar de uma série de cuidados técnicos, é acima de tudo o restabelecer a Humanidade e valorizar o aspeto afetivo da relação e restituir à pessoa o direito de participar no seu processo de saúde/doença, de a ajudar a ensiná-la a aproveitar as suas potencialidades para crescer com a experiência de doença até ao limite do que for capaz (OE, 2003).

Para Collière (1999), identificar os cuidados de enfermagem é tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os instrumentos que utilizam, bem como as crenças e valores em que se fundam. A autora refere ainda que a análise

da necessidade de cuidados da enfermagem provém de uma relação entre duas ou mais pessoas, detendo cada uma delas elementos do processo de cuidados. O enfermeiro, para poder cuidar, tem de utilizar um saber próprio, o chamado saber de enfermagem que permite cuidar da pessoa na sua globalidade, e tem de prestar cuidados personalizados. A este saber necessitamos de adicionar a reflexão feita em torno dos dados que colhemos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2011), os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e/ou procura atingir. Neste contexto e ao longo de todo o ciclo vital, procura-se: prevenir a doença e promover os processos de readaptação; satisfazer as necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária; a adaptação funcional aos défices e a múltiplos fatores frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

A Comunicação no cuidar

Comunicar vem do latim *comunicare* que significa "por em comum", "entrar em relação com", partilhar (partilhar ideias, emoções cultura, etc.). Em termos genéricos podemos definir a comunicação como um processo dinâmico, complexo e permanente através do qual os seres humanos emitem e recebem mensagens com o fim de compreender e serem compreendidos pelos outros.

Ela permite a adaptação ao ambiente, modificar e transformar esse mesmo ambiente construindo a realidade social. Embora frequentemente se ouça dizer, nomeadamente nos serviços de saúde, de que eles não comunicam entre si, ou que há uma falta de comunicação, a comunicação é omnipresente, tal como diz Nunes (2007, p.17*)* "não se pode não comunicar, sendo impossível não comunicar". Sabendo que toda a comunicação tem consequências é fundamental que os profissionais de saúde tenham consciência que todos os seus comportamentos vão ter impacto nos seus doentes e nos outros profissionais (Nunes, 2007).

A comunicação, de acordo com Nunes (2008), compõe-se de mensagens verbais, para-verbais e não-verbais. Por sua vez a linguagem verbal é constituída por palavras e pode ser oral ou escrita. Por para-verbal entendem-se as caraterísticas da linguagem verbal que transmitem, por si só, informação, por exemplo: entoação, fluidez, tonalidade,

ritmo, etc.. A linguagem não-verbal é constituída pelos componentes da mensagem que não utilizam palavras como os gestos, a postura, as expressões faciais, o que vestimos, etc. Esta é a forma pela qual transmitimos muitas das nossas emoções e sentimentos. Muitas vezes este tipo de linguagem oferece muito mais informação que a linguagem verbal.

O profissional de saúde tem na consulta o máximo de oportunidade para aplicar os seus conhecimentos técnicos, a sua capacidade de se relacionar com o outro e a sua arte de transferir informação técnica em linguagem culturalmente adaptada ao entendimento do doente (*idem*).

O Homem é um ser social que depende dos outros para a satisfação das suas necessidades. Esta condição pressupõe um conjunto de interações, provindo o êxito dessas interações da faculdade e capacidade que cada um possui para comunicar (Ribeiro, 2008).

A comunicação é um instrumento básico de interação humana, que permite ao enfermeiro o contacto próximo com o utente. Assim, os enfermeiros deverão desenvolver competências de comunicação que facilitem a sua relação com o utente para possibilitar-lhes percecionar as necessidades expressas, quer por linguagem verbal ou por comportamentos manifestados pelos utentes, a sua linguagem não-verbal.

Assim, o que torna a Enfermagem uma profissão, em que cada cuidado é personalizado num contexto relacional é o tipo de comunicação. Uma comunicação, centrada no utente, com a intenção de o ajudar a tornar-se mais independente nas suas atividades ou a aumentar o seu conforto. Compreende-se nesta óptica de ideias, que a comunicação em Enfermagem é imprescindível para o ato de cuidar (Ribeiro, 2008).

Enquanto recetor o enfermeiro deve ter capacidade de apreensão das mensagens significativas dos doentes, sejam elas emitidas de forma verbal ou por linguagem corporal. Como emissor, o enfermeiro deve ter atitudes de atenção.

Relações humanas no cuidar

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, carateriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao

longo de um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001).

Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo). Do ponto de vista das atitudes que caraterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios Humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos na Lei n.º111/2009, de 16 de Setembro, enfatizam a boa prática de enfermagem.

Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes (Ribeiro, 2008).

Os enfermeiros são pessoas em relação contínua, são agentes de relação e ocupam grande parte do seu tempo em interação social, tornando-se para tal, o desenvolvimento das competências relacionais, um imperativo para todos os enfermeiros (*idem*).

A relação terapêutica ou relação de ajuda é a essência do cuidar em enfermagem. É a base para a humanização dos cuidados e dos serviços de saúde, é o "instrumento" através do qual cuidamos dos nossos utentes numa perspetiva holística e humanizada.

A relação de ajuda, como intervenção autónoma, é um aspeto a valorizar cada vez mais no cuidar em enfermagem. Esta relação assenta essencialmente no respeito, liberdade e utilização das capacidades inerentes à pessoa.

A gestão dos recursos no cuidar

Os cuidados de Enfermagem ajudam a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de c*omando* no contexto de equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem a aprendizagem sob a forma do aumento do repertório de recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde (OE, 2008).

Para a sua concretização implementou-se a promoção de meios, técnicas, equipamentos dos serviços e competências dos profissionais, para facilitar as respostas rápidas e efetivas aos problemas de saúde dos utentes (Nunes, 2007).

De acordo com o Conselho Internacional dos Enfermeiros, (2008) os serviços de saúde têm de ser partilhados de igual forma pelas pessoas, independentemente da sua capacidade financeira e todos (ricos ou pobres, de regiões urbanas ou rurais) têm de ter acesso aos serviços de saúde, deve existir um esforço continuado para assegurar o envolvimento da comunidade no planeamento, implementação e manutenção de serviços de saúde, juntamente com uma confiança máxima nos recursos locais, tais como recursos humanos, dinheiro e materiais.

Nos cuidados de saúde primários e em todo o setor de cuidados de saúde, as pessoas querem ter escolha e acesso à informação, de modo a poderem efetuar essas escolhas. Esta tendência irá continuar no futuro, e cada vez mais as pessoas irão necessitar do apoio prestado pelos enfermeiros no acesso à informação e na realização de boas escolhas (Idem).

À medida que a tónica e a prestação de serviços se deslocam cada vez mais rapidamente do hospital para casa, do curativo para o preventivo, das instituições para as comunidades, os enfermeiros estarão cada vez mais no centro do vértice de cuidados de saúde – a "cola" que traz a continuidade aos cuidados.

Os enfermeiros tornar-se-ão convidados nas casas das pessoas e nas comunidades e tal irá exigir uma orientação e um conjunto de aptidões diferentes, a acrescentar às aptidões clínicas. A capacidade para a advocacia, desenvolvimento da comunidade, perícia na comunicação e ensino/treino serão essenciais.

As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas quando toda a unidade familiar é tomada por alvo de processo de cuidados – sobretudo estas intervenções pretendem alterar comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Em paralelo e simultaneamente, contraponto ao dever de informar, situa-se o dever de sigilo. O segredo na saúde, é em primeiro lugar, uma forma de tradição deontológica que remontaria a Hipócrates, no séc. V a.C. o célebre médico inscreveu, no seu

juramento, que visava a moralização da prática médica, uma regra respeitante aos segredos do doente que formulou aproximadamente assim, "Tudo o que eu verei ou ouvirei na sociedade, durante o exercício ou mesmo fora do exercício da minha profissão e que não deverá ser divulgada, manterei segredo, considerando uma coisa sagrada" (OE, 2011, p.29).

Deve-se proporcionar ao doente e à sua família os conhecimentos e as informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve dar continuidade e a receber no seu domicílio. Podemos, resumir assim que a política de saúde, tem como grande objetivo - melhorar os níveis de saúde das populações, corrigindo as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, aumentando a eficácia e a eficiência dos serviços, promovendo e garantindo a qualidade dos cuidados a prestar.

Para tal é necessário desenvolver políticas dirigidas para a promoção da saúde e a prevenção da doença, tendo por base a rede de cuidados primários (cuidados de vizinhança) com especial incidência e atenção a grupos sociais específicos e grupos de risco.

A sociedade é cada vez mais multicultural/multirracial e esta realidade tem de ser entendida pelos profissionais de saúde pois, caso contrário, não responderão às necessidades concretas dos cidadãos. Deve-se proporcionar aos cidadãos o acesso a cuidados de saúde de qualidade, melhorando o estado de saúde da população, produzindo "ganhos de saúde", é necessário que os enfermeiros participem no viver das populações, nos movimentos sociais, no poder local, nos movimentos associativos/ecologistas, pois só assim teremos uma população mais informada, mais exigente, logo uma população com mais qualidade de vida (OE, 2001).

O direito à saúde está consagrado na Constituição da República e assenta num conjunto de valores fundamentais como a dignidade humana, a equidade, a ética e a solidariedade. No contexto da saúde são estabelecidos direitos mais específicos.

A "Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes" representa, assim, mais um passo no caminho da dignificação dos utentes, do pleno respeito pela sua particular condição e da humanização dos Cuidados de Saúde, caminho que os utentes, os profissionais e a comunidade devem percorrer lado a lado.

2.2. O UTENTE "PESSOA"

Os centros de saúde estão organizados por serviços e grupos profissionais. Os problemas de saúde comunitários e a evolução da prestação dos cuidados de saúde exigem hoje a reorganização das instituições e de métodos de trabalho, enfatizando a constituição de equipas multidisciplinares para otimizar as respostas às necessidades da população (Correia, *et al*; 2001).

A Pessoa é um ser social e agente de comportamentos apoiados nos *valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa* num ser único com dignidade própria e direito a auto determinar-se. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve.

Toda a pessoa interage com o ambiente, transforma-o e sofre a influência do mesmo durante todo o processo de procura incessante do equilíbrio e harmonia. Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos baseados nos seus valores, crenças e desejos da sua natureza individual, permitindo-nos um entendimento no qual cada pessoa vivencia um projeto de saúde (*idem*).

A Pessoa é também centro de processos não intencionais. As funções fisiológicas, enquanto processos não intencionais, são fator importante no processo de procura incessante do melhor equilíbrio. Apesar de tratar-se de processos não intencionais, as funções fisiológicas são influenciadas pela condição psicológica das pessoas, e por sua vez, esta é influenciada pelo bem-estar e conforto físico (OE, 2011).

Os cuidados de enfermagem estão centrados na independência da pessoa e na satisfação das suas necessidades fundamentais isto é, a pessoa necessitará de cuidados de enfermagem sempre que, por qualquer razão, ela própria não consiga satisfazer as suas necessidades. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros,

> *"A resposta em cuidados de enfermagem será cada vez mais efetiva quanto mais os enfermeiros possam identificar-se e ser identificados pela sua capacidade de intervenção dirigida à pessoa, nas suas necessidades específicas e nas suas respostas e vivências nos processos de saúde/doença." (2006, p.1).*

3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE SAÚDE

A qualidade em saúde tem sido ao longo dos tempos uma preocupação dos governos e das organizações internacionais, com alguma evolução positiva, mas ainda com um longo caminho para percorrer (Alves, 2007).

O conceito de qualidade apresenta diferentes significados quando utilizado por: políticos (pretende-se a satisfação da população); gestores (preocupação com os gastos económicos); prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes); ou utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes) (Ribeiro, 2007).

A evolução do conceito de qualidade traduz uma preocupação com a melhoria dos cuidados que são prestados aos utentes dos serviços de saúde, de forma a acompanhar o desenvolvimento das sociedades e assim ir de encontro às necessidades e expetativas dos mesmos. Esta evolução demonstra, ainda, a dificuldade que existe em definir exatamente o que é Qualidade em Cuidados de Saúde, tal como nos refere Ferreira (1999, p.97) *apud* Alves (2007) *"Qualidade de cuidados de saúde é uma expressão muito difusa e por isso existem algumas dificuldades em definir este conceito, assim como em medi-lo".*

A qualidade em saúde possui duas vertentes principais que se referem aos aspetos técnicos e humanos. Na qualidade deve-se considerar a parte técnica, que consiste no conhecimento científico e na tecnologia e na forma como estes são aplicados nos cuidados de saúde. Quanto aos fatores humanos, deve-se avaliar como as necessidades pessoais dos utentes são atendidas pois, com efeito, na opinião de Ferreira (2006), aquilo que pode ser qualidade para algumas pessoas poderá ser inapropriado para outras, salientando contudo que a boa qualidade é, regra geral, reconhecida por todos.

De acordo com Pereira (2003, p.3) *"*para qualquer utente é fundamental percecionar a qualidade. Este é talvez um conceito que se entende que seja mais valorizado na saúde do que noutra área, por se tratar de um bem essencial que é a vida de cada um de nós*"*.

Segundo Ribeiro (2007) a necessidade de um sistema de qualidade foi reconhecida pela OMS, na declaração "Saúde para todos no ano 2000", Meta 31, e pelo Conselho da

Europa, referindo-o como um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua.

Os cuidados de saúde de qualidade entendem-se como os que maximizam a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Nestas perspetivas, a satisfação do utente opera como um indicador da qualidade, na medida em que reflete as visões dos utilizadores, tanto sobre as caraterísticas do processo de que foram alvo, como acerca da conformidade dos resultados com as suas expetativas (Ribeiro, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986, p.30) "qualidade é a comparação de como o nível de cuidados no aqui e agora se compara com o que foi definido com o nível desejado de cuidados". Este conceito traduz a ideia de que a qualidade não é entendida por todos do mesmo modo, nem ao mesmo nível, pois o estado de desenvolvimento da população mundial não é uniforme e desse modo também o nível de cuidados de saúde não é homogéneo.

A qualidade dos cuidados está diretamente relacionada com os objetivos propostos para cada população de acordo com as suas condições económicas e o seu grau de desenvolvimento (Imperatori, 1999).

Os cuidados de saúde têm melhorado muito ao longo dos tempos porque tem havido a preocupação de os adaptar às expetativas dos utentes, sendo este um dos principais objetivos. Segundo Pisco et al, (2001, p.44), "já não basta fazermos o nosso melhor, é necessário que existam mecanismos rigorosos e sistemáticos para avaliar os cuidados prestados e demonstrar se os recursos são usados adequadamente e se é obtida a melhor qualidade possível".

Atualmente existe uma forte consciencialização sobre a qualidade. Subsiste uma legítima expetativa por parte dos cidadãos e das comunidades que os cuidados de saúde sejam de qualidade, acessíveis, efetivos, equitativos, com baixo risco e a custos socialmente suportáveis. Pisco *et al* (2007), *apud* Alves (2007), refere que se a melhoria da qualidade for considerada pelas organizações como um dos principais objetivos a atingir, um dos primeiros passos é o da definição do conceito de qualidade, pois quando se fala neste é necessário ter sempre presentes três aspetos: a "missão" (objetivos da instituição), os "serviços" (produtos) e a "satisfação do cliente". O mesmo autor afirma

que se pode definir a qualidade como uma filosofia e um conjunto de ferramentas para a melhoria dos processos que todos devem utilizar para produzir serviços de qualidade.

Refletindo preocupação crescente com a qualidade em saúde a OMS, aquando da publicação "Saúde para todos no ano 2000", na Meta 16 "Gerir para a qualidade dos cuidados", realça a importância de existirem indicadores válidos e padronizados internacionalmente, que permitam apurar resultados "… indispensáveis para o desenvolvimento contínuo da qualidade nos cuidados aos doentes*"* (OMS, 1984, p.24).

A avaliação da qualidade de cuidados de saúde é hoje uma preocupação crescente nas instituições de saúde, pois os cidadãos são cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente à efetividade da prestação de cuidados de saúde. O resultado da avaliação da qualidade de cuidados de saúde corresponde aos efeitos que as ações e as pessoas provocam no estado de saúde do indivíduo ou da população e que possam ser atribuídos a um cuidado prévio. Pode também definir-se como sendo as mudanças relacionadas com os conhecimentos e comportamentos bem como a satisfação dos utentes, decorrente dos cuidados prestados. Os resultados permitem determinar a efetividade, eficiência e satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde que recebem (Biscaia *et al*, 2008).

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está hoje assumida formalmente, quer por instâncias internacionais como a Organização Mundial da Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde.

Na qualidade, efetuou-se uma melhoria contínua, para a qual contribuiu o projeto MoniQuOr - monitorização de qualidade organizacional nos centros de saúde. É um instrumento utilizado pelo Instituto da Qualidade em Saúde, que permite avaliar a qualidade organizacional dos centros de saúde e facilita a avaliação dos seus serviços. Apostou-se, igualmente, na avaliação da satisfação dos utentes através do projeto EuroPep que é um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados prestados, construído de forma a permitir comparações nacionais e internacionais (Biscaia *et al*, 2008).

Porque as instituições de saúde existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. A

qualidade exige reflexão sobre a prática para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir e isso evidencia a necessidade de tempo apropriado para refletir nos cuidados prestados (OE, 2008). Assume-se que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. 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 em saúde (*idem*).

Segundo a OE (2008, p.38) "foram percorridas quatro fases para a definição dos padrões de qualidade":

Antes da criação da OE (1ª fase), os enfermeiros portugueses desenvolveram alguma reflexão no âmbito da qualidade dos cuidados, nomeadamente no âmbito da avaliação do desempenho e no contexto de um trabalho realizado, em Abril de 1995, pelo Departamento de Recursos Humanos da Saúde (DRHS), com a colaboração das associações profissionais de enfermeiros. Internacionalmente entendeu-se como relevante analisar os percursos seguidos por associações estrangeiras.

Em 2000 (2ª fase) foram definidas, pelo Conselho de Enfermagem, as primeiras versões do Enquadramento Conceptual e dos Enunciados Descritivos. Estes documentos surgiram na sequência de ampla reflexão não só dos Conselhos de Enfermagem Regionais e dos colégios de Especialidade, concretizando reuniões alargadas dentro dos Órgãos Sociais da OE.

Posteriormente, (3ª fase) estas versões foram validadas por mais de 800 enfermeiros oriundos dos vários contextos de prestação de cuidados, no âmbito de parcerias entre a OE e uma amostra de 25 unidades de cuidados, representativa dos serviços de saúde portugueses (hospitais públicos e privados, centrais, distritais, e especializados; centros de saúde de áreas urbanas e rurais, Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS, lares de idosos e centros de apoio a toxicodependentes) e também de Escolas Superiores de Enfermagem.

Neste trabalho, que durou vários meses, realizaram-se várias reuniões com os enfermeiros, nas quais se discutia o enquadramento conceptual a partir das situações do quotidiano. Este debate tinha por base necessidades e problemas identificados nos

contextos definidos por alguns indicadores em cada uma das categorias dos enunciados descritivos.

Foi apresentada uma síntese (4ª *Fase)* do trabalho desenvolvido no I Congresso da OE, realizado em Dezembro de 2001, da qual resultou a produção do Enquadramento Conceptual e dos Enunciados Descritivos que constituem os Padrões de Qualidade da Enfermagem em Portugal.

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão. Pretende-se que venham a constituir-se num instrumento importante que defina o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos (OE, 2008).

O enquadramento conceptual constitui-se numa base de trabalho da qual emergem os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional e integram os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de Enfermagem. Foram definidas seis categorias de enunciados descritivos, relativas a: satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e ao autocuidado dos clientes; readaptação funcional, e organização dos serviços de Enfermagem. Idem

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos constituem-se como enunciados descritivos de qualidade, que traduzem prioridades, que estruturam e orientam o exercício profissional dos enfermeiros na medida em que:

- Proporcionam a reflexão sobre os cuidados pelo confronto com as situações do quotidiano no contexto de ação;
- Orientam a tomada de decisão;
- Evidenciam a visibilidade da dimensão autónoma dos cuidados de Enfermagem;
- Permitem definir indicadores de qualidade.

No âmbito do programa da Saúde 21, que tem como finalidade constante e única "atingir o máximo potencial de saúde para todos" através da promoção e proteção da saúde dos indivíduos ao longo da vida, e da redução de incidência e de danos relativos às principais doenças e lesões, cada país deve privilegiar a satisfação das necessidades de saúde, num quadro de prioridades que hierarquize as 21 metas, procurando os

procedimentos próprios, a melhor calendarização e os programas mais adequados, em articulação com as condições culturais, económicas e outros (OE, 2001).

Na prossecução do seu desígnio fundamental – a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população – compete à Ordem dos Enfermeiros assegurar o cumprimento das regras de deontologia profissional e promover quer a valorização dos seus membros quer o intercâmbio de ideias e experiências, nomeadamente com aqueles a quem interessam os mesmos problemas.

Em síntese, os cuidados de saúde primários proporcionam uma abordagem válida e aplicável universalmente para a redução da desigualdade na saúde e para a melhoria do acesso a cuidados de saúde essenciais. Depois da Declaração de Alma-Ata acerca dos CSP, o mundo enfrenta desafios no acesso aos cuidados e à qualidade dos cuidados (CIE, 2008). Assim, a qualidade da prestação dos serviços de saúde é hoje entendida como uma necessidade intrínseca aos próprios serviços, pois estes existem para servir os utentes, portanto é fundamental ir ao encontro das suas necessidades e expetativas de modo a conseguir um elevado grau de satisfação destes com os cuidados que lhes são prestados.

3.1. SATISFAÇÃO COMO INDICADOR DE QUALIDADE

O termo satisfação segundo o Dicionário da Língua Portuguesa, tem a sua proveniência etimológica do latim *satisfactione* que significa "ato ou efeito de satisfazer ou de satisfazer-se; contentamento; alegria (…)" (Dicionário da Língua Portuguesa, 2005, p.1512) querendo significar saciedade, sentimento de bem-estar ou ainda contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado da realização do que se espera e/ou deseja, do bom êxito de qualquer atividade, alegria, contentamento, ou sentimento de agrado e aprazimento (Alves, 2007).

A satisfação é o resultado de múltiplos fatores, nomeadamente as caraterísticas do utente incluindo estilo de vida, experiências anteriores com serviços de saúde, as suas expetativas sobre as diferentes dimensões da satisfação, as expetativas futuras, os valores individuais e da sociedade.

A satisfação de acordo com Melo,

> *"… resulta da avaliação feita pelo sujeito em função da realização das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. É um estado interno que pressupõe elementos afetivos e cognitivos na avaliação dos recursos respostas do meio, às necessidades do indivíduo." (2001, p.18).*

De acordo com Ribeiro (2005), o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a natureza multidimensional do próprio conceito. De facto, são múltiplos os aspetos que podem influenciar o grau de satisfação dos utentes. Alguns dos fatores apontados incluem tanto as caraterísticas e atributos pessoais dos utentes, bem como ainda, as experiências anteriores, as variáveis do contexto e as expetativas dos utentes sobre as diferentes dimensões da satisfação.

A satisfação nos cuidados de saúde depende das necessidades pessoais do utente, das suas experiências prévias, das experiências dos outros utentes e da comunicação externa dos serviços de saúde, variando de indivíduo para indivíduo, de situação para situação, dependendo também da forma como cada profissional se empenha nas suas tarefas diárias.

A satisfação poderá ser entendida como uma atitude do utente face ao sistema de saúde, ou seja, a sua reação perante os cuidados recebidos ou o comportamento do prestador, mas poderá também resultar da avaliação pessoal de uma experiência específica na prestação de cuidados a que foi sujeito, de acordo com as suas expetativas, necessidades percebidas e resultados obtidos (Monteiro, 1991).

Ribeiro (2003) num estudo realizado no âmbito da construção e validação de um instrumento de medida de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, identificou várias dimensões relativas à qualidade na assistência que expressam o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes recorrem ao centro de saúde e, por outro lado, expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados. Estas dimensões, e os itens/questões incluídas, são as constantes no Quadro 1.

Quadro 1 – Dimensões e itens da $SUCECS_{26}$

Dimensão: Individualização da informação
1. Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?
2. Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?
7. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensiva?
8. Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?
10. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?
6. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada a preocupação em repetir caso não compreendessem, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)
Dimensão: Envolvimento do utente
22. Relativamente a disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo par lhe resolver alguma situação relacionada com serviço)
29. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam
Dimensão: Informação dos Recursos
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais…)?
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?
12. No Centro de Saúde (CS), os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização de enfermagem, de tratamentos, de vacinas…)?
Dimensão: Promoção do elo de ligação
3. Relativamente a informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?
14. No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?
18. Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros do CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?
Dimensão: Qualidade na assistência
11. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS
30. Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam cuidados
32. Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS
21. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?
24. Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?
25. Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?
26. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?
27. Sentiu os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as dúvidas?
31. Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?
Dimensão: Formalização da informação
9.Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?
13. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?

Fonte: Adaptado de Ribeiro (2003).

Na prestação de cuidados de saúde, um dos critérios de sucesso é saber em que medida os serviços de saúde conseguem ir ao encontro das necessidades e carências dos cidadãos utilizadores. Os utentes podem perfeitamente emitir opiniões sobre em que medida os cuidados de que foram alvo contribuíram para melhorar o seu estado de saúde e a sua qualidade de vida, aumentando assim a sua satisfação, pelo que,

> *"... de entre os vários intervenientes que utilizam os serviços de saúde, o utente assume um papel fundamental, pois é quem recebe diretamente a prestação dos cuidados e quem pode fazer uma avaliação dos cuidados que recebeu, assim como do impacto desses mesmos cuidados" (Alves, 2007, p.45).*

Assim, "a qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas" (Ferreira, 2003, p.6), pelo que a satisfação tem sido reconhecida como parte integrante dos cuidados, nomeadamente nos resultados de saúde, constituindo por isso um indicador de qualidade dos cuidados prestados.

Considerando a satisfação como um indicador da qualidade de cuidados de saúde, o utente vai proceder à avaliação dos cuidados que lhe foram prestados com base nas componentes desejadas dos próprios cuidados e com base nas melhorias que espera obter no seu estado de saúde.

Independentemente da diversidade de definições de qualidade, o importante é que todos os utilizadores das instituições se sintam responsáveis pela qualidade e tenham um contributo ativo na sua obtenção e por conseguinte se sintam satisfeitos com os cuidados de saúde.

Segundo Ribeiro,

> *"A qualidade percebida varia então com o contexto específico em que ocorre a utilização dos serviços de saúde, mas também tem a ver comos conteúdos do discurso científico sobre a saúde, a doença, a cura, a medicina, entre outros aspetos, que atravessam o discurso leigo e formam impressões, imagens, estereótipos sobre o certo, o bom, o errado e o mau, que dão corpo às atitudes dos utentes face aos Serviços de Saúde" (2003, p.31).*

De acordo com Pisco e Biscaia (2001, p.44), "a integração da opinião dos utilizadores dos serviços de saúde e dos cidadãos em geral nos processos de tomada de decisão, no respeito das suas necessidades e expectativas, é hoje também uma exigência". Assim, não se pode negligenciar a emergência de conceitos como os de eficácia, eficiência, acessibilidade, aceitabilidade e competência do prestador de cuidados, a partir da

diversidade de definições de qualidade de cuidados de saúde, até porque o principal objetivo do sistema de garantia de qualidade centra-se em tornar efetivos os cuidados prestados, através da melhoria do estado de saúde e satisfação da população, mediante os recursos que a sociedade e os indivíduos oferecem (Idem).

A avaliação feita pelo utente quanto aos cuidados de saúde assume particular importância na análise da qualidade da sua prestação. Os cuidados de saúde prestados aos utentes são influenciados pelos conhecimentos científicos, mas também por fatores socioculturais e políticos, pois ver o utente como parceiro implica, naturalmente, dar-lhe mais informação para ele ter oportunidade de se exprimir.

A saúde é criada, construída e vivenciada em diferentes contextos, daí a necessidade e o dever dos enfermeiros apoiarem as comunidades na satisfação das suas necessidades para uma vida saudável, sendo os cuidados concebidos para o cliente-comunidade, baseado na singularidade da mesma e prestados com sensibilidade para o enquadramento cultural (OE, 2011).

Face às necessidades da comunidade, os enfermeiros têm-se revelado profissionais dinâmicos que têm elaborado e implementado diversos projetos credíveis para dar resposta às necessidades de saúde e, particularmente, em cuidados de Enfermagem.

Cabe aos profissionais de saúde em geral, e aos enfermeiros em particular, promover a saúde da comunidade. Como refere a Carta de Ottawa (OMS, 1986, p.70), a promoção da saúde pode ser entendida como um "processo de capacitação da comunidade" para decidir e "atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde", participando ativamente no controle deste processo.

Segundo (OE, 2011) os prestadores de cuidados devem ter presente que os bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, o que requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. Torna evidente a importância da presença dos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no código deontológico, que definem a boa prática de enfermagem. Assim este deve ser o primeiro quadro de referência para a excelência.

Quando se estuda a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem percebe-se de como esta constitui um indicador relevante para a caraterização da qualidade dos cuidados de enfermagem. São os utentes que podem fornecer informação válida acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem que receberam (Alves, 2008).

Os enfermeiros têm revelado grandes preocupações com a qualidade dos cuidados e com a satisfação dos utentes, facto comprovado pelo aumento de investigação nesta área. De facto, a qualidade é um dos princípios informadores da organização e do funcionamento das várias unidades dos Agrupamentos de Centros de Saúde. Por outro lado, uma das formas de avaliar a qualidade passa também por avaliar o grau de satisfação dos utentes com os cuidados que lhes são prestados nas instituições de saúde.

Na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro prossegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes. São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parecerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; na procura permanente da excelência no exercício profissional o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (OE, 2001).

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001) resumem-se à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem- estar e ao auto cuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços de enfermagem.

No processo de tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro associa os resultados da investigação na sua prática. Por isso, se reconhece que a produção de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica (guidelines) constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

PARTE II – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1. OPÇÃO METODOLÓGICA

A investigação numa determinada disciplina ou ciência promove o desenvolvimento de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão. O processo de investigação necessita de ser convenientemente planeado. A metodologia é o planeamento de estratégias e recursos mais adequados ao estudo que se pretende efetuar.

No presente capítulo, são abordados aspetos relacionados com a caracterização do estudo, como o tipo de estudo e as hipóteses consideradas, a apresentação das variáveis e suas dimensões, a população-alvo e amostra, o instrumento da colheita de dados, os procedimentos na colheita de dados, as questões éticas, e o tratamento estatístico.

1.1. TIPO DE ESTUDO

São muitos os métodos usados pelos investigadores em enfermagem. De acordo com esta perspetiva, Polit e Hungler (1995, p.17) referem-nos, que "se costuma fazer a distinção entre dois grandes métodos de colheita de informações científicas: quantitativo e qualitativo".

Optou-se pela realização de um estudo descritivo, de carácter exploratório e quantitativo. A escolha deste tipo de estudo prendeu-se com o facto de esta investigação ter por objetivo principal a caracterização dos objetos de estudo de investigação. Por outro lado, o enfoque quantitativo deveu-se à possibilidade da mensuração de dados relevantes, sobre os aspetos abordados e presentes nos instrumentos de recolha de dados, que nos permitirá fazer algumas comparações com os resultados de outros estudos sobre a mesma temática. É também de salientar que a metodologia quantitativa constitui um processo dedutivo, pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos, no que concerne às variáveis em estudo (Fortin, 1999).

1.2. HIPÓTESES DO ESTUDO

Os objetivos, questões e hipóteses são indissociáveis e constituem o ponto de partida para qualquer investigação. Decorrem do problema de investigação e da literatura consultada, podendo sofrer vários ajustamentos à medida que o autor se vai inteirando do estado de conhecimentos existentes na temática em estudo.

Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. As questões de investigação constituem as premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação. Também precisam os objetivos, delimitam as variáveis e as suas relações mútuas, bem como a população estudada (Fortin, 1999)

Para esta investigação elaborámos a seguinte questão de investigação:
Qual o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem prestados na UCSP de Eiras?

Os objetivos de uma investigação representam aquilo que o investigador se propõe fazer para responder às questões de investigação. Trata-se de um enunciado que deve indicar com clareza o que o investigador pretende fazer ao longo do estudo. Os objetivos que nos propomos atingir neste estudo são os seguintes:

- Identificar o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;
- Relacionar a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem no UCSP de Eiras com as variáveis sociodemográficas.

Para Polit e Hungler (1995), hipótese é um enunciado formal da, ou das, relações entre duas ou mais variáveis que exprimem o problema de investigação, formulando uma predição dos resultados esperados.

As hipóteses deste estudo, que decorrem da questão são:

H_1: Existe relação entre a idade e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_2: Existe relação entre as habilitações literárias e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_3: Existe relação entre o sexo e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP CS de Eiras;

H_4: Existe relação entre o estado civil e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_5: Existe relação entre a profissão e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_6: Existe relação entre o Centro de Saúde onde está inscrito e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_7: Existe relação entre o local de residência e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_8: Existe relação entre a ida com familiares à UCSP e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_9: Existe relação entre o motivo de ida à UCSP a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras;

H_{10}: Existe relação entre a frequência de ida à UCSP e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

1.3. VARIÁVEIS E SUAS DIMENSÕES

Em qualquer investigação, a pesquisa de relações entre as variáveis deve estar direcionada para os objetivos do estudo.

Para este estudo foi definida como variável principal: **Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem**, e algumas variáveis sociodemográficas e de contexto, para caracterização da amostra.

Para operacionalizar esta variável pretendeu-se utilizar o questionário SUCECS. Este instrumento foi construído e validado para a população portuguesa por Ribeiro (2003), no âmbito do concurso de provas públicas para Professor Coordenador de uma Escola Superior de Enfermagem e já foi utilizado por outros estudos que confirmaram a sua validade. A sua construção teve como propósito aprofundar conhecimentos sobre a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem enquanto indicador relevante de melhoria contínua da qualidade na assistência em enfermagem.

O instrumento foi operacionalizado em seis dimensões, nas quais se encontram distribuídos vinte e seis critérios/questões. As dimensões englobam a 'Qualidade na assistência', 'Individualização da informação', 'Envolvimento do utente', 'Informação dos recursos', 'Formalização da informação' e 'Promoção de elo de ligação'.

Todos os critérios/questões do instrumento de avaliação $SUCECS_{26}$ são medidos através de uma escala com quatro opções, em que a pontuação vai de zero a três, sendo que zero (0) corresponde a "Não se aplica/Sem Opinião", a de um (1) corresponde a "Nunca/Insatisfeito", a de dois (2) a "Às vezes/Nem satisfeito, nem insatisfeito" (que constitui o ponto de corte) e a pontuação de três (3) corresponde a "Sempre/Satisfeito".

Para além destes critérios já estabelecidos foram definidas algumas características para as variáveis sociodemográficas como:

- Idade, medida em adulto e idoso, através de uma questão de resposta aberta;
- Estado civil, que corresponde às qualidades que definem o estado pessoal e que podem constar no registo civil. Questão de resposta fechada com quatro alternativas: solteiro/a; casado/a, união de facto; separado/a, divorciado/a e viúvo/a;
- Habilitações literárias que diz respeito ao conjunto de qualificações académicas, operacionalizadas numa questão de resposta fechada com seis alternativas: primeiro, segundo e terceiro ciclos do ensino básico, ensino secundário, curso profissional e ensino superior;
- Situação profissional, que se refere à condição atual dos utentes, a nível profissional. Questão de resposta fechada com seis alternativas possíveis: reformado/a, doméstico/a, desempregado/a, estudante, trabalha na área da saúde, outras profissões;
- Diversidade de consultas de Enfermagem realizadas na referida UCSP a que os utentes podem estar a recorrer (uma ou mais). É avaliada através de uma questão de resposta fechada com varias alternativas possíveis: consultas de Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde Materna, Consulta de Hipertensão, Diabetes e, além de prestação de cuidados no âmbito dos Tratamentos/ Injetáveis, Apoio Domiciliário, Vacinação.

1.4. POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA DO ESTUDO

Uma população consiste num conjunto de elementos ou de sujeitos que apresentam características comuns, definidos por um conjunto de critérios. Uma população particular que interessa ao investigador e que é submetida a um estudo é denominada "população alvo" (Polit e Hungler, 1995).

Assim, definiu-se como população-alvo deste estudo os utentes aos quais são prestados cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para a amostra os seguintes:

- Utentes inscritos na UCSP de Eiras;
- Utentes adultos, ou seja, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Saibam ler e escrever.

Neste estudo, pretendeu-se optar pelo método de amostragem não probabilístico. Os utentes que integraram os estratos foram selecionados consecutivamente, de acordo com os critérios de inclusão, à medida que acederam a UCSP enquanto aguardavam pela consulta de Enfermagem, dado que após as mesmas se previa reduzida disponibilidade para o respetivo preenchimento. A amostragem foi realizada num período que decorreu durante o mês de Dezembro de 2011 e Janeiro de 2012.

1.5. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Qualquer instrumento de pesquisa, utilizado na realização de um trabalho de investigação, deve permitir recolher informação válida e pertinente. Neste sentido, o instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes

A primeira parte é maioritariamente constituída por questões de resposta fechada e refere-se basicamente às características sociodemográficas dos utentes (sexo, idade, estado civil, habilitações académicas).

A segunda parte é constituída pelo Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde - $SUCECS_{26}$ (Ribeiro, 2003). Este instrumento de colheita de dados foi construído pela autora no âmbito da sua dissertação apresentada para concurso de Provas Públicas para professor coordenador na

área científica de Ciências de Enfermagem, sendo um ponto de partida para a utilização deste instrumento, capaz de sistematizar a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, em qualquer contexto de cuidados de saúde primários em Portugal. Tratou-se de um questionário já validado pela autora para aplicação à população portuguesa, e que, portanto, não se considerou pertinente a avaliação da qualidade e fiabilidade deste instrumento, através do coeficiente α de Chronbach.

1.6. PROCEDIMENTOS NA RECOLHA DE DADOS

À realização de qualquer trabalho de investigação está inerente a recolha de dados, tornando-se necessária a programação das ações a desenvolver para a sua execução. Para a recolha de dados foi solicitada autorização à Diretora executiva dos ACES e do coordenador de atividades da mesma. A aplicação dos instrumentos de recolha de dados foi realizada aos utentes da UCSP de Eiras. Todos os formulários utilizados foram preenchidos pelos utentes.

1.7. QUESTÕES ÉTICAS DE INVESTIGAÇÃO

Os aspetos éticos foram considerados neste estudo, e que se relacionam com a participação voluntária, a garantia do anonimato e da confidencialidade das declarações dos participantes e a autorização do estudo para a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Em todos os procedimentos da presente investigação na recolha de dados foram salvaguardados os direitos dos participantes. Além dos aspetos relacionados com os participantes do estudo, foram também considerados:

- O pedido de autorização para utilização do formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - $SUCECS_{26}$ à autora e respetiva autorização cedida pela mesma (Anexo I);
- O pedido de autorização para a aplicação do formulário de colheita de dados, ao Coordenador de atividades da UCSP de Eiras.

2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Uma vez que o tipo de estudo obedece ao paradigma quantitativo, a análise dos dados foi realizada através de estatística descritiva. Será utilizado o programa – Statistical Package for the Social Science (SPSS) for Windows (versão 17.0) para a respetiva análise dos dados, através de técnicas estatísticas descritivas e analíticas, apropriadas para dar resposta à questão de investigação e de modo a responderem aos objetivos traçados para esta investigação. As tabelas e gráficos serão elaborados para facilitar a visualização e interpretação dos resultados.

Neste capítulo apresenta-se a análise e interpretação dos dados relativos à caracterização da amostra, tendo em conta a Escala de Satisfação dos utentes com os Cuidados de Enfermagem (ESCCE). Com o intuito de facilitar a leitura e interpretação dos resultados, optou-se por apresentá-los em quadros, e gráficos, fazendo a respetiva análise e comentários.

Assim, descreveremos os resultados obtidos na nossa amostra, constituída por duzentos e treze utentes utilizadores da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).Caracterizaremos a nossa amostra, apresentando os resultados referentes aos níveis de satisfação dos utentes inquiridos com os cuidados de enfermagem na UCSP de Eiras.

2.1. ANÁLISE DOS DADOS RELATIVOS À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A fim de caracterizar a amostra selecionamos as variáveis de atributo que melhor exprimiram a amostra inquirida, as quais passamos a descrever: motivo ida à UCSP; frequência ida à UCSP; ida com familiares à UCSP; sexo; idade; local de residência; centro de saúde de apoio; estado civil; habilitações literárias; profissão.

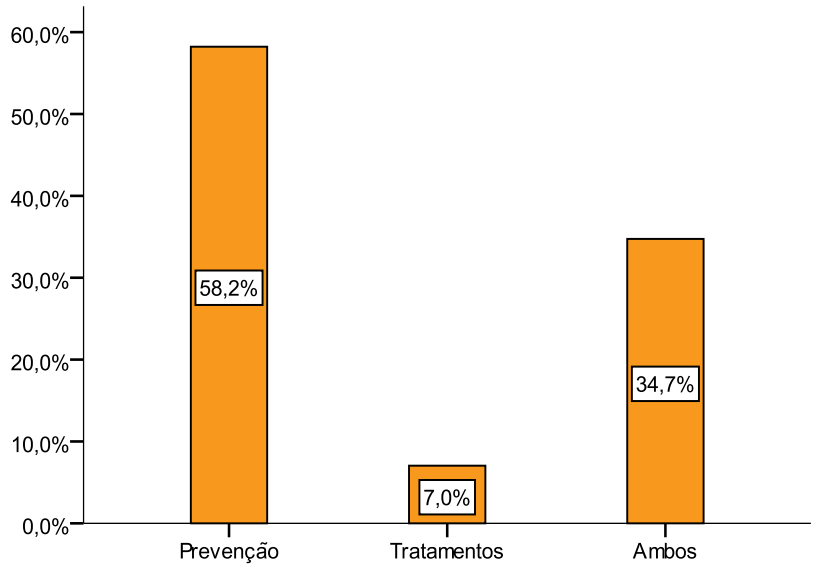
2.1.1. Motivo da ida à UCSP

Pela análise da Tabela1 e Gráfico 1, verificamos, em relação a esta variável, "Motivo da ida à UCSP" que 58,2%, dos utentes inquiridos recorreram à UCSP por cuidados de prevenção, 7% recorrem para tratamentos e 34,7% por ambos.

Tabela 1 – Distribuição percentual segundo o motivo por que recorreu à UCSP

Motivo ida à UCSP	n	%
Prevenção	124	58,2
Tratamentos	15	7,0
Ambos	74	34,7
Total	213	100,0

Gráfico 1 – Distribuição percentual segundo o motivo que recorreu à UCSP



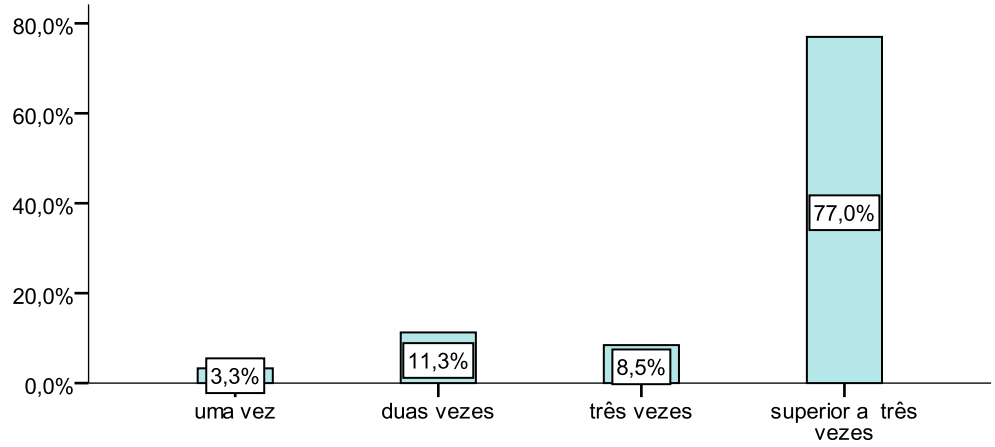
2.1.2. Frequência com que recorreu à UCSP

Analisando os dados da Tabela 2 e o respetivo Gráfico 2, constatamos que em relação à "frequência à Unidade de saúde", 11,3 % recorreram à UCSP até duas vezes por ano e 8,5% três vezes. Salienta-se ainda que apenas 3,3% recorreram apenas uma vez e 77% superior a três vezes.

Tabela 2 – Distribuição percentual segundo a frequência com que recorreu à UCSP

Frequência ida à UCSP	n	%
Uma vez	7	3,3
Duas vezes	24	11,3
Três vezes	18	8,5
Superior a três vezes	164	77,0
Total	213	100,0

Gráfico 2 – Distribuição percentual segundo a frequência com que recorreu à UCSP



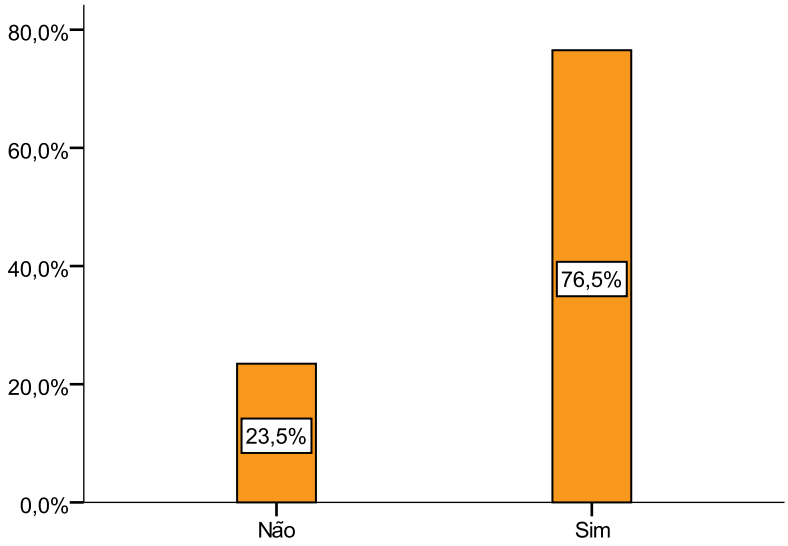
2.1.3. Ida com familiares à UCSP

Analisando a Tabela e o respetivo Gráfico 3, verificamos que em relação à variável "Ida com familiares à UCSP" 76,5% dos utentes da nossa amostra vão acompanhados, e 23,5% não vão acompanhados por familiares quando recorrem a UCSP.

Tabela 3 – Distribuição percentual segundo a ida com familiares à UCSP

Ida com Familiar à UCSP	n	%
Não	50	23,5
Sim	163	76,5
Total	213	100,0

Gráfico 3 – Distribuição percentual segundo a ida com familiares à UCSP



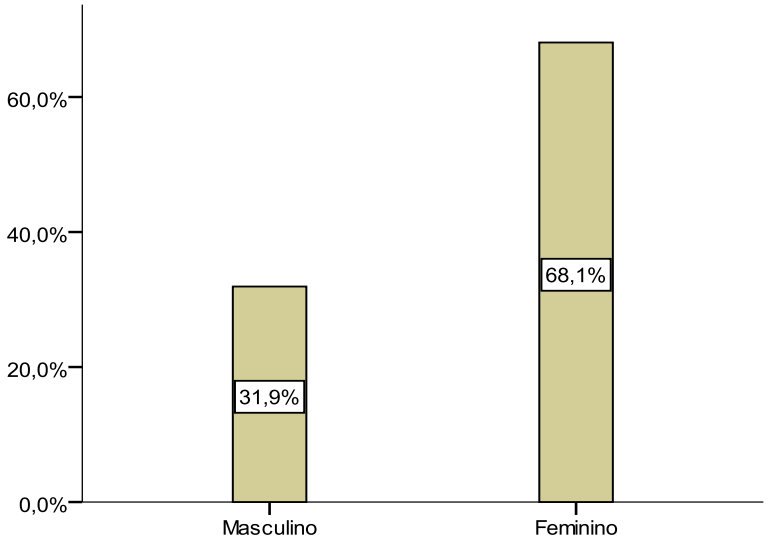
2.1.4. Sexo

Quanto à presente variável, analisamos pela Tabela 4 e o respetivo Gráfico 4 que os utentes da amostra utilizada são na maioria do sexo feminino. Segundo o Diagnóstico de Situação da UCSP de Eiras, em 2002, verifica-se uma maior percentagem de utentes do sexo feminino do que do sexo masculino, sendo estas percentagens de 68,1% e de 31,9%, respetivamente. Este facto indica que a esperança de vida das mulheres é superior à dos homens.

Tabela 4 – Distribuição percentual segundo o sexo

Sexo	**n**	**%**
Masculino	68	31,9
Feminino	145	68,1
Total	213	100,0

Gráfico 4 – Distribuição percentual segundo o sexo



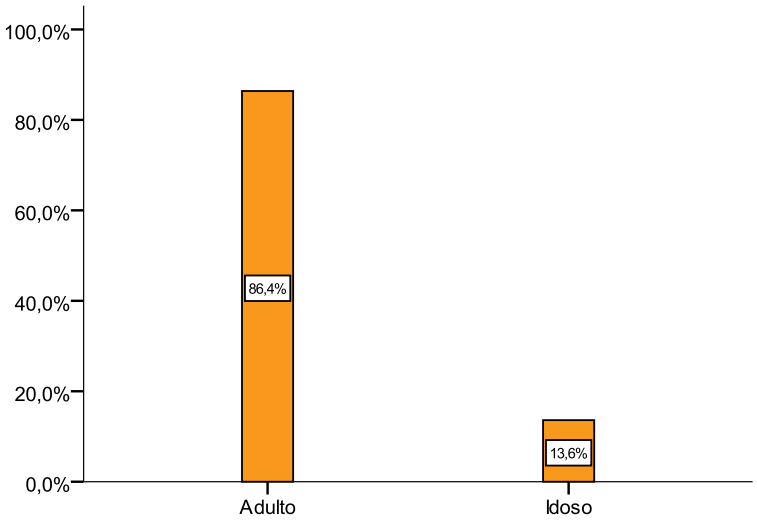
2.1.5. Idade

Tendo em conta à variável "Idade", verificou-se que o grupo mais representativo da nossa amostra, 86,4 % são adultos e 13,6 % idosos.

Tabela 5 – Distribuição percentual segundo a idade

Idade	**n**	**%**
Adulto	184	86,4
Idoso	29	13,6
Total	213	100,0

Gráfico 5 – Distribuição percentual segundo a idade



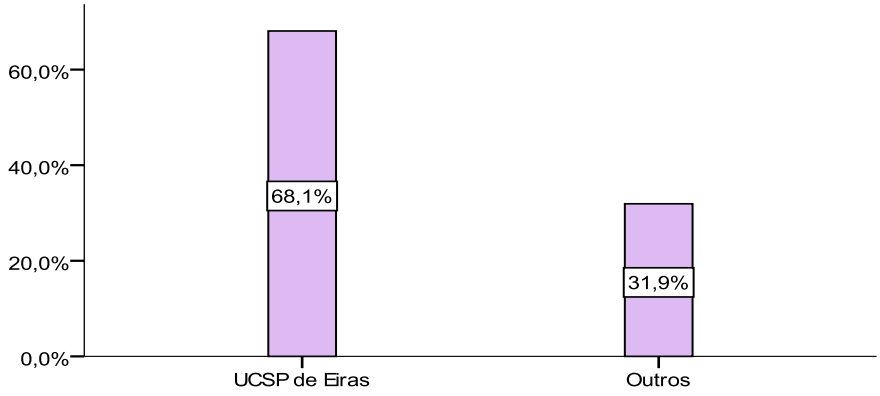
2.1.6. Local de residência

Segundo os dados apresentados na Tabela e no respetivo Gráfico 6, verificamos que 68,1% dos utentes inquiridos residem na sua maioria na freguesia de Eiras. Os restantes 31,9% residem nas diferentes freguesias do concelho de Coimbra.

Tabela 6 – Distribuição percentual dos utentes segundo o local de residência

Local Residência	**n**	**%**
Eiras	145	68,1
Outros	68	31,9
Total	213	100,0

Gráfico 6 – Distribuição percentual segundo o local de residência



2.1.7. Unidade de Saúde onde está inscrito

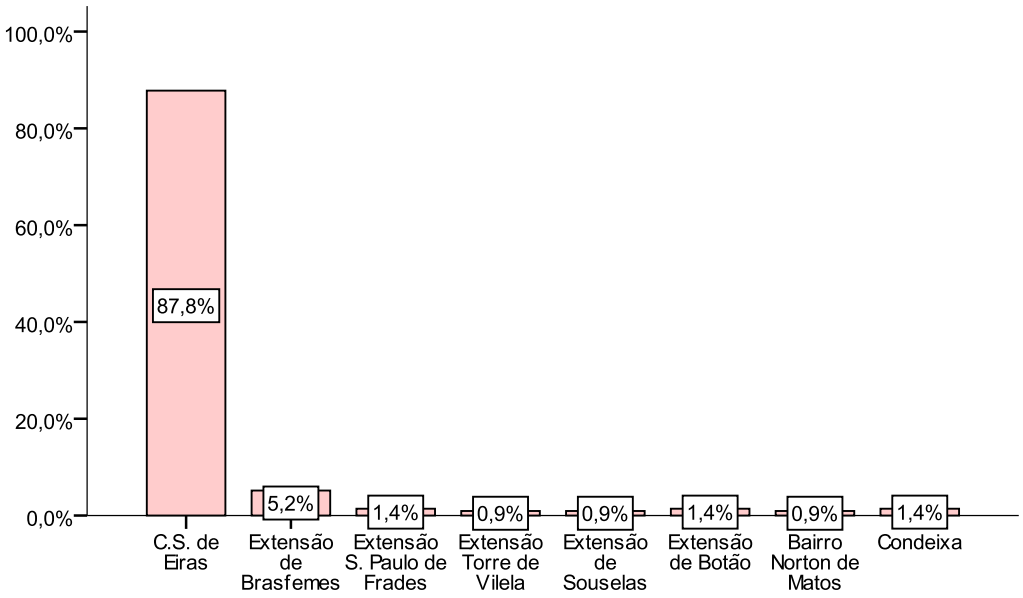
Segundo os dados expostos na Tabela7 e Gráfico 7 verificamos que 87,8% dos utentes inquiridos, pertencem á unidade de saúde de apoio de Eiras. Os restantes utentes que recebem cuidados nesta unidade proveem das extensões de saúde desta.

Segundo dados do INE,2001 (Instituto Nacional de Estatística) e em relação aos censos desse mesmo ano, a área abrangida pela UCSP de Eiras tem uma população com uma distribuição muito heterogénea (Diagnostico de Situação de Eiras,2002).

Tabela 7 – Distribuição percentual segundo a UCSP onde está inscrito

Unidade de Saúde onde está inscrito	n	%
Centro de Saúde de Eiras	187	87,8
Extensão de Brasfemes	11	5,2
Extensão S. Paulo de Frades	3	1,4
Extensão Torre de Vilela	2	0,9
Extensão Souselas	2	0,9
Extensão Botão	3	1,4
Bairro Norton de Matos	2	0,9
Condeixa	3	1,4
Total	213	100,00

Gráfico 7 – Distribuição dos utentes segundo a UCSP onde está inscrito



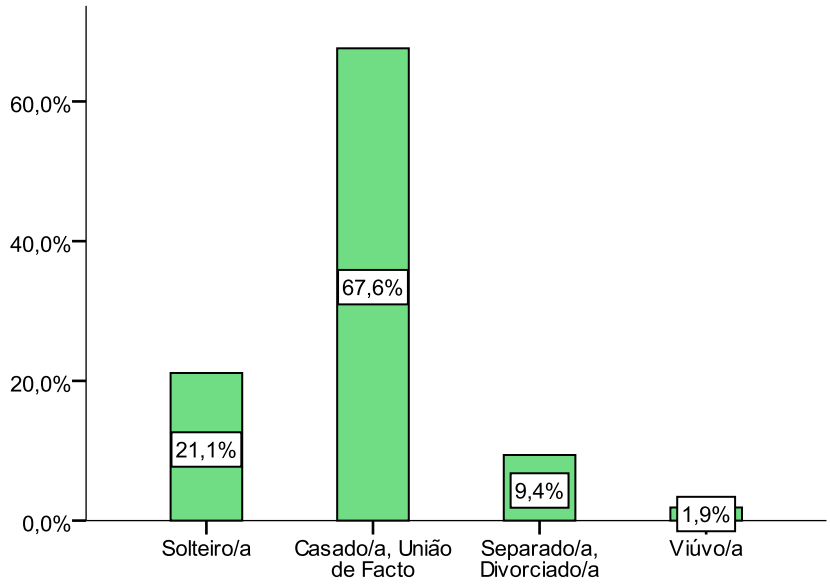
2.1.8. Estado civil

Quanto à variável "estado civil", constatamos através da Tabela 8 e do Gráfico 8 que 67,6% dos utentes da nossa amostra são casados, seguindo-se os solteiros com 21,1%.

Tabela 8 – Distribuição percentual segundo o estado civil

Estado civil	**n**	**%**
Solteiro/a	45	21,1
Casado/a, União de Facto	144	67,6
Separado/a, Divorciado/a	20	9,4
Viúvo/a	4	1,9
Total	213	100,0

Gráfico 8 – Distribuição percentual segundo estado civil



2.1.9. Habilitações literárias

No que concerne ao nível de escolaridade, e depois de analisados a Tabela 9 e Gráfico 9 seguintes constatamos que, 18,4% dos utentes inquiridos têm o primeiro ciclo do ensino básico e 31,6 % possuem o ensino secundário. Salientamos que 24,5% possuem segundo e terceiro ciclo do ensino básico e 9,4%, o ensino superior.

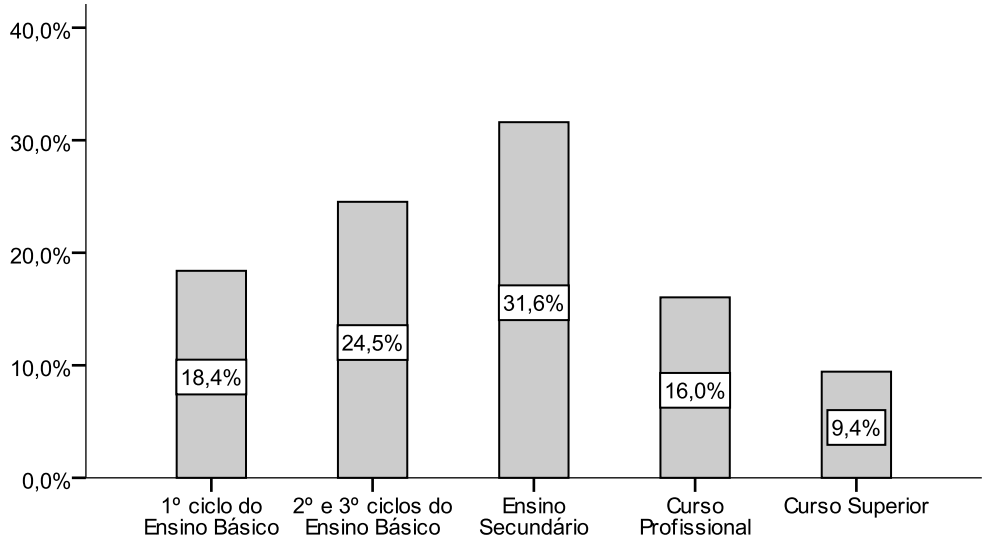
A população de Eiras é segundo dados do INE, de 2001, a que apresenta maior percentagem de pessoas a frequentar o ensino, sendo de 26,6% e apenas 22% possui o ensino superior. A localidade de Botão é a freguesia com menor percentagem de pessoas com esta habilitação literária situando-se nos 5,4% e com menos pessoas a frequentar o ensino 18,4%. (Diagnostico de Situação de Eiras, 2002).

Na freguesia de Eiras, existem vários tipos de instituições de ensino: Instituto de Cegos, Centro de Formação Profissional, Escola Profissional de Artes e Centro de Formação Profissional de Artesanato (Idem).

Tabela 9 – Distribuição percentual segundo o nível escolaridade

Habilitações Literárias	**n**	**%**
Primeiro ciclo do Ensino Básico	39	18,4
Segundo e Terceiro ciclo do Ensino Básico	52	24,5
Ensino Secundário	67	31,6
Curso Profissional	34	16,0
Curso Superior	20	9,4
Total	213	100,0

Gráfico 9 – Distribuição percentual segundo o nível de escolaridade



2.1.10. Profissão

Em relação aos utentes inquiridos segundo a sua atividade profissional, destacamos pela análise da Tabela 10 e Gráfico10, que a maioria dos utentes ao qual corresponde uma grande percentagem, 45,1% desempenham outras profissões, 9,4% exercem atividades na área da saúde e 6,6% são estudantes. Concluímos com esta análise, que os restantes 19,2% estão reformados e, 15,0 % desempregados.

De acordo com os Censos 2001, referenciado no diagnóstico de Situação de Eiras de 2002, a Taxa de Atividade HM (homem, mulher) para a área da UCSP de Eiras era de 49,9%, sendo de 53,9% para H e de 46,4% para M. A distribuição de população ativa é feita segundo três sectores de atividade:

- Setor primário: exploração da terra, pesca e caça;
- Setor secundário ou industrial: atividades relacionadas com a exploração do subsolo e com a transformação de produtos brutos em produtos elaborados;
- Setor terciário: Trata-se de um sector produtor de serviços, transportes, comércio, educação, polícia, bancos, seguros, gestão, profissões liberais, empregadas domésticas, entre outros.

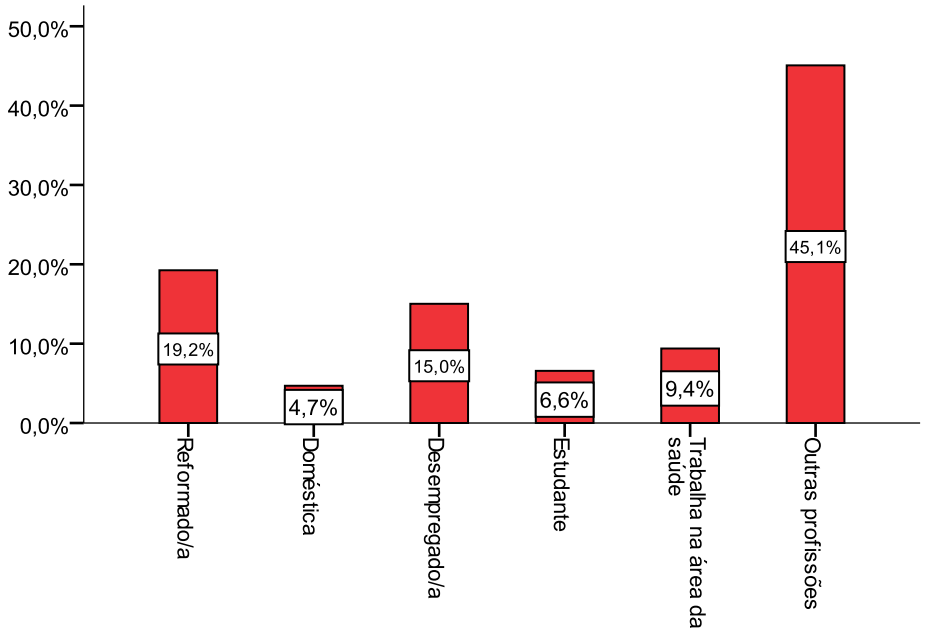
Segundo os dados disponíveis na UCSP de Eiras relativamente à população economicamente ativa, destacou-se a freguesia de Eiras, que possui 74,9% da população ativa distribuída pelo sector terciário e apenas 0,5% no sector primário. Nas diferentes freguesias da área de influência salientamos Souselas e Botão, cuja população se distribuem em maior percentagem no setor secundário. Nas restantes freguesias a percentagem maior da população situa-se no setor terciário.

Convém salientar que, entretanto, ocorreram muitas alterações tais como: aumento do desemprego, encerramento de fábricas, etc…

Tabela 10 – Distribuição percentual segundo a profissão

Profissão	**n**	**%**
Reformado/a	41	19,2
Doméstica	10	4,7
Desempregado/a	32	15,0
Estudante	14	6,6
Trabalha na área da saúde	20	9,4
Outras profissões	96	45,1
Total	213	100,0

Gráfico 10 – Distribuição percentual segundo a profissão



3. ESTATÍSTICA INFERENCIAL

Finalizando a análise e apresentação dos dados relativos à caracterização da amostra, passamos à análise e interpretação das variáveis em estudo

A variável em estudo dá-nos a conhecer os resultados extraídos da amostra estudada relativamente ao domínio da investigação. Foi nosso objetivo conhecer o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na UCSP de Eiras. Deste modo a variável em estudo (a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem) foi categorizada pela autora da escala em seis dimensões: Individualização da informação; Envolvimento do utente; Informação dos recursos; Formalização da informação; Promoção do elo de ligação; Qualidade na assistência.

3.1. DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO

Quanto à satisfação dos utentes da UCSP de Eiras e em relação aos cuidados de Enfermagem, fomos analisar a satisfação com os cuidados recebidos, nas diferentes dimensões constantes no formulário SUCECS (Ribeiro, 2003). A escala $SUCECS_{26}$ permite esta análise por dimensões, descritas no Quadro 2.

Quadro 2 – Satisfação dos utentes nas dimensões do formulário $SUCECS_{26}$

Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% do Max**
Qualidade na assistência	25,36	3,47	0	27	94 %
Individualização da informação	16,57	2,51	0	18	92 %
Envolvimento do utente	8,22	1,40	0	9	91 %
Informação dos recursos	6,91	2,07	0	9	77 %
Formalização da informação	4,53	1,64	0	6	76 %
Promoção do elo ligação	7,47	1,89	0	9	83 %

As médias obtidas aproximam-se, em todas as dimensões avaliadas, do valor máximo possível tendo em conta o número de itens / questões considerado, o que dá a indicação que, de um modo geral, os utentes se encontram satisfeitos. Salienta-se que 94% dos utentes se sentem mais satisfeitos em relação à "Qualidade na Assistência".

As dimensões em que a satisfação mais se afasta do valor máximo são a "Informação de recursos" com 77 % e a "Formalização da informação" com 76 %.

Considerou-se relevante a análise individual de cada item da dimensão como forma de conhecermos os aspetos do cuidar que refletem a satisfação ou insatisfação dos utentes inquiridos.

3.1.1. Dimensão: Individualização da informação

. De acordo com o formulário do estudo SUCECS$_{26,}$ esta dimensão foi definida como:

> *"A individualização da informação reflete o modo como os indivíduos percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adotado pelo enfermeiro na transmissão da informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. A informação proporcionada aos utentes tem sempre como pressuposto uma necessidade do indivíduo e, por outro lado, a informação, neste caso, não é um fim em si mesmo, mas antes um meio para que o indivíduo aprenda a lidar com a sua situação de saúde/doença." (Ribeiro, 2003).*

Esta dimensão é constituída por 6 itens, que descrevem a satisfação através das experiências dos utentes com os cuidados de enfermagem, que se apresentam descritas no Quadro 3.

Quadro 3 – Satisfação dos utentes na dimensão "individualização da informação"

Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
1. Relativamente á informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	2,77	0,57	0	3	92
2. Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	2,74	0,61	0	3	91
7. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensiva?	2,81	0,46	0	3	94
8. Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	2,72	0,58	0	3	91
10. Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?	2,70	0,64	0	3	90
6. Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada a preocupação em repetir caso não compreendessem, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	2,82	0,50	0	3	94

Assim, pela observação minuciosa do Quadro 3, verificamos que os itens que revelam maior satisfação dos utentes inquiridos e correspondem às médias mais elevadas são: o item 6 "*Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada a preocupação em repetir caso não compreendessem, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido*" e o item 7 "*Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensiva"*. Sendo o item 1*0 "*Os enfermeiros procuraram explicar-*lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?",* o que apresenta a média mais baixa e com menor satisfação.

3.1.2. Dimensão: Qualidade na assistência

Segundo o formulário do estudo SUCECS$_{26,}$ esta dimensão foi definida como:

> *"Os itens considerados parecem expressar um modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes acorrem ao centro de saúde. Expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados" (Ribeiro, 2003).*

Quadro 4 – Satisfação dos utentes na dimensão "qualidade na assistência"

Itens das Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
11. Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	2,86	0,42	0	3	95
30. Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam cuidados	2,88	0,40	0	3	96
32. Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	2,88	0,40	0	3	96
21. Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	2,77	0,52	0	3	92
24. Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	2,83	0,49	0	3	90
25. Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	2,77	0,51	0	3	92
26. Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	2,77	0,52	0	3	92
27. Sentiu os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as dúvidas?	2,80	0,50	0	3	93
31. Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?	2,80	0,52	0	3	93

Pela observação do Quadro 4 verificamos que os itens que revelam maior **satisfação** dos utentes inquiridos e que correspondem às médias mais elevadas são: o item 30 *"Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam cuidados*" com 96% e o item 32 "*Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS*" com a mesma percentagem. O que apresenta a média mais baixa e que traduz "aspetos do cuidar dos enfermeiros" e o que os utentes revelam menor satisfação é o item 24 "*Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?*" com 90% respetivamente.

3.1.3. Dimensão: Envolvimento do utente

Considerando o formulário do estudo $SUCECS_{26,}$ esta dimensão,

> *"Reflete a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na conceção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica e, portanto, os cuidados que lhe propõe encontram nesse conhecimento a sua justificação." (Ribeiro,2003).*

Quadro 5 – Satisfação dos utentes na dimensão "envolvimento do utente"

Itens das Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
22. Relativamente a disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo par lhe resolver alguma situação relacionada com serviço)	2,78	0,51	0	3	93
29. Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam	2,86	2,9	0	3	95
28. Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	2,58	2,9	0	3	86

Através do Quadro 5, verificamos que o item que revela maior **satisfação** dos utentes inquiridos corresponde ao item 29 "*Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitavam"* com 95%. O item 28 "*Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?"* é o que apresenta a média mais baixa com 86%, refletindo assim a menor **satisfação** relativamente aos cuidados de enfermagem que são prestados aos utentes.

3.1.4. Dimensão: Informação dos recursos

De acordo com o formulário do estudo $SUCECS_{26,}$ esta dimensão,

> *"Expressa a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde" (Ribeiro, 2003).*

Quadro 6 – Satisfação dos utentes na dimensão "informação dos recursos"

Itens das Dimensão	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
4. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais…)?	1,9	1,17	0	3	63
5. Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	2,45	0,79	0	3	82
12. No Centro de Saúde (CS), os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização de enfermagem, de tratamentos, de vacinas…)?	2,56	0,69	0	3	85

Observamos neste Quadro 6 que o item que revela maior **satisfação** dos utentes inquiridos diz respeito ao item 12 com 85% *"No Centro de Saúde (CS), os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização de enfermagem, de tratamentos, de vacinas…)?"* e o item 4 *"Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais…)?"* apresenta a média mais baixa com 63% de satisfação.

3.1.5. Dimensão: Formalização da informação

Ainda relacionada com a nota explicativa das dimensões do formulário do estudo $SUCECS_{26,}$ esta,

> *"Reflete a ideia geral de que na atividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspetos mais formais da sua atividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma, a que a participação dos utentes seja informada." (Ribeiro, 2003).*

Quadro 7 – Satisfação dos utentes na dimensão "formalização da informação"

Itens das Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
9. Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	2,37	0,89	0	3	79
13. No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	2,16	0,95	0	3	72

De acordo e pela observação minuciosa do Quadro 7, verificamos que o item que revela maior **satisfação** dos utentes inquiridos corresponde ao item 9 com 79% "*Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si"* e o item com menor satisfação é o item 13 *"No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?"* com 72%.

Os utentes reconhecem que a informação proporcionada pelos enfermeiros é útil e que os cuidados prestados vão de encontro as suas necessidades. Embora haja preocupação por parte dos enfermeiros em proporcionar informação de forma individualizada e adequada ao nível da escolaridade dos utentes, estes podem não a perceber e em consequência referir que não a receberam, particularmente os de escolaridade mais baixa, outras vezes mesmo tendo duvidas não fazem perguntas.

De acordo com Melo (2005, p.71) apud Alves *''não compreender ou não lembrar o que lhes foi dito parece resultar do facto de, frequentemente, os doentes não fazerem perguntas, mesmo quando têm dúvidas sobre a informação que lhes está a ser transmitida.''*

3.1.6. Dimensão: Promoção do elo de ligação

Em relação à nota explicativa das dimensões da $SUCECS_{26}$ esta,

> *"Expressa a preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia geral é a de que, a ajuda e o apoio ao indivíduo não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto de o utente ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, o mesmo enfermeiro, constitui um fator promotor de segurança e facilitador." (Ribeiro,2003).*

Quadro 8 – Satisfação dos utentes na dimensão " promoção do elo de ligação"

Itens das Dimensões	$\bar{x}$	σ	**Min**	**Max**	**% Max**
3. Relativamente a informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	2,36	1,01	0	3	79
14. No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	2,52	0,85	0	3	84
18. Quando necessita, é fácil contactar com os Enfermeiros (para marcar consultas e colocar as suas dúvidas)?	2,59	0,68	0	3	86

Em relação à observação do Quadro 8, verificamos que o item que revela maior satisfação dos utentes inquiridos corresponde ao item 18 com 86% "*Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros do CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)*?" A média mais baixa e que traduz o aspeto do cuidar dos enfermeiros que os utentes revelam **menor satisfação** corresponde ao item 3 **"***Relativamente a informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)*?" com 79%.

4. TESTE DE HIPÓTESES

As experiencias quotidianas como enfermeiros permitiu interiorizar preocupações que nos levam a interrogar se os utentes estão satisfeitos com os cuidados de enfermagem que lhe são prestados.

Na identificação das dimensões e variáveis que mais influenciam a satisfação do utente, uns autores referem que a satisfação parece depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que ela é estudada, enquanto outros dizem que tem a ver com as características dos utentes, dos profissionais de saúde, do relacionamento profissional de saúde/utente e de fatores estruturais e de localização.

Tendo por base estes pressupostos, pretendeu-se com este estudo testar se existe diferença ou não estatisticamente significativa entre as variáveis do estudo e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

De forma a testar a relação entre as variáveis, procedeu-se aos testes de cada uma das hipóteses. (Anova e t de Student). Os resultados são apresentados em quadros precedidos da respetiva análise. Foi considerado um nível de significância de 0,05.

H_1 – Há diferença estatisticamente significativa entre a idade dos utentes e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

O teste da hipótese H_1 é apresentado no Quadro 9.

Quadro 9 – Diferença entre idade, nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Idade**	n	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade da assistência	Adulto	184	25,27	3,58	0,34
	Idoso	29	25,93	2,72	
Individualização da informação	Adulto	184	16,49	2,61	0,28
	Idoso	29	17,03	1,66	
Envolvimento do utente	Adulto	184	8,17	1,45	0,22
	Idoso	29	8,52	0,95	
Informação dos recursos	Adulto	184	6,87	2,04	0,47
	Idoso	29	7,17	2,24	
Formalização da informação	Adulto	184	4,51	1,58	0,79
	Idoso	29	4,62	2,06	
Promoção do elo de ligação	Adulto	184	7,46	1,87	0,80
	Idoso	29	7,55	2,05	

(*)Teste t de Student

Considera-se que a diferença entre duas médias é significativa quando p <0,05. Assim, verifica-se que em nenhum dos casos houve diferenças significativas.

Sendo assim, pode dizer-se que não há diferença estatisticamente significativa nas dimensões para a idade (p> 0,05).

Segundo o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não varia com a idade, uma vez que a variável idade se revelou significativa em algumas questões da satisfação (o valor p encontrado foi inferior a 5%), portanto, a idade afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados da enfermagem, isto é, quando a idade aumenta o nível de satisfação diminui.

Também outros autores referiram nos seus estudos que são os utentes mais idosos os mais satisfeitos em relação aos mais novos, o que se deve ao facto de estes possuírem expetativas mais elevadas em relação aos cuidados e estarem também mais conscientes do seu papel de consumidores, assumindo geralmente um papel mais ativo em relação a esses mesmos cuidados e sendo também mais exigentes.

H_2 – Há diferença estatisticamente significativa entre as habilitações literárias dos utentes e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

O teste da hipótese H_2 é apresentado no Quadro10.

Quadro 10 – Diferença entre habilitações literárias nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensões	**Habilitações literárias**	n	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade na assistência	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	25,44	2,59	0,46
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	24,71	4,39	
	Ensino Secundário	67	25,43	2,70	
	Curso Profissional	34	26,15	1,62	
	Curso Superior	20	25,20	6,11	
Individualização da informação	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	16,72	1,84	0,20
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	16,02	3,07	
	Ensino Secundário	67	16,90	1,65	
	Curso Profissional	34	16,97	1,83	
	Curso Superior	20	15,90	4,55	
Envolvimento do utente	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	8,28	1,05	0,05
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	7,85	1,77	
	Ensino Secundário	67	8,43	1,03	
	Curso Profissional	34	8,56	0,89	
	Curso Superior	20	7,75	2,25	
Informação dos recursos	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	6,85	1,81	0,12
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	6,98	2,14	
	Ensino Secundário	67	7,36	1,81	
	Curso Profissional	34	6,24	2,35	
	Curso Superior	20	6,60	2,44	
Formalização da informação	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	4,59	1,62	0,14
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	4,48	1,57	
	Ensino Secundário	67	4,87	1,27	
	Curso Profissional/Superior	34	4,18	1,85	
	Curso Superior	20	3,95	2,42	
Promoção do elo de ligação	Primeiro Ciclo do Ensino Básico	39	7,72	1,67	0,47
	Segundo e Terceiro Ciclo do Ensino Básico	52	7,42	2,01	
	Ensino Secundário	67	7,66	1,43	
	Curso Profissional	34	7,15	2,11	
	Curso Superior	20	7,00	2,81	

(*) Anova

É de referir que o número de utentes inquiridos foi de 213. Porém, um foi excluído desta análise por ser analfabeto, o que constitui um critério de exclusão.

Perante os dados constatamos que todas as dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que nos conduz a que não ocorreu diferenças estatisticamente significativas nas dimensões para as habilitações literárias (p> 0,05).

Contrariando este resultado existe o estudo de Alves (2007) demonstrando que a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não é influenciada pelas habilitações literárias, uma vez que (o valor p encontrado foi inferior a 5%), portanto a escolaridade afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

Em consonância com os estudos de Santos e Condeço (2002) e de Silva (2005) apud Alves (2007) a satisfação é mais baixa quanto maior for o nível de ensino. Estas diferenças encontradas no nível de satisfação com a escolaridade são justificadas pelas expectativas cada vez mais elevadas dos utentes com maior grau de instrução e profissões mais diferenciadas.

H_3 – Existe relação entre o sexo e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_3 é apresentado no Quadro11

Quadro 11 – Diferença entre "sexo", nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Sexo**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ **(*)**
Qualidade na assistência	Masculino	68	25,74	2,44	0,03
	Feminino	145	25,18	3,86	
Individualização da informação	Masculino	68	16,66	1,78	0,09
	Feminino	145	16,52	2,78	
Informação de recursos	Masculino	68	6,94	1,96	0,96
	Feminino	145	6,90	2,12	
Formalização da informação	Masculino	68	4,40	1,59	0,76
	Feminino	145	4,59	1,67	
Promoção do elo de ligação	Masculino	68	7,59	1,59	0,14
	Feminino	145	7,41	2,02	
Envolvimento do utente	Masculino	68	8,13	14,24	0,43
	Feminino	145	8,26	1,39	

(*)Teste t de Student

A nível da satisfação com as variados dimensões avaliados, não se verificou qualquer relação entre diferença de géneros, confirmada pelo ($p > 0,05$)

De acordo com o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não depende do género (p encontrado foi inferior a 5%,) portanto o género afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, as mulheres estão mais satisfeitas do que os homens e são também as que tem maior frequência de recurso ao serviço.

Outros autores Ferreira (2003), Silva (2005) apud Alves (2007) referem nos seus estudos que são as mulheres as mais insatisfeitas, as mais exigentes e as que recorrem mais frequentemente aos serviços de saúde.

H_4 – Existe relação entre o estado civil e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_4 é apresentado no Quadro12

Quadro 12 - Diferença entre estado civil, nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Estado civil**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ **(*)**
Qualidade na assistência	Solteiro/a	45	25,22	2,94	0,08
	Casado/a, União de Facto	144	25,44	3,19	
	Separado/a, Divorciado/a	20	26,20	1,82	
	Viúvo/a	4	19,75	10,87	
Individualização da informação	Solteiro/a	45	8,20	1,39	0,01
	Casado/a, União de Facto	144	8,21	1,31	
	Separado/a, Divorciado/a	20	8,65	0,81	
	Viúvo/a	4	6,75	4,50	
Envolvimento do utente	Solteiro/a	45	6,78	2,14	0,73
	Casado/a, União de Facto	144	6,92	2,02	
	Separado/a, Divorciado/a	20	7,30	1,84	
	Viúvo/a	4	6,25	4,19	
Informação de recursos	Solteiro/a	45	4,44	1,77	0,49
	Casado/a, União de Facto	144	4,53	1,54	
	Separado/a, Divorciado/a	20	4,85	1,93	
	Viúvo/a	4	3,50	2,52	
Formalização da informação	Solteiro/a	45	16,71	1,93	0,01
	Casado/a, União de Facto	144	16,58	2,37	
	Separado/a, Divorciado/a	20	17,00	2,05	
	Viúvo/a	4	12,50	8,39	
Promoção do elo de ligação	Solteiro/a	45	6,98	2,03	0,04
	Casado/a, União de Facto	144	7,71	1,68	
	Separado/a, Divorciado/a	20	7,15	2,21	
	Viúvo/a	4	6,00	4,08	

(*) Anova

Em relação ao nível da satisfação com os variados pontos avaliados, constatamos existir relação entre "estado civil" e algumas dimensões confirmada pelo p <0,05.

Consideramos que a diferença de médias é significativa nas dimensões "*Individualização da informação", "Formalização da informação e Promoção do elo de ligação"* porque apresentam o valor p <0,05.

Salientamos que, perante as dimensões estudadas "*Qualidade na assistência*" "*Individualização da informação" e "Informação de recursos",* as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que permite dizer que não há diferenças estatisticamente significativas nestas dimensões para o estado civil (p> 0,05).

Em concordância com o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não depende do estado civil, uma vez que a variável estado civil não se revelou significativa em nenhuma questão da satisfação (o valor p encontrado foi superior a 5%). Conclui-se assim neste estudo que o estado civil não afeta a satisfação com os cuidados da enfermagem.

H_5 – Existe relação entre a profissão e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_5 é apontado no Quadro13

Quadro 13 – Diferença entre a profissão, nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Profissão**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade na assistência	Reformado/a	41	25,63	2,68	0,47
	Doméstica	10	25,90	2,13	
	Desempregado/a	32	24,41	5,21	
	Estudante	14	24,57	4,24	
	Trabalha na área da saúde	20	25,05	6,06	
	Outras profissões	96	25,68	2,07	
Individualização da informação	Reformado/a	41	8,41	0,95	0,66
	Doméstica	10	8,00	1,41	
	Desempregado/a	32	8,09	1,77	
	Estudante	14	7,71	1,90	
	Trabalha na área da saúde	20	8,30	2,00	
	Outras profissões	96	8,26	1,19	
Envolvimento do utente	Reformado/a	41	7,17	1,99	0,68
	Doméstica	10	7,00	1,89	
	Desempregado/a	32	6,38	2,46	
	Estudante	14	6,71	1,98	
	Trabalha na área da saúde	20	6,85	2,64	
	Outras profissões	96	7,01	1,87	
Informação de recursos	Reformado/a	41	4,51	1,85	0,85
	Doméstica	10	4,40	1,78	
	Desempregado/a	32	4,47	1,74	
	Estudante	14	4,00	1,66	
	Trabalha na área da saúde	20	4,50	1,73	
	Outras profissões	96	4,65	1,50	
Formalização da informação	Reformado/a	41	16,85	1,75	0,50
	Doméstica	10	16,40	2,07	
	Desempregado/a	32	15,97	3,61	
	Estudante	14	16,29	2,05	
	Trabalha na área da saúde	20	16,05	4,21	
	Outras profissões	96	16,81	1,91	
Promoção do elo de ligação	Reformado/a	41	7,85	1,75	0,25
	Doméstica	10	7,00	2,21	
	Desempregado/a	32	7,06	2,02	
	Estudante	14	6,79	2,23	
	Trabalha na área da saúde	20	7,25	2,61	
	Outras profissões	96	7,94	1,61	

Anova (*)

Apuramos que, para todas as dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que permite dizer que não há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões para a profissão (p> 0,05).

De acordo com o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não varia com a profissão. Uma vez que a profissão se revelou significativa em algumas das questões da satisfação (o valor p foi inferior a 5%). Concluiu-se neste estudo que a profissão afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, isto é, os inativos (reformados, domesticas e desempregados) estão menos satisfeitos do que os ativos, tanto na forma como foram atendidos pelos enfermeiros como na informação sobre a forma de utilização dos serviços disponíveis.

Estes resultados também estão em consonância com os estudos de Ferreira (2001), de Santos e Condeço (2002) e de Silva (2005),apud Alves (2007) Estas diferenças são justificadas pelas expectativas cada vez mais elevadas dos utentes com o nível mais elevado de escolaridade e profissões mais qualificadas.

H_6 – Existe relação entre a Unidade de saúde onde esta inscrito e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_6 é apresentado no Quadro14

Quadro 14–Diferença entre Unidade de saúde onde esta inscrito nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Unidade de saúde onde esta inscrito**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade na assistência	UCSP de Eiras	187	16,52	2,58	0,83
	Extensão de Brasfemes	11	16,82	2,00	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	17,33	1,16	
	Extensão Torre de Vilela	2	18,00	0,00	
	Extensão de Souselas	2	18,00	0,00	
	Extensão de Botão	3	15,00	2,65	
	Outros	5	34,67	2,31	
Individualização da informação	UCSP de Eiras	187	8,16	1,45	0,76
	Extensão de Brasfemes	11	8,64	0,92	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	8,33	1,16	
	Extensão Torre de Vilela	2	9,00	0,00	
	Extensão de Souselas	2	9,00	0,00	
	Extensão de Botão	3	9,00	0,00	
	Outros	5	17,33	1,16	
Envolvimento do utente	UCSP de Eiras	187	25,27	3,62	0,96
	Extensão de Brasfemes	11	25,64	2,62	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	25,00	3,46	
	Extensão Torre de Vilela	2	27,00	0,00	
	Extensão de Souselas	2	27,00	0,00	
	Extensão de Botão	3	26,67	0,58	
	Outros	5	52,00	2,31	
Informação de recursos	UCSP de Eiras	187	6,94	2,09	0,54
	Extensão de Brasfemes	11	7,27	1,74	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	4,67	3,06	
	Extensão Torre de Vilela	2	7,50	2,12	
	Extensão de Souselas	2	6,50	0,70	
	Extensão de Botão	3	5,33	1,16	
	Outros	5	14,50	3,85	
Formalização da informação	UCSP de Eiras	187	4,50	1,63	0,32
	Extensão de Brasfemes	11	4,82	1,72	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	3,67	2,52	
	Extensão Torre de Vilela	2	6,00	0,00	
	Extensão de Souselas	2	2,50	3,54	
	Extensão de Botão	3	4,33	0,58	
	Outros	5	11,33	0,58	

Continua…

Promoção do elo de ligação	UCSP de Eiras	187	7,49	1,91	0,17
	Extensão de Brasfemes	11	8,18	1,25	
	Extensão de S. Paulo de Frades	3	5,67	0,58	
	Extensão Torre de Vilela	2	7,00	2,83	
	Extensão de Souselas	2	5,00	2,83	
	Extensão de Botão	3	6,33	1,53	
	Outros	2	16,33	2,08	

(*) Anova

Assim a nível da satisfação com os variados valores das dimensões avaliados, não se verificou qualquer relação o que permite dizer que não há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões para a *"Unidade se saúde onde está inscrito"* (p> 0,05). Os valores da média ($\bar{x}$) obtidos mais elevados, registaram-se ao nível das dimensões *"Qualidade na assistência"* e no *"Envolvimento com o utente"*.

H_7 – Existe relação entre o local de residência e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_7 é apontado no Quadro15.

Quadro 15 – Diferença entre "local de residência", nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Local de residência**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade na assistência	Eiras	68	25,21	3,03	0,70
	Outros	145	25,43	3,67	
Individualização da informação	Eiras	68	16,41	2,05	0,97
	Outros	145	16,64	2,69	
Envolvimento do utente	Eiras	68	6,84	2,00	0,45
	Outros	145	6,94	2,10	
Informação de recursos	Eiras	68	4,50	1,61	0,77
	Outros	145	4,54	1,67	
Formalização da informação	Eiras	68	7,47	1,89	0,93
	Outros	145	7,47	1,90	
Promoção do elo de ligação	Eiras	68	8,31	1,10	0,09
	Outros	145	8,18	1,52	

(*) Teste t de Student

Concluímos que para todas as dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que permite dizer que

não há diferenças estatisticamente significativas nas dimensões para o local de residência (p> 0,05).

H_8 – Existe relação entre a ida com familiares à UCSP e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_8 é apresentado no Quadro16.

Quadro 16 – Diferença entre a Ida com os familiares à UCSP, nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Ida com Familiares**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ
Qualidade na Assistência	Não	50	24,64	4,60	0,03
	Sim	163	25,58	3,03	
Individualização da Informação	Não	50	16,06	3,20	0,03
	Sim	163	16,72	2,24	
Envolvimento do Utente	Não	50	7,82	1,76	0,01
	Sim	163	8,34	1,25	
Informação de Recursos	Não	50	6,40	2,42	0,03
	Sim	163	7,07	1,93	
Formalização da Informação	Não	50	4,36	1,66	0,75
	Sim	163	4,58	1,64	
Promoção do Elo de Ligação	Não	50	6,86	2,26	0,01
	Sim	163	7,66	1,73	

Pode verificar-se que, para todas as dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que permite dizer que não há diferenças estatisticamente significativas para as dimensões e a "ida com familiares".

De acordo com Cândido (2002) apud Alves (2007) ser ou não ser familiar direto do utente pouco influencia na informação apreendida e na satisfação dos cuidados de enfermagem.

Existe uma exceção em relação à dimensão "Formalização da informação de ligação" que apresenta p <0,05.

Em concordância com o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não depende de quais os familiares acompanhados ao serviço. Uma vez que o acompanhamento de familiares a UCSP se revelou significativo em algumas das questões da satisfação (o valor p encontrado foi inferior a 5%).Concluiu-se assim que o acompanhamento de familiares afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, principalmente nas questões referentes à informação.

H_9 – Existe relação entre o motivo de ida à UCSP a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_9 é apresentado no Quadro17

Quadro 17 – Diferença entre " Motivo de ida à UCSP" nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Motivo de Ida à UCSP**	**n**	$\bar{x}$	σ	ρ (*)
Qualidade na Assistência	Prevenção	124	25,14	4,08	0,43
	Tratamentos	15	25,07	2,43	
	Ambos	74	25,78	2,36	
Individualização da Informação	Prevenção	124	8,13	1,59	0,53
	Tratamentos	15	8,33	1,05	
	Ambos	74	8,35	1,08	
Envolvimento do Utente	Prevenção	124	6,75	2,23	0,35
	Tratamentos	15	7,40	1,06	
	Ambos	74	7,08	1,93	
Informação de Recursos	Prevenção	124	4,48	1,74	0,70
	Tratamentos	15	4,87	0,74	
	Ambos	74	4,53	1,62	
Formalização da Informação	Prevenção	124	16,32	2,90	0,18
	Tratamentos	15	16,47	1,60	
	Ambos	74	17,00	1,81	
Promoção do Elo de Ligação	Prevenção	124	7,40	2,00	0,72
	Tratamentos	15	7,80	1,15	
	Ambos	74	7,51	1,83	

(*) Anova

Perante os dados constatamos que todas as dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que nos conduz a que, não ocorreu diferenças estatisticamente significativas nas dimensões para "Motivo de ida à UCSP" (p> 0,05).

Segundo o estudo de Alves (2007) a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem não depende do motivo de recurso ao serviço. Uma vez que o motivo de recurso ao serviço se revelou significativo em algumas das questões da satisfação (o valor p encontrado foi inferior a 5%).Concluiu-se assim que o motivo de recurso á UCSP afeta o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

De acordo com os autores Cardoso, (2002), Neto (2003), Carvalho, (2004) apud Alves (2007) não existe influência entre o motivo de recurso e a satisfação dos utentes.

H_{10} – Existe relação entre a frequência de ida à UCSP e a satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras.

O teste da hipótese H_{10} é apresentado no Quadro18.

Quadro 18 – Diferença à "Frequência de ida à UCSP", nas dimensões do $SUCECS_{26}$

Dimensão	**Frequência ida à UCSP**	**n**	$\bar{x}$	σ	**ρ (*)**
Qualidade na Assistência	Uma vez	7	22,57	10,06	0,02
	Duas vezes	24	26,42	1,56	
	Três vezes	18	23,94	4,22	
	Superior a três vezes	164	25,36	3,01	
Individualização da Informação	Uma vez	7	7,00	3,22	0,00
	Duas vezes	24	8,67	0,76	
	Três vezes	18	7,28	1,60	
	Superior a três vezes	164	8,31	1,27	
Envolvimento do Utente	Uma vez	7	5,43	3,31	0,18
	Duas vezes	24	7,04	2,16	
	Três vezes	18	6,44	1,82	
	Superior a três vezes	164	7,01	2,01	
Informação de Recursos	Uma vez	7	4,00	2,24	0,86
	Duas vezes	24	4,54	1,72	
	Três vezes	18	4,61	0,85	
	Superior a três vezes	164	4,54	1,64	
Formalização da Informação	Uma vez	7	14,43	6,88	0,04
	Duas vezes	24	16,88	1,68	
	Três vezes	18	15,67	2,38	
	Superior a três vezes	164	16,71	2,26	
Promoção do Elo de Ligação	Uma vez	7	6,29	3,09	0,17
	Duas vezes	24	7,58	2,10	
	Três vezes	18	6,89	1,49	
	Superior a três vezes	164	7,57	1,82	

(*) Anova

Consideramos que a diferença de médias é significativa nas dimensões "*Qualidade na assistência" e, "Individualização da informação"* porque apresentam o valor p <0,05.

Salientamos que, perante as restantes dimensões estudadas, as diferenças entre as médias encontradas apresentam uma significância (*p*) superior a 0,05, o que permite dizer que não há diferenças estatisticamente significativas nestas dimensões para "*Frequência de ida à UCSP"* (p> 0,05).

5. CONCLUSÕES

A satisfação é um conceito de natureza multidimensional, pelo facto dos utentes manifestarem opiniões sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes: o aspeto técnico do cuidar, o aspeto humano ou interpessoal do cuidar, também consensualmente definido como a "arte de cuidar". Sendo esta, para os enfermeiros, de grande importância para a avaliação dos cuidados que proporciona aos utentes.

Sendo um importante, indicador de qualidade dos serviços a satisfação reflete a opinião dos utilizadores na medida em que não poderá existir uma elevada qualidade dos cuidados de enfermagem se o utente estiver insatisfeito, pelo que a satisfação dos utentes deva ser encarada como um guia orientador na conduta dos enfermeiros.

O presente estudo apresenta alguma originalidade, pois de facto não encontrou nenhum trabalho desta natureza, realizado ao nível do ACES Baixo Mondego I identificando o nível de satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, com este desenho ou outro semelhante, a nível dos cuidados de Saúde Primários.

Deste modo, o desenvolvimento deste estudo teve como propósito conhecer a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem na UCSP de Eiras. A maioria dos utentes recorre à unidade de saúde para "cuidados de prevenção" e tem uma opinião positiva em relação aos cuidados recebidos na UCSP de Eiras, apresentando maior satisfação na "Qualidade na assistência" e na "Individualização da informação". A merecer alguma análise e atenção estão a menor satisfação com a "*Formalização da informação*" e "*Informação dos recursos*" e insatisfação dos utentes no que se refere à informação escrita fornecida pelos enfermeiros e à informação fornecida referente aos seus "Direitos e Deveres".

Em relação ao estudo os utentes responderam a dois grupos de questões: á sua satisfação com os cuidados de enfermagem, tendo na sua resposta ao primeiro grupo de questões uma opção entre ''Sempre'', ''Às vezes'', ''Nunca'' e ''Não se aplica/Sem opinião'', e no segundo grupo selecionar uma opção entre ''Satisfeito'', ''Nem satisfeito/Nem

insatisfeito'', ''Insatisfeito'' e ''Não se aplica/Sem opinião''. Como não houve qualquer resposta desta ultima categoria em ambos os grupos, ela foi eliminada da análise.

Quando se analisa os resultados de qualquer inquérito de satisfação segundo Ferreira, 2003), verifica-se que a forma como as pessoas respondem aos questionários de satisfação e as avaliações que fazem, depende das suas próprias características, das experiências e das expetativas que têm sobre o serviço de saúde a que recorrem.

Analisando as características sociodemográficas dos utentes que recorreram `a UCSP, os dados apresentados permitiram-nos concluir que os utentes da nossa amostra são maioritariamente do sexo feminino (68%); atendendo à variável idade, verificou-se que o grupo mais representativo da nossa amostra, 86,4%, corresponde à faixa etária adulta, além disso são maioritariamente casados (67,6%), pertencentes a famílias de tipo nuclear com filhos, sendo o nível de escolaridade predominante o ensino secundário, 24,5% de pessoas com o Segundo e Terceiro ciclo do Ensino básico; finalmente cerca de 19,2% são reformados e 45,1% exercem atividades noutras profissões. Em relação às variáveis: "Motivo da ida à UCSP", verificou-se que 58,2%, dos utentes inquiridos recorreram à UCSP por cuidados de prevenção; segundo os dados expressos relativamente à frequência com que os utentes inquiridos recorreram nos últimos 12 meses à UCSP de Eiras constatou-se que 77% referiram ter recorrido à mesma em número superior a três vezes, 76,5% dos utentes da nossa amostra foi acompanhada com familiares quando recorrem à UCSP, os utentes inquiridos residem na sua maioria (68,1%) na freguesia de Eiras. Dos utentes inquiridos (87,8%) pertencem á Unidade de Saúde de Apoio de Eiras. Os restantes utentes, que recebem cuidados nesta unidade, provêm das extensões de saúde.

Quanto à análise da satisfação dos utentes em relação às várias dimensões. Nas várias dimensões do formulário $SUCECS_{26}$ as médias obtidas aproximam-se, em todas as dimensões avaliadas, do valor máximo possível tendo em conta o número de itens / questões considerado, o que dá a indicação que, de um modo geral, os utentes se encontram satisfeitos.

A dimensão em que os utentes se sentiram mais satisfeitos foi a "Qualidade na Assistência" (94 %). As dimensões em que a satisfação mais se afasta do valor máximo são a "Informação de Recursos" (77%) e a "Formalização da Informação" (76%).

Perante o exposto, pretende deixar algumas sugestões que julga serem úteis para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo assim para aumentar a satisfação dos utentes que recorrem ao UCSP.

Propõe que os enfermeiros na UCSP devam desejar e incentivar o seu papel de educadores e de fornecedores de informação aos utentes *de* forma, a que a participação destes seja mais ativa, assim como é importante que se encontrem estratégias a nível da consulta de enfermagem que promovam um maior envolvimento e participação da família nos cuidados a prestar.

Consequentemente, a forma como o enfermeiro comunica com o utente é muito importante, particularmente na transmissão de informação concreta acerca dos seus problemas e tratamentos. É pois necessário recorrer a uma informação corretamente transmitida e compreendida, ou seja, a uma comunicação efetiva entre enfermeiro/utente.

Tendo em conta o envolvimento do utente este deve sempre considerar a sua opinião na conceção dos cuidados e mostrando que conhece bem a sua situação clínica, encontrando-se aí a justificação dos cuidados que lhe propõe.

Considera ainda que se deva promover formação sobre a importância da comunicação eficaz com o utente; deve ser disponibilizada informação escrita aos utentes e família, principalmente sobre informação de recursos e promoção do elo de ligação; promovendo maior participação e envolvimento dos utentes nos cuidados de enfermagem prestados.

Uma das principais limitações deste trabalho reside no método de amostragem selecionado (amostra não probabilística intencional), o que nos impossibilita de extrapolar os nossos dados para outras populações, apenas os podendo considerar válidos para a amostra de estudo.

Todavia, durante a realização do presente trabalho, encontraram-se também alguns aspetos positivos que facilitaram a sua consecução, nomeadamente a disponibilidade dos utentes para responder ao questionário, bem como a prontidão e disponibilidade das várias entidades da UCSP que possibilitaram a realização do trabalho (administrativos e coordenador de atividades desta unidade).

Ao finalizarmos este trabalho consideramos que ele não só permitiu a realização dos objetivos inicialmente definidos, como também possibilitou a reflexão/ação para a mudança de alguns processos e atitudes durante os cuidados, nomeadamente nas dimensões em que os utentes manifestam menor satisfação, na procura contínua de uma melhor prática conducente à qualidade em saúde e à satisfação dos utentes.

BIBLIOGRAFIA

ALVES, M. **– O Serviço de Atendimento Permanente: Satisfação dos Utentes com a Assistência em Enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2008. 244p.

BISCAIA, José L.; – Qualidade em Saúde: uma perspetiva conceptual. *Qualidade em Saúde*. Lisboa, 2007. p. 6-10. ISSN 0874-8772

BRANCO, António; RAMOS Vítor – **Cuidados de Saúde Primários em Portugal**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa. ISSN 0870- 9025.Vol.24, nº 2 (2001), p. 5-12.

BRANCO, António; RAMOS Vítor – **Cuidados de Saúde Primários em Portugal**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa. ISSN 0870- 9025.Vol.24, nº 2 (2001), p. 5-12. Volume temático

BISCAIA, A. R. [et al.] - **Cuidados de saúde primários em Portugal: reformar para novos sucessos**. 2ª ed. Lisboa: Padrões Culturais Editora, 2008. 255 p. ISBN 978-989-8160-11-9.

CARMO, H.; FERREIRA, M. M. – **Metodologia de Investigação: Guia para Autoaprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 1998. 353p. ISBN 972-674-231-5.

CIRCULAR NORMATIVA nº 14/ARSC – ACES-Baixo Mondego I. (21-08-2011).

Carta dos direitos e deveres do utente - [Consult. 11 Jan. 2012]. Disponível em http://www.misau.gov.mz/misau/dnsp_direccao_nacional_de_saude_publica/carta_dosdireitos_e_deveres_dos_utentes

COLAÇO, M.; TANSMONTANO, M. – **O que disseram da qualidade os utentes**. *Nursing.* Lisboa. ISSN 0871-6196. Nº 167 (Jun. 2002), p. 12-15.

COLLIÉRE M. F. (1989) – Promover a vida da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem - Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

CORREIA, Cristina [et al.] – **Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa. ISSN: 0870-9025. Volume temático. Nº 2 (2001), p. 75-76.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – **Promover a Vida**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. p. 284-292.

COLLIÉRE, Marie-Françoise – Promover a Vida: Da Prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Indústrias Gráficas, 1989. p. 76-99.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA – **Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários.** URSS. 6 –12 de Setembro de 1978, Alma-Ata.

Dicionário Editora da Língua Portuguesa 2011. Porto Editora, 2010. 1744 p. ISBN: 978-972-0-01564-8.

DESPACHO nª 752/2010. D.R.II Série. 7 (10-01-12) 1434-1437.

DESPACHO n.º 10143/2009. **D.R. I Série**. 74 (09-04-16) 15438-15440.

DECRETO-LEI nº 28/2008. **D.R. I Série.** 38 (08-02-22) 1182-1189.

DECRETO-LEI n 286/99. **D.R. I Série**. 173 (99-07-27) 4690-4694.

DECRETO-LEI Nº 287/2008 de 22 de Fevereiro

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE COIMBRA - **Guia de elaboração de trabalhos escritos**. Coimbra: ESEnfC, 2007 p. 25.

FALCÃO, F. – **Satisfação na relação enfermeiro-utente**. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Edições Sinais Vitais. Coimbra. Nº 9 (Fev. 2004). p. 45-50.

FARIA, António – **As opiniões dos doentes sobre os cuidados de enfermagem**. Dissertação de Mestrado em Gestão e economia da Saúde. Coimbra, 2005, p. 111.

FERREIRA, Pedro [et al.] – **Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo.** *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0810-9205. Vol. Temático, Nº 1 (2001), p. 53-61.

FORTIN, M. – **O processo de investigação: da conceção à realização**. Loures. Lusociências, 1999. ISBN 972-8383-10-X.

GOMES, Barbara – **Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente**. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2007. 238p.

Inovação nos cuidados de saúde primários (2009) - [Consult. 11 Jan. 2012]. Disponível em http://www.healthaction21.eu/desenvolvimento-organizacional-csp

LEI nº 111/2009. D.R. I Série. 186 (2009-09-16) 5236-5234

IMPERATORI, E. (1999) - Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário. Lisboa: Edinova.

MELO, R. P. – **Avaliação da qualidade dos cuidados: Perspetiva do utente**. *Revista de Investigação em Enfermagem*. Edições Sinais Vitais. Coimbra. Nº 4 (Agosto. 2001). p. 29-32.

MONTEIRO, J. M. L. (1991) **"Satisfação em Saúde numa perspetiva da garantia da qualidade."** Bragança: Boletim do Hospital de Bragança. Vol.1 Nº 2.

MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SÁUDE PRIMÁRIOS – **USF em atividade** [em linha] (2008) [Consult. 10 Nov 2011]. Disponível em: http://mcsp.lvengine.com/ engine.php?cat=32.

NUNES, José Mendes – **Comunicação em contexto clínico.** Lisboa., 2007. P.17-42. 174p. ISBN: 972-8930-30

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Proposta da Ordem dos Enfermeiros – Modelo Organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade. 2008.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.** Lisboa. Nº 16 (Mar. 2005), p. 53-60.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Tempo de Mudança** Lisboa.ISSN 1646-2629. Nº 22 (Jul. 2006), p. 1.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **O Agir Ético na Comunidade.** Lisboa. ISSN 1646-2629 Nº 37 (Jun. 2011), p. 31-38.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Sistemas de Informação em Enfermagem com importância reforçada.** Lisboa.ISSN 1646-2629 Nº 38 (Set. 2011), p. 9-16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** Lisboa. Nº 2 (Mar. 2001), p. 15-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **A Cada Família o seu Enfermeiro** Lisboa. Nº 2 (Mar. 2001), p. 5-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Questões Éticas da prática de enfermagem** Lisboa. Nº 4 (Out. 2001), p. 5-7.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Direitos Humanos e Necessidades em Cuidados** Lisboa. Nº 4 (Out. 2001), p. 14-17.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Rede de Cuidados de Saúde primários** Lisboa. Nº 12 (Mai. 2004), p. 11-14.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Projeto dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Portugal** Lisboa.ISSN 1646-2629 Nº 28 (Mar. 2008), p. 36-41.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados** Lisboa. ISSN 1646-2629 Nº 32 (Abr. 2009), p. 21-29.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. CNR e Conferência do ICN 2011: Os Enfermeiros impulsionam o acesso à qualidade e saúde Lisboa. ISSN 1646-2629 Nº 39 (Out. 2011), p. 32-41

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Cuidar: o que pensar? Como fazer?** Lisboa. Nº 8 (Fev. 2003), p. 47-48.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual – Enunciados descritivos Lisboa. Nº 4 (Dez. 2001), p. 6-12.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Saúde 21- saúde para todos no século XXI**. Loures. Lusociência, 2002. 30p. ISBN 972-8383-35-5.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Lisboa: OE, 2002. p. 16.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Lisboa - Alguns dados sobre os Enfermeiros Portugueses. **Revista da Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 1 (2003).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Declaração de Jacarta de 21-25 de Julho de 1997** [Em linha]. 1997. [Consult. 15 de Março de 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>.

PARDAL, P. – Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade: inovação e proximidade dos cuidados. *In: Missão dos Cuidados de Saúde Primários.* Lisboa (2009), p.29-33.

PEDRO, L. – **Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários**: o caso de Lisboa e vale do Tejo pag 53 a 63 *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa. ISSN 0870- 9025.Vol.24, nº 2 (2001), Volume temático.

PISCO, L.; Biscaia, J. L. – **Qualidade de cuidados de saúde primários**. *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* Lisboa. ISSN 0870-9025. Vol. Temático, Nº 2 (2001), p. 75-82.

PISCO, Luís – **A voz dos utentes dos centros de saúde**. **Qualidade em Saúde** [em linha]. N.º 7 (Jun. 2003) 23-26. [Consult. 19 Dez. 2011]. Disponível em http://www.vfbm.com/jmf/040-049/043/043-4042.pdf

POLIT, D; HUNGLER, – **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre. Artes Médicas, 1995. ISBN 85-7307-101-X.

PORTARIA 1368/2007. **D.R. I Série.** 201 (07-10-18) 7655-7659.

PORTARIA 1368/2007. **D.R. I Série.** 201 (07-10-18) 7655-7659.

PORTARIA 274/2009. **D.R. I Série.** 274 (09-03-18) 1720-1726.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (1994) "Comissão Nacional de Humanização e Qualidade dos Serviços de Saúde-Humanização e Qualidade". Lisboa.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004. Vol. I. 88 p. ISBN 972-675-109-8.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde - **Plano nacional de saúde 2004-2010: mais saúde para todos**. Lisboa: DGS, 2004. Vol. II. 216 p. ISBN 972-675-110-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ARSC, I.P. – **Plano de Acção** [Em linha]. Coimbra, 2010. [Consult. 22 Mai. 2011]. Disponível em WWW: http://www.arscentro.min-saude.pt.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. ARSC, I.P. – **Relatório de Atividades** [Em linha]. Coimbra, 2010. [Consult. 22 Mai. 2011]. Disponível em WWW: http://www.arscentro.min-saude.pt.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **SAÚDE XXI** - **Programa Operacional da Saúde 2000-2006** [Em linha]. Lisboa: DGS, 2000. [Consult. 20 Março de 2011]. Disponível em WWW:http://www.qca.pt/publicacoes/download/saude.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Agrupamentos de Centros de Saúde: Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados** [Em linha]. 2008. [Consult. 23 Mar. 2011]. Disponível em WWW:http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_96/ACES%20-%20URAP.pdf.

PORTUGAL. Ministério da Saúde **– Agrupamento de centros de saúde: unidade de saúde pública** [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2008. [Consult. Jun. 2011]. Disponível em WWW:http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=97.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Agrupamento dos Centros de Saúde do Baixo Mondego I** [Em linha]. Coimbra, ARSC, 2011. [Consult. Mar. 2011]. Disponível em WWW:http:// www.acesbm2.org/.

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Anuário estatístico da região centro - 2007** [Em linha]. Lisboa: INE, 2002. [Consult. DEZ. 2011]. Disponível em WWW:URL:http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=42949141&PUBLICACOESmodo=2.

RIBEIRO, Ana – **Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem**: Construção e validação de um instrumento de medida. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem. Porto. 2003, 263 p.

RIBEIRO, N. – **Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar de Enfermagem no Serviço de Urgência de Machico.** Curso de Pós-Graduação em Urgência e Emergência Hospitalar. Universidade Atlântica. Funchal. 2007. p.171.

RIBEIRO, Ana – O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. Nº 16 (Mar. 2005), p. 53-60.

Relatório de atividades de Eiras. Coimbra: Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., 2002. p. 153.

SOUSA, Jaime Correia de – **A raposa e as uvas: um olhar sobre a reforma dos Cuidados de Saúde Primários.** *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Lisboa. **ISSN** 0870-7103. Nº 2 (Mar.-Abr. 2007), p.117-122.

STANHOPE, Márcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária**: **Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. Lisboa. Lusociência, 1999. ISBN 972-8383-05-3.

ANEXOS

ANEXO I

Autorização de utilização do formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem - $SUCECS_{26}$

Sonia Maria Godinho Marques Lopes <sgodinholopes@gmail.com>

Autorização da aplicação do Formulário SUCECS

1 mensagem

Ana Leonor <ana@esenf.pt> 22 de Novembro de 2011 à58 09:21
Para Sonia Maria Godinho Marques Lopes <sgodinholopes@gmail.com>

Assunto: Autorização da aplicação do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (SUCECS)

Ana Leonor Alves Ribeiro, professora coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, autora do Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem (SUCECS) vem por este meio autorizar a utilização do referido formulário, no âmbito da investigação "Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na UCSP de Eiras".

Porto, 20 de Novembro de 2011.

Ana Leonor Alves Ribeiro

--
Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora
Escola Superior de Enfermagem do Porto
Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida
4200-072 Porto
Ext: 163
Tel: +351225073500
Fax: +351225096337
EMAIL: ana@esenf.pt

ANEXO II

Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde - $SUCECS_{26}$

Formulário nº__ CS

Formulário de avaliação da

Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde

$SUCECS_{26}$

Copyright © 2003. RIBEIRO, Ana. Escola Superior Enfermagem São João. Porto. Email: ana@esenf.pt

Fala a Enfermeira _____, estamos a contactá-lo do CS _____

Estamos a realizar um estudo para saber a opinião das pessoas que recorrem aos seus serviços, sobre a sua satisfação com os cuidados de enfermagem.

Gostaríamos de saber se está na disposição de responder a algumas perguntas sobre este assunto. Este inquérito demorará aproximadamente 10 minutos.

As suas opiniões e experiências são muito importantes para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

As suas respostas serão estritamente confidenciais.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos cuidados de enfermagem que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no Centro de Saúde.

DADOS GERAIS

- Recorre ao Centro de Saúde (consulta de enfermagem) para:

P - Consulta de Planeamento Familiar **V** - Vacinação **M** – Saúde Materna (Gravidez/Puerpério) **H** – Consulta de Hipertensão

I – Consulta de Saúde Infantil **A** – Apoio domiciliário **D** – Consulta de Diabetes **T** – Tratamentos/Injectáveis

O – Outras _____

- Em média, quantas vezes por ano contacta com o Centro de Saúde?_____
- Costuma ir com outros familiares ao CS? Sim Não Familiares:_____
- Sexo: M F Idade em anos _____
- Local de residência: Localidade_____ CS de apoio _____
- Estado civil: solteiro /casado /separado/divorciado/viúvo Habilitações literárias (que estudos tem?): _____
- Profissão:

R - reformada **DO** – doméstica **DE** – desempregada **E** – estudante **S** – TW na área da saúde **O** – outras profissões

SUCECS $_{26}$ - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no **centro de saúde**

	Se estes factos aconteciam:	Faça um círculo no			
	Sempre	**3**			
	Às vezes	**2**			
	Nunca	**1**			
	Não se aplica/Sem opinião	**0**			
1	Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
2	Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário faze-los?	3	2	1	0
12	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	3	2	1	0
13	No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
14	No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
18	Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
20	Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
21	Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
24	Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
25	Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
26	Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
27	Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
28	Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
31	Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
	Se está:	Faça um círculo no			
	Satisfeito	**3**			
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	**2**			
	Insatisfeito	**1**			
	Não se aplica/Sem opinião	**0**			
6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
11	Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	3	2	1	0
22	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
29	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
30	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	3	2	1	0
32	Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

SUCECS 26 - Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no Centro de Saúde

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** que recebeu nos contactos que teve com os enfermeiros no **centro de saúde**

Se estes factos acontecessem:	Faça um círculo no			
Sempre	**3**			
Às vezes	**2**			
Nunca	**1**			
Não se aplica/Sem opinião	**0**			
• Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação?	3	2	1	0
• Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
• Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podiam ajudar quando necessitava)?	3	2	1	0
• Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
• Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
• Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
• Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	3	2	1	0
• Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para a si)?	3	2	1	0
• Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário faze-los?	3	2	1	0
• No CS, os enfermeiros preocuparam-se em o informar sobre o funcionamento do CS (horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas...)?	3	2	1	0
• No CS, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do CS?	3	2	1	0
• No CS, tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
• Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos CS (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
• Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	3	2	1	0
• Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0
• Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	3	2	1	0
• Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	3	2	1	0
• Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
• Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	3	2	1	0
• Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	3	2	1	0
• Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais actualizados e bem informados?	3	2	1	0
Se está:	Faça um círculo no			
Satisfeito	**3**			
Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	**2**			
Insatisfeito	**1**			
Não se aplica/Sem opinião	**0**			
• Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreendesse, a preocupação em saber se tinha mesmo percebido)	3	2	1	0
• Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no CS	3	2	1	0
• Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
• Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	3	2	1	0
• Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	3	2	1	0
• Relativamente aos cuidados de enfermagem no CS	3	2	1	0

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

Factor / Dimensão	Questões do SUCECS								
Qualidade na assistência	11	30	32	21	24	25	26	27	31
Individualização da informação	1	2	7	8	10	6			
Envolvimento do utente	22	29	28						
Informação dos recursos	4	5	12						
Formalização da informação	9	13							
Promoção de elo de ligação	3	14	18						

NOTA EXPLICATIVA DAS DIMENSÕES da SUCECS

Qualidade na assistência

Estes itens parecem expressar o modo como os enfermeiros se relacionam com os utentes quando estes ocorrem ao centro de saúde. Expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente, a paciência, o envolvimento na relação, que determinam a satisfação com os cuidados prestados.

Individualização da informação

Reflecte o modo como os indivíduos percepcionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com eles. Na generalidade, o conteúdo dos itens refere-se ao comportamento adoptado pelo enfermeiro na transmissão da informação, sobre o modo como os enfermeiros tornam a comunicação eficaz. A informação proporcionada aos utentes tem sempre como pressuposto uma necessidade do indivíduo e, por outro lado, a informação, neste caso, não é um fim em si mesmo, mas antes um meio para que o indivíduo aprenda a lidar com a sua situação de saúde/doença.

Envolvimento do utente

Reflecte a ideia geral de que o utente se encontra satisfeito pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve todo um trabalho centrado na pessoa, demostrando disponibilidade para com ela, considerando a sua opinião na concepção dos cuidados e mostrando ao utente que conhece bem a sua situação clínica e, portanto, os cuidados que lhe propõe encontram aí (nesse conhecimento) a sua justificação.

Informação dos recursos

Expressa a importância da transmissão de informação sobre os recursos disponíveis. Um conhecimento mais amplo dos serviços que tem à sua disposição, e como pode utilizá-los, facilitará um melhor acesso aos cuidados de saúde.

Formalização da informação

Reflecte a ideia de que na actividade do enfermeiro existe, também, um papel ligado aos aspectos mais formais da sua actividade, nomeadamente nas questões relacionadas com o proporcionar informação escrita, assim como da explicação dos direitos e deveres dos utentes no contexto dos cuidados, de forma a que a participação dos utentes seja informada.

Promoção de elo de ligação

Expressa a preocupação de envolvimento da família, ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados. A ideia geral é a de que, a ajuda e o apoio ao indivíduo não se esgotam no interior dos serviços de saúde. Por outro lado, o facto do utente ter a possibilidade de contactar sempre, ou quase sempre, o mesmo enfermeiro, constitui um factor promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.