

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

N.º 20550

Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima- satisfação dos utentes

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

N.º 20550

Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima- satisfação dos utentes

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

N.º 20550

Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima- satisfação dos utentes

Atesto a originalidade do trabalho

Projecto de Investigação,
apresentado à Universidade
Fernando Pessoa – Unidade de
Ponte de Lima para obtenção do
grau académico de Licenciatura em
Enfermagem

Sumário:

Os enfermeiros, são o elemento chave que identifica as necessidades do utente e que age “com” ele, sendo desta forma um contributo essencial para a sua satisfação, indo de encontro às expetativas geradas pelo mesmo.

Freund (cit in Alves, 2003, p. 91) refere que “se a satisfação de certas necessidades e a maneira de as satisfazer dependem de nós, não depende de nós não as termos”. Estas estão ligadas a impulsos que nascem no inconsciente do indivíduo, assim como as pressões exercidas pelo seu ambiente social.

Para os cuidados de saúde o utente, sendo aquele que recebe os cuidados, tem um papel preponderante no seu desenvolvimento. Neste contexto os profissionais deverão dar a máxima importância às opiniões tecidas pelos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, face às experiências pessoais que tiveram e partir destes resultados para a implementação de sistemas de ação que visem a qualidade dos serviços prestados e consequentemente a satisfação dos utentes que os recebem.

Com base nesta temática foi desenvolvido o presente projeto de graduação, cujo objetivo é conhecer a satisfação dos utentes numa USF de Ponte de Lima, em relação aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados.

Para todo o desenvolvimento da investigação optou-se por um método quantitativo com o tipo de estudo descritivo simples. Para uma fácil e fiel colheita de dados, foi escolhido um instrumento de colheita designado por questionário sendo este de auto preenchimento.

A amostra deste estudo, foram utentes numa USF de Ponte de Lima que se encontravam em praça pública nessa mesma localidade aquando dos dias da colheita de dados.

Findo estudo, pode-se concluir que na generalidade os utentes se sentem muito satisfeitos com a prestação dos cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima,

contudo, referem um aspetos no qual a sua satisfação não é total que são o modo como a sua privacidade é mantida aquando da prestação dos cuidados de enfermagem.

Palavras-Chave: Satisfação; Cuidados de Enfermagem; Utente; USF

Abstract:

Nurses are the key element that identifies user needs and acts "with" it, thereby being an essential contribution to their satisfaction, meeting the expectations generated by the same.

Freund (cit in Alves, 2003, p. 91) states that "the satisfaction of certain needs and how to meet them depends on us, it does not depend on the terms." These are linked to unconscious impulses that arise in the individual as well as the pressures of their social environment.

For health care users, and those who receive care, it has a major role in its development. In this context professionals should give utmost importance to the opinions woven by the people who use health services, given the personal experiences they had and from these results for the implementation of action systems that address the quality of services and consequently the satisfaction of users who receive them.

Based on this theme this graduation project was developed, which aims at meeting the satisfaction of users at USF in Ponte de Lima, in relation to nursing care provided to them.

For the full development of research we chose a quantitative method with simple descriptive type of study. For easy and accurate data collection, it was chosen an instrument of data collection, the questionnaire.

The sample in this study were users of a USF in Ponte de Lima who were in the public square in the same location during the days of data collection.

With the study finished, we can conclude that in general users feel very satisfied with the provision of nursing care at USF in Ponte de Lima, however, aspects remain a concern, that is how their privacy is maintained when providing nursing care.

Keywords: satisfaction; nursing care; user; Family Health Unit

Dedico ...

*... este trabalho às **Estrelas** da minha vida e aos meus **Tesourinhos**.*

Agradecimentos:

A realização deste projeto de graduação só foi possível graças à colaboração e ao contributo, de forma direta ou indireta, de várias pessoas e às quais gostaria de exprimir algumas palavras de agradecimento e profundo reconhecimento, em particular:

À Enf.^a Mestre Manuela Pontes pela disponibilidade demonstrada em orientar este longo trabalho, pela exigência de método e rigor, pela incansável orientação científica, pela revisão crítica do texto, pelos profícuos comentários, esclarecimentos, opiniões e sugestões, pela cedência e indicação de alguma bibliografia relevante para a temática em análise, pelos oportunos conselhos, pela acessibilidade, cordialidade e simpatia demonstradas, pela confiança que sempre me concedeu e pelo permanente estímulo que, por vezes, se tornaram decisivos em determinados momentos, pelo interesse evidenciado, e ainda por todas as noites mal dormidas ou mesmo passadas em claro;

À Enf.^a Mestre Paula Fonseca que desde o início deste projeto, sabendo ela que o tema em estudo seria na sua área profissional, se disponibilizou prontamente a fornecer todo o material bibliográfico;

Aos meus colegas de jornada, por todas as vivências e partilha de conhecimento que tivemos a oportunidade de ter;

Aos docentes da licenciatura de enfermagem, mesmo àqueles que já não se encontram neste corpo docente, por terem deixado o seu testemunho e terem partilhado o seu saber de uma forma tão peculiar;

Àqueles Seres tão especiais, Carla Castro, Ana Catarina Pais, Ana Rita Costa, Luísa Barbosa e Bruno Monteiro que se foram revelando ao longo dos quatro anos desta licenciatura e que mesmo com os momentos menos bons me fizeram aprender, foram capazes de suportar as minhas lágrimas, provocar-me um grande sorriso, abraçar-me e deixarem-se abraçar, viver todas estas emoções comigo e para mim;

Ao meu namorado Custódio Rocha, por todos aqueles momentos em que ficou privado da minha companhia em prol deste grande projeto, por toda a força, dedicação, companheirismo e apoio que me prestou ao longo de todo este tempo e principalmente por nunca ter falhado a sua presença especial em qualquer momento desta caminhada;

A todos aqueles “familiares” que deixo aqui nesta Casa – Universidade Fernando Pessoa de Ponte de Lima – por aturarem os meus devaneios, por suportarem as minhas birras e reclamações, por me fazerem crescer, por me apoiarem e acima de tudo por me ajudarem nesta conquista;

Por último, mas não menos importante, à minha família, mais concretamente aos meus pais e irmão, avó materna e madrinha, pelo apoio e compreensão inestimáveis, pelos diversos sacrifícios suportados e pelo constante encorajamento a fim de prosseguir a elaboração deste trabalho, eles sim fizeram-me sentir que sou realmente um motivo de orgulho.

Índice

I.	Introdução.....	1
II.	Fase conceptual.....	4
1.	Tema de Investigação	4
2.	Enquadramento Teórico	5
i.	O que são CSP?.....	5
ii.	O que é USF?.....	6
iii.	Quais as áreas de intervenção nas USF's?	8
iv.	O que é Satisfação?	9
v.	O que é a satisfação em cuidados de saúde?.....	13
vi.	O que é a qualidade em cuidados de saúde?	18
3.	Enunciar as questões de investigação e os objetivos.....	22
4.	Definir as variáveis.....	25
i.	Variáveis atributo.....	25
ii.	Variáveis em Estudo	26
III.	Fase metodológica.....	27

1.	Desenho de investigação	27
i.	Meio	27
ii.	Método de Investigação e Tipo de Estudo	27
iii.	Definir a população e a amostra	28
iii.	Colheita de dados: instrumento e método utilizados.....	30
iv.	Pré-teste.....	31
2.	Aspetos éticos.....	32
IV.	Fase empírica.....	34
1.	Apresentação, análise e tratamento de dados	34
i.	Caracterização da Amostra	36
ii.	Apresentação, análise e tratamento das variáveis em estudo.....	39
Iii.	Discussão de resultados.....	54
V.	Conclusão	55
VI.	Bibliografia.....	58
VII.	Anexos	61
VIII.	Apêndices.....	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Utentes com consultas de enfermagem numa USF de Ponte de Lima	34
Gráfico 2 – Período de tempo em que o utente frequenta a consulta de enfermagem ...	35
Gráfico 3 – Classe das idades dos colaboradores	36
Gráfico 4 – Género	36
Gráfico 5 – Filhos	36
Gráfico 6 – Naturalidade dos colaboradores	37
Gráfico 7 – Residência dos Colaboradores.....	38
Gráfico 8 – Habilitações literárias dos colaboradores	38
Gráfico 9 – Frequência das consultas de enfermagem no último ano	39
Gráfico 10 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à pontualidade dos enfermeiros	40
Gráfico 11 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros	41
Gráfico 12 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à competência dos enfermeiros	42
Gráfico 13 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à simpatia dos enfermeiros	42

Gráfico 14 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros	43
Gráfico 15 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao respeito com que foram tratados pelos enfermeiros	44
Gráfico 16 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao modo como a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros.....	44
Gráfico 17 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à rapidez com que foram atendidos pelos enfermeiros	45
Gráfico 18 - Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao serviço no domicílio prestado pelos enfermeiros	46
Gráfico 19 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à pontualidade dos enfermeiros	47
Gráfico 20 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros	47
Gráfico 21 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à competência dos enfermeiros.....	48
Gráfico 22 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à simpatia dos enfermeiros	49
Gráfico 23 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à preocupação com a sua saúde pelos enfermeiros.....	50
Gráfico 24 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao respeito com que foram tratados pelos enfermeiros.....	50

Gráfico 25 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao modo como a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros51

Gráfico 26 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à rapidez com que foram atendidos pelos enfermeiros52

Gráfico 27 - Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros53

Índice de Quadros

Quadro 1 – Elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem14

Quadro 2 – Dimensões para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde16

Índice de Figuras

Figura 1 – Necessidade/ Desejo12

Índice de Anexos

Anexo I – Quadros das áreas e sub áreas de intervenção61

Anexo II - Questionário Original que deu origem ao questionário deste estudo67

Índice de Apêndices

Apêndice I - Instrumento de Colheita de Dados74

Siglas/ Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direcção Geral de Saúde

IPSS – Instituição (s) Particular (s) de Solidariedade Social

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF's – Unidades de Saúde Familiar

USFVL – Unidade de Saúde Familiar Vale do Lima

I. Introdução

No âmbito da Licenciatura do Curso em Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, e como parte dos requisitos para a obtenção do grau de licenciatura, surge a elaboração do presente projeto de graduação que tem como principal objetivo conhecer o nível de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados numa USF de Ponte de Lima.

Conforme a OE nos refere na sua publicação “Divulgar – Competências dos enfermeiros de cuidados gerais” (2003, p. 3)

“a) os “enfermeiros constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem”; e b) a “própria evolução da sociedade portuguesa e as suas expectativas de acesso a padrões de cuidados de enfermagem de mais elevada qualificação técnica, científica e ética para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...)”

É importante para o profissional de enfermagem, ter ideia da perceção com que o utente fica após a prestação dos cuidados de enfermagem, de forma a perceber todos os aspetos em que a satisfação do mesmo não é total e assim o profissional poder melhorar a sua prática e satisfazer os níveis de saúde do utente.

A qualidade dos cuidados prestados ao utente, deve ser realmente um dos principais focos de atenção por parte dos profissionais de enfermagem, uma vez que são os utentes que devem avaliar os cuidadores face às suas expectativas. Tal como se pode verificar ao longo deste estudo estas duas vertentes – expectativas e satisfação – estão intimamente relacionadas e uma afeta a outra.

Tendo conhecimento da opinião dos utentes, a autora do presente estudo, enquanto futura profissional de enfermagem, pode trilhar os seus caminhos e assim, poder fazer uma análise critico-reflexiva de muitos dos aspetos que o utente valoriza para assim, um

dia, poder prestar cuidados de enfermagem de excelência e poder observar que os seus utentes se manifestam totalmente satisfeitos.

Para a elaboração deste estudo, e para que toda a informação nele contida fosse a mais verdadeira e científica possível, foi necessário efetuar uma pesquisa bibliográfica intensa desde o início até ao final do trabalho. Só a partir de uma pesquisa profunda e atualizada, face aos resultados que se iam obtendo, à medida que avançavam as fases da investigação, se conseguiu a aptidão científica que se traduziu em competência efetiva para realizar a presente investigação. Para isso foram consultadas diversas publicações tais como livros, revistas, publicações de organizações (p. e. publicações da OE), bem como artigos científicos fornecidos por diversos profissionais da área da saúde. Perante o problema de investigação selecionado, optou-se por um estudo do tipo descritivo simples, utilizando a metodologia de investigação quantitativa.

Quando se deu o “pontapé de saída” para a realização deste projeto de investigação, foi elaborado um cronograma de fácil compreensão para que se possa perceber todo o tempo que foi investido na realização deste estudo (Ver apêndice I - Cronograma).

O presente estudo assenta em três partes principais, uma primeira parte designada Fase Conceptual onde se apresenta o tema da investigação e onde é feito todo o enquadramento teórico bem como se identificam as questões de investigação que deram origem aos objetivos, geral e específicos, e ainda às variáveis presentes ao longo de toda a investigação. Posteriormente surge uma segunda fase intitulada de Fase Metodológica onde se dá corpo à investigação propriamente dita. Nesta etapa é apresentado o tipo de estudo bem como a população e amostra e todos os parâmetros inerentes a estes temas. Aborda-se ainda nesta segunda etapa a previsão da colheita de dados bem como do seu método de tratamento e análise. Por fim, na terceira fase, denominada Fase Empírica, os dados foram colhidos, procedeu-se ao seu tratamento, análise e discussão, confrontando com autores de outros estudos científicos atuais.

Na generalidade, através dos resultados desta investigação pode-se auferir que os utentes se encontram muito satisfeitos com os cuidados de enfermagem que lhes são

prestados pelos enfermeiros da USF e pode ainda retirar-se os aspetos em que os utentes se mostram mais insatisfeitos que são mais concretamente na rapidez com que são atendidos pelos enfermeiros e ainda a questão da privacidade que muitas vezes até é mantida pelo enfermeiro que presta os cuidados mas que é invadida por outros profissionais da USF (médicos, outros enfermeiros e administrativos).

Espera-se que este estudo tenha uma leitura aprazível e que o leitor possa chegar ao fim da investigação com a sensação de querer ir buscar mais e mais sobre esta temática.

II. Fase conceptual

A fase concetual é a primeira fase de todo este projeto de investigação. Faz parte desta fase, todo o conteúdo teórico em que se baseia o estudo, assim como o tema e problema de investigação, as questões de investigação e os objetivos em estudo. Segundo Fortin (2003, p.39), “Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo.”

Assim sendo, é necessário efetuar a escolha e delimitação do tema, bem como uma revisão literária eficaz para a realização fidedigna do projeto.

1. Tema de Investigação

Segundo Rius cit Vélez e Collazus (1997, p.28) “Um problema é a pergunta que necessita de uma resposta, a qual deve ser resolvida ou investigada através da aplicação do método científico”. Com efeito, enquanto,

“ (...) um tema de uma pesquisa é uma proposição até certo ponto abrangente, a formulação do problema é mais específica: indica exatamente qual a dificuldade que se pretende resolver (...)” (Marconi e Lakatos, 1991, p.126).

De acordo com o autor supracitado, e a importância da escolha do tema, foi definido para este estudo o tema, “Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima - satisfação dos utentes”.

A opção desta temática baseou-se em fatores de ordem pessoal e de ordem académica/profissional. A implementação das USF's é uma realidade relativamente recente. Estas novas unidades funcionam com base em objetivos que são delineados por cada USF com a duração de um ano, conduzindo a uma perspetiva definida de trabalho proposta para todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Estes,

devem ser envolvidos profundamente nestes projetos a fim de que a USF a que pertencem tenha a qualidade esperada.

2. Enquadramento Teórico

Para uma compreensão mais profunda do tema abordado, houve necessidade de recorrer a uma pesquisa intensa, de diversos autores no intuito de se realizar a revisão literária referente ao objeto de estudo constituindo assim a estrutura teórica da investigação. Para a concretização deste ponto foi necessário explorar teorias, ler e reler investigações exemplares e adquirir o hábito de refletir sobre o terreno ou sobre os dados teóricos recolhidos na bibliografia consultada. (Quivy, 2004).

Assim sendo, o enquadramento teórico apresenta-se dividido em pequenos pontos/perguntas, de forma a simplificar os temas abordados e a obter uma estrutura mais simples para facilitar a descrição de conceitos.

i. O que são CSP?

Os cuidados de saúde primários (CSP) são definidos como o pilar de sustentação de todo o sistema de saúde. A própria palavra “primários” indica ao investigador que será a base, o início, será a primeira linha de um sistema acessível, eficiente e equitativo como defende o Ministro da Saúde António Correia de Campos (in: linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários). Os (antigos) CS têm ganho recentemente, com a nova reorganização do sistema de saúde, um maior grau de autonomia na sua gestão. As Unidades de Saúde Familiar (USF's) são o desenvolvimento lógico do projeto de Regime Remuneratório Experimental, iniciado em 1998 e que sem dúvida, face a estudos já feitos, será uma “grande casa a construir”. Este sistema será explicado oportunamente.

De acordo com o despacho n.º 24 101/2007 do Ministério da Saúde, a criação de pequenas unidades funcionais multiprofissionais, Unidade de Saúde Familiar, com autonomia organizativa, funcional e técnica, num quadro de contratualização interna,

envolvendo objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, é o princípio geral da reorganização dos cuidados personalizados dos CS.

A concretização técnica do Programa do XVII Governo Constitucional para os CSP, abrange um conjunto de áreas e medidas, tais como: reconfiguração organizacional dos CS, com ênfase em pequenas USF's, autonomia progressiva dos CS e desenvolvimento da gestão pela qualidade nos CSP; reestruturação e reforço dos serviços de saúde pública; criação e/ou reforço de equipas multi-profissionais dedicadas aos cuidados continuados; melhoria da comunicação e interligação com os cuidados hospitalares; modernização das instalações e apetrechamento tecnológico dos CS; política adequada de recursos humanos, incluindo atração de profissionais para os CSP e sistemas retributivos incentivadores; sistemas adequados de informação clínica e para a gestão; integração dos sectores cooperativos, social e privado/convencionado numa mesma linha coerente de assistência de saúde à população; sintonização de todas as ações com o Plano Nacional de Saúde. Para que os serviços de saúde, e consequentemente o Plano Nacional de Saúde, tenham sucesso e inculcam satisfação, deverão ser muito bem trabalhados com rigor e equidade.

ii. O que é USF?

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), foi criada com o objetivo de, em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e a Administração Central do Sistema de Saúde, conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF'S, conforme Resolução do Conselho de Ministros n.º 60/2007 inscrita no diário da república 1ª série N.º 80 de 24 de Abril de 2007, assim sendo, muitas das diretrizes bem como estudos feitos às e para as USF'S, são da responsabilidade e autoria da MCSP.

De acordo com o decreto-lei n.º 34 de 16 de Fevereiro de 2006, a USF consiste em:

“Numa célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde”.

Esta unidade de saúde é caracterizada ainda segundo o decreto-lei supra citado como “(...) a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes.”.

As USF’s, vêm deste modo, prestar cuidados de saúde personalizados a uma população restrita e bem delimitada, para que se possa garantir a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados de saúde, conforme despacho normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro com a redação introduzida pelo despacho normativo n.º 10/2007, de 26 de Janeiro cit in diário da república 1ª série – N.º 161 de 22 de Agosto de 2007.

A criação das USF’s, assenta numa carteira básica de serviços e numa lista de critérios e metodologias. Estes critérios e metodologia, permitem, nos termos e ao abrigo do n.º 3 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de Agosto, a classificação das USF’S em três modelos de desenvolvimento sendo eles os modelos A. B e C que posteriormente, muito sucintamente, será explicado. O facto de cada USF pertencer a um modelo de desenvolvimento e não a outro, deve-se a três fatores estruturantes das mesmas;

1. O grau de autonomia organizacional;
2. A diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais;
3. O modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico.

De acordo com o anexo do despacho n.º 24 101/2007 do Ministério da Saúde, e considerando os três fatores supra numerados, os modelos de desenvolvimento caracterizam-se pelos seguintes aspetos:

- Modelo A: “corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática (...)”
- Modelo B: “Indicado para equipas com maior amadurecimento organizacional, onde o trabalho em equipa de saúde familiar é uma prática efetiva, e que estejam dispostas a aceitar um nível de contratualização de desempenho mais exigente e uma participação no processo de acreditação das USF’s, num período máximo de três anos (...)”

- Modelo C: “Modelo experimental, a regular por diploma próprio, com carácter supletivo relativamente às eventuais insuficiências demonstradas pelo SNS, sendo as USF’s a constituir definidas em função de quotas estabelecidas por Administração Regional de Saúde (ARS) e face à existência de cidadãos sem médico de família atribuído (...)”

Nas USF’s, para que o seu funcionamento seja correto e de acordo com a legislação em vigor, foram estabelecidos princípios de funcionamento, de acordo com o artigo 5 do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto, sendo eles a conciliação, a cooperação, a solidariedade, a autonomia, a articulação, a avaliação, e a gestão participativa, sendo estes os pilares de funcionamento das USF’s.

iii. Quais as áreas de intervenção nas USF’s?

Tal como já foi referido no ponto anterior, os CSP são a base de todo o cuidar nos serviços de saúde. Segundo Collière (1999), entende-se por cuidar:

“(...) Cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação.”

“(...) Cuidar é ajudar a viver aprendendo a conciliar as forças diversificadas, aparentemente opostas mas de facto complementares. Os cuidados são fonte de prazer, de satisfação, expressão de uma relação; pacificam, acalmam, aliviam, dispersam os tormentos tentando evitar o sofrimento.”

As USF’s, conforme nos refere o Capítulo I Artigo 3º ponto 1 do Diário da República (DR) N.º 161 de 22 de Agosto de 2007, “As USF’s são as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais (...)”, assim sendo, estas deverão prestar cuidados de saúde abrangentes. Contudo, e para um correto funcionamento das USF’s, foi estabelecido por lei o chamado núcleo base de serviços clínicos que se refere as áreas de intervenção das USF’s (Ver anexo I – Quadro das áreas e sub áreas de intervenção).

Após a análise detalhada do quadro onde a legislação apresenta a carteira básica de serviços de um profissional de enfermagem, pode-se constatar que de fato, e

confirmando a afirmação citada anteriormente de Collière, os CSP, nomeadamente as USF's, são a base do cuidar humano, pois abrangem todas as fases da vida promovendo a saúde, prevenindo a doença e agindo em situações de doença aguda, sendo pertinente a análise da satisfação da população que é cuidada neste âmbito.

iv. O que é Satisfação?

A satisfação está diretamente associada ao facto do indivíduo obter, ou não, aquilo que anseia. Para perceber o que a satisfação encerra, primeiramente surge a necessidade de definir o conceito satisfação.

Devido à natureza multidimensional do conceito em questão, é difícil defini-lo. Ribeiro (2005, p.53) diz, “(...) São múltiplos os aspetos que podem influenciar o grau de satisfação dos sujeitos. (...)”. Os aspetos a que este autor se refere, prendem-se com as expetativas criadas pelo indivíduo, e por todo o envolvimento que está presente no momento e que vai influenciar a satisfação do utente.

Os enfermeiros, são o elemento chave que identifica as necessidades do utente e que age “com” o utente, sendo desta forma um contributo essencial para a satisfação do utente, indo de encontro às expetativas geradas pelo mesmo.

“O conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objeto” (Paúl, Martin e Roseira, 1999, p. 18). Face à opinião deste autor, pode-se constatar que a satisfação não é mais do que a avaliação que o indivíduo faz de acordo com as expetativas criadas e os resultados obtidos.

Conforme refere Alves (2003), as necessidades, a aspiração e o desejo, configuram-se como as bases sobre as quais se estabelece o comportamento de uma pessoa e se analisa a sua satisfação. É a partir da necessidade que se pode chegar ao conceito de desejo e de aspiração.

Rist (cit. in Alves 2003, p.89) “defende que todas as necessidades são não materiais: amor, comunicação, autonomia, etc. ou até mais, simplesmente a execução de uma atividade de serviço”.

Pode-se dizer que a necessidade pode ser encarada de forma positiva e negativa, isto porque é uma privação, uma falta, um *deficit* – Visão Negativista - e por outro lado porque fixa um fim ao sujeito, infere uma atividade que tem por objetivo restabelecer um equilíbrio quebrado – Visão Positivista. (Alves, 2003)

Para Freund (cit. In Alves, 2003, p. 91) “a necessidade, exprime ao mesmo tempo uma falta sentida e um impulso orientado para o exterior procurando a satisfação”.

O mesmo autor refere ainda: “se a satisfação de certas necessidades e a maneira de as satisfazer dependem de nós, não depende de nós não as termos”. Estas estão ligadas a impulsos que nascem no inconsciente do indivíduo, assim como as pressões exercidas pelo seu ambiente social (Alves, 2003).

Devido às várias necessidades que foram surgindo nos cidadãos ao longo dos tempos, foi necessário clarificá-las, havendo vários os autores a fazê-lo. No entanto, foi Maslow quem criou a hierarquia mais conhecida das necessidades humanas básicas, muito utilizada no âmbito dos cuidados de enfermagem.

Maslow (cit in Chiavenato, 1998), organiza as necessidades humanas básicas numa escala, começando com as mais elementares e acabando com as mais complexas, sendo elas:

- Necessidades fisiológicas (sede, fome, cansaço, frio, calor, desejo sexual, etc.);
- Necessidades de segurança (proteção contra certos perigos, contra certas privações, etc.);

→ Necessidades sociais (necessidade de associação, de participação, de aceitação por parte dos companheiros, de troca de amizade, de afeto, de amor);

→ Necessidades de auto-realização (participação em decisões, necessidade de auto desenvolver-se continuamente).

Esta hierarquia, permite ao leitor analisar as necessidades de uma forma mais sistematizada e organizada. Tal, permite afirmar que, as necessidades têm um mecanismo de redução que “corresponde à sobrevivência da satisfação, ou mais precisamente, de uma certa conceção da satisfação” (Alves, 2003, p.102).

De outra forma, “Cada uma das nossas necessidades não é uma grandeza constante: quanto mais uma necessidade é satisfeita menos se faz sentir” (Bousquet cit in Alves, 2003, p. 102). A cada novo amanhecer, o indivíduo estabelece objetivos que pretende alcançar, e conforme o sucesso destes, vai ser produzida a sua satisfação.

“A necessidade pode manifestar-se de forma ambígua, confusa e vaga. Se for privação, só o é num estado posterior – mas que pode acontecer quase instrumentalmente – que se focalizará em possíveis respostas à tensão. A necessidade tornar-se-á, então, desejo” (Alves, 2003, p. 92).

Com este autor, confirma-se o facto acima mencionado, que é através da necessidade que se chega ao desejo e ao seu conceito.

Existe, de certa forma, uma interação direta entre estes dois conceitos. O desejo é a orientação para um objeto suscetível de satisfazer a necessidade. Na generalidade, a necessidade origina o desejo. Com base nesta afirmação, Alves (2003, p.105) relacionou necessidade/desejo da seguinte forma:

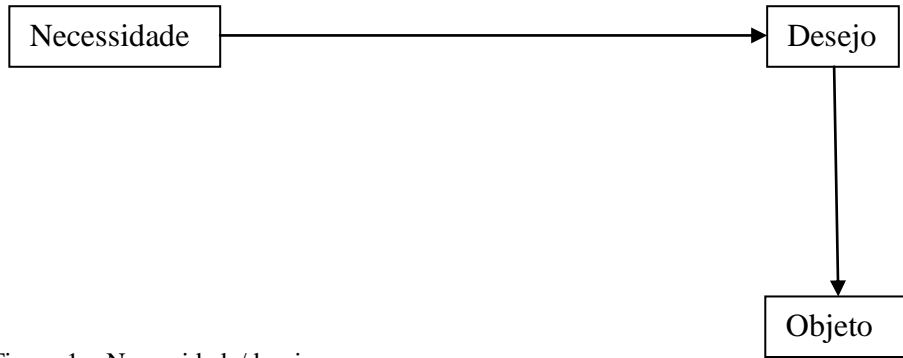


Figura 1 – Necessidade/desejo
Fonte: Alves, 2003, p. 105.

Existe ainda o terceiro elemento, que ainda não foi referido, que constitui a base sobre a qual se estabelece o comportamento de uma pessoa e se analisa a sua satisfação, é a aspiração.

Este conceito, leva cada indivíduo a ultrapassar o presente e a criar um estado novo, pode-se dizer que a aspiração é um género de marca em que o sujeito se fixa e que orienta o seu comportamento. Este elemento é crucial na tomada de decisão, uma vez que, a decisão que estimula o indivíduo e faz surgir o desejo, proporciona um primeiro componente de resposta, de natureza mais ou menos respeitante, mas conduzirá o restante processo (Alves, 2003).

Pode-se, então, falar de uma tríada formada por: necessidade – desejo – aspiração, na qual o desejo é uma personagem híbrida, enquanto que, os dois protagonistas essenciais conduzem o indivíduo, um atraindo e outro afastando (Alves, 2003).

“A satisfação, decorre da resposta positiva que o indivíduo obtém em relação às suas necessidades” (Sota, Alves e Dionísio, 1995, p.38).

v. O que é a satisfação em cuidados de saúde?

Confrontando a satisfação com os cuidados de saúde, Santos (1993), define a satisfação como “uma atitude resultante de avaliações positivas de diferentes dimensões dos cuidados de saúde”.

André e Rosa (1997), completam que o nível de satisfação dos utentes, é determinado pelas expectativas do utente face ao sistema de saúde, pelas condições físicas e económicas que atende o utente e, pelo tipo de relações interpessoais que se estabelecem entre os utentes e os profissionais de saúde.

A satisfação, desenha-se assim, como um estado de espírito sentido por cada indivíduo tendo por base as perceções do indivíduo, as suas avaliações em função do seu sistema de valores único e pode também englobar toda uma gama de sentimentos em resposta ao que é recebido e estimado.

A satisfação é um conceito multifatorial relacionado com um grande número de dimensões na saúde. Nestas incluem-se: a qualidade dos cuidados de saúde e qualidade de serviços, estado de saúde, bem-estar, adesão, expectativas, qualidade de vida, etc. (Gameiro, Moas e Teixeira, cit in Dias, Leal e Ribeiro 2000).

Nas ideias de Paúl, Martin e Roseira (1999) falar em satisfação dos utentes, requer uma compreensão de como se formam as impressões acerca do sistema de saúde e os seus intervenientes. Desta forma, os autores citam que existem inúmeros modelos explicativos que dão maior relevância aos processos cognitivos e menos ênfase aos fatores emocionais e sócio-culturais, nos diferentes contextos presentes. Acrescentam ainda que, os utentes podem criar uma impressão acerca das pessoas (enfoque para os profissionais de saúde) e objetos (serviços de saúde), sem que para tal prejuízo, necessitem de muita informação.

Segundo a OE na sua publicação de Dezembro de 2001 intitulada Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento Concetual Enunciados Descritivos

“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 da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.**”

Face a isto, a OE sentiu a necessidade de enunciar no mesmo documento supra citado, alguns elementos que estão intimamente ligados à satisfação dos clientes relacionada com a prestação dos cuidados de enfermagem, sendo alguns deles:

- ✓ 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 parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados;
- ✓ O envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados;
- ✓ O empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacte negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

Quadro 1 – elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem,

Fonte: Documento da OE de Dezembro de 2001 intitulada Divulgar – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos

Após ter presente o conceito de satisfação, pergunta-se, na realidade, qual será o papel da satisfação na qualidade dos cuidados de saúde?

Para os cuidados de saúde o utente, sendo aquele que recebe os cuidados, tem um papel preponderante no seu desenvolvimento. Neste contexto os profissionais deverão dar a máxima importância às opiniões tecidas pelos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, face às experiências pessoais que tiveram e partir destes resultados para a

implementação de sistemas de ação que visem a qualidade dos serviços prestados e consequentemente a satisfação dos utentes que os recebem.

Segundo Sota, Alves e Dionísio (1995, pp. 38-39), são vários os autores que definem papel como o tipo de atuação, pedida ou esperada (...) é, pois, um conjunto de normas e expectativas que definem um perfil de uma dada posição, regulando, deste modo, as relações interpessoais.

Melo (2001, pp. 30-31), diz que na avaliação da qualidade, há aspetos relativamente aos quais é imperioso reconhecer que os utentes têm um papel fundamental, dado que são eles que melhor conhecem as suas expectativas e necessidades e a forma como estas foram satisfeitas.

Mezomo (2001) também refere que, quando se fala de cuidados de saúde em geral, é possível identificar alguns componentes de qualidade que lhe são comuns e que estão diretamente ligados à ciência e à tecnologia dos cuidados e à sua aplicação nas ações concretas. Estes atributos são referenciados igualmente por Donabedian (1988) que define a qualidade dos cuidados como sendo a reunião do que ela denomina como os sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. No quadro que se segue pode observar-se as dimensões para a avaliação da qualidade de cuidados de saúde, segundo Palmer (cit in Ferreira, 1999:96) e Donabedian (cit in Mezomo 2001:111).

Conceito	Palmer (cit in Ferreira, 1991:96)	Donabedian (cit in Mezomo, 2001:111)
Eficácia	Caraterística de um determinado procedimento clínico ou tratamento tendente a melhorar o estado de saúde.	É a obtenção da melhoria da saúde pela aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas).
Efetividade		Indica o grau de obtenção da melhoria em saúde, ou seja, a relação existente entre a melhoria possível e a efetividade obtida.
Eficiência	Fornecimento de um número máximo de unidades comparáveis de cuidados de saúde correspondente a uma determinada unidade de recursos de saúde utilizados.	É a habilidade em reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade deles.
Otimização		É o equilíbrio ideal entre a melhoria da saúde e o seu custo.
Acessibilidade	Grau de acesso aos cuidados de saúde face às barreiras de ordem financeira, organizacional, cultural e emocional.	
Aceitabilidade	Grau de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde.	É a adequação dos cuidados de saúde aos desejos e expectativas dos pacientes e de seus responsáveis.
Legitimidade		É a conformidade dos serviços com as preferências sociais expressas nos princípios éticos, nos valores, nas normas, nas leis e nos costumes.
Equidade		É a conformidade com o princípio da justiça e da honestidade na distribuição dos cuidados e dos benefícios da saúde entre os membros de uma população.
Competência do prestador de cuidados	Capacidade do prestador de cuidados para usar o melhor conhecimento disponível na tomada de decisão, de modo a manter os utentes saudáveis e satisfeitos. A competência do prestador de cuidados diz respeito às capacidades técnicas e de desenvolvimento interpessoal, assim como ao próprio sistema de cuidados e à maneira como ele funciona na globalidade.	

Quadro 1 – Dimensões para a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde

Segundo Palmer (cit in Ferreira, 1991 p. 96), conforme quadro apresentado anteriormente, a aceitabilidade consiste no grau de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de saúde.

Na opinião de Frederico e Leitão (cit in Cruz 2003), um produto ou um serviço tem qualidade se atender às necessidades e expetativas dos seus utilizadores.

Donabedian (cit in Neto et alli, 2003, p. 215), refere que:

“(...) a satisfação do cliente assume uma importância fundamental como medida dos cuidados de saúde porque nos dá uma informação acerca do sucesso dos prestadores, em relação aos valores e às expetativas dos seus clientes (que são a autoria ultima na matéria).”

Face aos autores pode-se concluir que a satisfação do utente compreende um julgamento sobre o objeto em questão, a qualidade dos cuidados que o utente recebe, sendo esta satisfação, um indicador de qualidade perspetivando as opiniões dos utentes de acordo com os resultados obtidos e as expetativas criadas pelos mesmos.

Nesta perspetiva, é possível afirmar que nunca existirá qualidade dos cuidados se o utente estiver insatisfeito (Melo, 2001).

De acordo com Potter e Perry (2006),

“A equipa, implicada nos cuidados ao utente, recebe a informação dos graus de satisfação como feedback, relativamente ao sucesso que têm, ao ir ao encontro das expetativas do utente. (...) É importante que os enfermeiros reconheçam a necessidade de identificarem as expetativas do utente (...).”

De acordo com Hespanhol A, et al. (2008), considera-se que o utente está insatisfeito, “(...) quando a sua experiência com o serviço está abaixo das suas expetativas e suposições, ou seja, que a insatisfação dos utentes é o grau em que o serviço fica aquém das suas expetativas.” Este mesmo autor, dentro desta linha de pensamento, refere ainda que “(...) o utente está satisfeito quando a sua experiencia com o serviço supera as suas

expetativas e suposições, ou seja, que a satisfação dos utentes é o grau em que o serviço preenche as suas expetativas.”

vi. O que é a qualidade em cuidados de saúde?

No presente, qualquer indivíduo que recebe qualquer tipo de serviços, tem muito a preocupação com a díada qualidade/preço. Nos cuidados de saúde esta perspetiva também é tida em conta, nomeadamente contrabalançando cuidados de saúde prestados por serviços públicos e/ou prestados por serviços privados. Comummente falando, o utente se quer cuidados de saúde com qualidade, por vezes tem de os pagar a alto preço recorrendo aos serviços privados, mas não pode existir esta discrepância tão grande na qualidade dos cuidados, se é que ela realmente existe.

Segundo a Constituição da República Portuguesa (7^a Revisão Constitucional, 2005), artigo 64º Saúde:

“1. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover.

2. O direito à proteção da saúde é realizado:

a) Através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito;

b) Pela criação de condições económicas, sociais, culturais e ambientais que garantam, designadamente, a proteção da infância, da juventude e da velhice, e pela melhoria sistemática das condições de vida e de trabalho, bem como pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular, e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo e de práticas de vida saudável. (...)”

Mas, em que consiste realmente a qualidade? Qual o seu verdadeiro conceito? Certamente que não será fácil definir este conceito, foram vários os autores que fizeram este trabalho de forma a possibilitar a compreensão do que realmente é, e a proporcionar a prestação de serviços com qualidade.

A noção de qualidade está diretamente associada com a perceção do utilizador dos serviços de saúde, podendo ser sentida de forma genérica com atributos dos cuidados prestados que satisfazem as necessidades dos utilizadores, mas por outro lado, existe uma noção que identifica a qualidade como um processo em função do serviço que se pretende fornecer e que implica a melhor utilização possível dos recursos disponíveis (Cruz, 2003).

Ferreira (1991) refere que, se a melhoria da qualidade for encarada por uma organização 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 preciso ter sempre presente pelo menos três aspetos: “missão” (objetivos da instituição), “serviços” (produtos) e “satisfação do cliente” (Mezomo, 2001). Deteta-se assim a presença de um conceito com algum carácter subjetivo e, como refere Hesbeen “a perceção da qualidade dos cuidados está sujeita aos próprios mecanismos que regem a condição humana, e é, portanto, extremamente variável, ou evolutiva” (Hesbeen, 2001, p. 155).

Esta dificuldade na definição do conceito, deve-se ao facto deste não ser estático, isto é, depende de cada indivíduo, inserido numa sociedade em constante mutação o que influencia cada ser humano e conseqüentemente o conceito que cada pessoa faz de qualidade. Quanto mais um indivíduo recebe um determinado serviço com um determinado nível de qualidade, mais exigente fica perante o mesmo, então, o conceito de qualidade para este indivíduo já não será o mesmo que era aquando da primeira vez que recebeu aquele tipo de serviços.

Tendo em vista a subjetividade supra citada do conceito qualidade, a ASQ (American Society for Quality – Sociedade Americana para a Qualidade), apresenta o seguinte conceito:

“ Qualidade – Um termo subjetivo, para o qual cada pessoa, ou setor, tem a sua própria definição. Em sua utilização técnica, a qualidade pode ter dois significados:

1 – As características de um produto ou serviço, que dão suporte (ou sustentação), à sua habilidade em satisfazer requisitos especificados ou necessidades implícitas e;

2 – Um produto ou serviço livre de deficiências.” (cit in: www.qualidade.eng.br)

Para a OMS (1986) “Qualidade é a comparação de como o nível de cuidados no aqui e agora se compara com o que foi definido como o nível desejado dos cuidados”. Assim, e tal como já foi referido, este conceito não é entendido por todos da mesma forma.

A evolução do conceito em questão, traduz, por parte dos autores e dos próprios governos, uma preocupação com a melhoria dos cuidados que são prestados aos utentes dos serviços de saúde, de forma aos profissionais acompanharem o evoluir da sociedade contemporânea e assim, cumprir a ideia de Potter e Perry supra citada de que os profissionais têm de analisar e ir de encontro às necessidades e expetativas dos utentes.

A dificuldade em definir qualidade, está também em definir qualidade nos cuidados de saúde. Deste modo, Ferreira (1991, p. 97), refere que “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. Deve-se considerar os aspetos técnicos que constam do conhecimento científico e da forma como este é aplicado na prática dos cuidados de saúde. Relativamente aos fatores humanos, está associada a forma como as necessidades do utente são satisfeitas, pois, segundo a opinião de Gerteis et al (cit in Potter e Perry, 2006, p. 32) “(...) aquilo que o utente define como cuidados de saúde com qualidade pode não ser, necessariamente, o mesmo que os profissionais de saúde definem como qualidade”.

Assim sendo, e tomando como ponto de partida a perspetiva do utente, “a qualidade deve ser entendida como uma prestação de cuidados de saúde eficiente e eficaz, humanizada e realizada em tempo útil pelo Serviço Nacional de Saúde” (Pereira, 2003, p. 3).

No entanto, parece que na área da saúde prevalece maioritariamente a rotina do lógico e do necessário e, infelizmente, muitos profissionais comportam-se como se fossem burocratas e operadores de equipamentos, ficando alheios aos sentimentos, das lágrimas, da emoção, da dor, da dúvida e do sofrimento dos utentes. Face a esta situação, Ferreira (1993) refere que se deve trabalhar no sentido de se dar uma imagem mais correta dos cuidados de saúde e prestá-los com melhor qualidade.

Paúl, Martin e Roseira (1999), são da opinião que a preocupação em garantir a qualidade em saúde tem fundamento na pressão da procura e racionalização da oferta dos cuidados de saúde e dos seus custos, pois nas últimas décadas assistiu-se, um pouco por todo o mundo, a um rápido e significativo aumento de gastos com a saúde.

Carvalho (cit in Cruz, 2003, p. 57) refere que:

“(...) apesar da qualidade envolver custos é impossível considerar os benefícios destes custos recorrendo à relação custo/efetividade, podendo verificar-se que com a implementação do processo de qualidade, passa a existir uma redução de desperdícios, da ineficiência e dos próprios custos da qualidade”.

“Já em 1999, a Comissão Interministerial para a Sociedade da Informação afirmava que, em relação à área da saúde, a melhoria significativa da qualidade do serviço prestado aos utentes dos serviços de saúde passava (...) pela redução substancial dos processos burocráticos e pelo rápido acesso à informação (...)” (cit in Plano Nacional de Saúde 2004-2010 p. 71).

Contudo, a qualidade nos cuidados de saúde têm melhorado muito ao longo dos tempos, devido à preocupação de adaptar os cuidados prestados às expetativas dos utentes, sendo um dos objetivos do Instituto da Qualidade em Saúde,

“já não basta o 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” (Pisco et al, 2001, p. 44).

Concluindo, de um modo geral, os autores consultados são unânimes relativamente à importância da perspectiva dos utentes, para monitorizar a qualidade dos serviços de

saúde e para identificar problemas, expectativas e posteriormente reorganizar os serviços de saúde.

3. Enunciar as questões de investigação e os objetivos

Após a formulação do tema de investigação, “a melhor forma de começar um trabalho de investigação (...) consiste em esforçar-se por enunciar o projeto sob a forma de uma pergunta de partida” (Quivy, 2003, p. 32). Para se conseguir traduzir um projeto de investigação sob a forma de uma pergunta de partida só será útil se essa pergunta for corretamente formulada. Uma boa pergunta de partida deve conter um conjunto de qualidades requeridas de forma a poder ser tratada, isto significa que se deve poder trabalhar eficazmente a partir dela e deve ser possível fornecer elementos para lhe responder. Estas qualidades têm de ser pormenorizadas: a qualidade de clareza, de exequibilidade e pertinência (Quivy, 2003, p. 35). Assim para o presente estudo emergiu a seguinte pergunta de partida:

- Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima – Qual o nível de satisfação dos utentes?

As questões de investigação são, em alguns casos, a reformulação direta das declarações da finalidade do estudo, estas são elaboradas interrogativamente e não como uma declaração. As questões devem ser simples e diretas de forma a proporcionar uma resposta rápida e ajudar a focar a atenção nos tipos de dados necessários para proporcioná-la (Polit, 2004). Nesta linha de pensamento elaboraram-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a relação entre a idade dos utentes e a satisfação dos mesmos relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros?
 - O horário de atendimento dos enfermeiros?
 - A competência dos enfermeiros?

“Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima – satisfação dos utentes”

- A simpatia dos enfermeiros?
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros?
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros?
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros?
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros?
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros?
- Qual a relação entre as habilitações literárias dos utentes e a satisfação dos mesmos relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros?
 - O horário de atendimento dos enfermeiros?
 - A competência dos enfermeiros?
 - A simpatia dos enfermeiros?
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros?
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros?
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros?
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros?
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros?

Os objetivos não são mais do que linhas condutoras para o decorrer da investigação e são construídos a partir da pergunta de partida e das questões de investigação, assim sendo, define-se como objetivo geral o seguinte:

- Conhecer o nível de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados numa USF de Ponte de Lima.

Como objetivos específicos desta investigação, foram delineados os seguintes:

- Conhecer a relação entre a idade dos utentes e a sua satisfação relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros;
 - O horário de atendimento dos enfermeiros;
 - A competência dos enfermeiros;
 - A simpatia dos enfermeiros;
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros;
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros;
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros;
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros;
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros.

- Conhecer a relação entre as habilitações literárias dos utentes e a sua satisfação relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros;
 - O horário de atendimento dos enfermeiros;
 - A competência dos enfermeiros;
 - A simpatia dos enfermeiros;
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros;
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros;
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros;
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros;
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros.

4. Definir as variáveis

As variáveis na investigação são um elemento importante e é em torno das mesmas que o investigador estrutura a investigação.

Segundo Ribeiro (2010, p. 36),

“(...) variável é uma característica que varia, que se distribui por diferentes valores ou qualidades, ou que é de diferentes tipos, e é oposto a uma constante. A escolha de uma variável deve garantir que ela varia.”.

i. Variáveis atributo

Estas variáveis consistem em características do perfil dos sujeitos no estudo. A sua escolha é determinada em função das necessidades do estudo, de forma a traçar um desenho das características dos sujeitos da amostra. Segundo Fortin (1999), “As variáveis atributo são as características do sujeito (...). A escolha das variáveis atributo é determinada em função das necessidades do estudo”. Assim sendo, neste estudo as variáveis presentes são:

- A idade;
- O género;
- Número de filhos;
- Naturalidade e Residência;
- Habilitações literárias;
- Se é ou não a primeira consulta de enfermagem na USF;
- Número de consultas de enfermagem no último ano.

ii. Variáveis em Estudo

Segundo Fortin (2009, p.171), quando não existe uma relação causa e efeito a examinar, quando são condições que ocorrem ao mesmo tempo e não podem ser manipuladas, surgem as variáveis em estudo ou variáveis de investigação que “(...) são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas.” Considerando que o tipo de estudo é quantitativo descritivo, porque se pretende apenas descrever as variáveis que se relacionam diretamente com o fenómeno que está a ser estudado, importa defini-las e clarificá-las. Assim, foram definidas as seguintes variáveis em estudo:

- A pontualidade dos enfermeiros;
- O horário de atendimento dos enfermeiros;
- A competência dos enfermeiros;
- A simpatia dos enfermeiros;
- A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros;
- O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros;
- O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros;
- A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros;
- O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros.

Para além destas serão ainda consideradas em estudo as duas variáveis socio demográficas já referenciadas, a idade e as habilitações literárias.

III. Fase metodológica

Esta nova fase da investigação centra-se no estudo propriamente dito, é na mesma que segundo Fortin (2003, p. 40):

“O investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas. É necessário escolher um desenho apropriado segundo se trata de explorar, de descrever um fenómeno, de examinar associações e diferenças ou de verificar hipóteses”.

1. Desenho de investigação

i. Meio

O meio onde esta investigação se irá realizar é em meio natural, onde os colaboradores poderão estar à vontade e não existe um controlo rigoroso como é o caso das investigações em meio laboratorial. Assim sendo, decorrerá numa praça pública da Vila de Ponte de Lima.

ii. Método de Investigação e Tipo de Estudo

Considerando problema de investigação e os objetivos a atingir escolheu-se realizar este projeto utilizando o **Método Quantitativo porque,**

“O método de investigação quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflete um processo complexo, que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível. (...) a objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem. O método de investigação quantitativa tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos.” (Fortin 2003 p. 22).

O tipo de estudo é **Descritivo Simples** porque este tipo de estudo, segundo Fortin (2009 p. 163 e 164),

“(…) consiste em descrever simplesmente um fenómeno ou um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra. (...) o estudo necessita da descrição do fenómeno em estudo, da especificação dos conceitos decorrentes do fenómeno e da elaboração de um quadro conceptual que, além de definir a perspectiva de estudo, serve de ligação entre os conceitos e a sua descrição. A descrição dos conceitos ou variáveis conduz a uma interpretação da significação teórica dos resultados do estudo e à descoberta das relações entre os conceitos, o que é, de facto, uma etapa preparatória da elaboração de hipóteses (Burns e Grove, 1993; Fortin, Taggart, Kérouac e Normand, 1998). A descrição completa de um fenómeno específico de uma população é importante para o desenvolvimento da teoria e como trampolim para a formulação de hipóteses.”

iii. Definir a população e a amostra

Segundo Almeida e Freire, (2007, p. 113), população consiste em “(...) o conjunto de indivíduos, casos ou observações onde se quer estudar o fenómeno.”. Face a esta definição e considerando os objetivos do estudo, a população definida é: o conjunto de todos os utentes inscritos na USF em questão, pertencente ao ACES – Agrupamento de Centros de Saúde do Alto Minho, sendo um total de 13013 utentes. Por ser uma população muito extensa para ser estudada, optou-se por estudar apenas uma amostra da população em questão. Assim, segundo Almeida e Freire (2007, p.113), entende-se por amostra “(...)o conjunto de situações (indivíduos, casos ou observações) extraído de uma população.”, que foram todos os utentes presentes no local público da vila de Ponte de Lima, nos dias 04, 05, 10 e 11 de Julho do corrente ano entre as 10h e as 12h (nos dois primeiros dias) e entre as 15h e as 17h (nos dois últimos dias) e que aceitaram voluntariamente participar no estudo.

a) Tipos de Amostragem

É uma amostra **não aleatória** (cada elemento da população não teve uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra), **acidental** (constituída por utentes que se encontravam no local quando foi realizada a colheita de dados) e **intencional** (respondem aos critérios de inclusão e exclusão). Este tipo de amostragem é a mais adequada pois permite selecionar, com base nos critérios de inclusão e exclusão apresentados de seguida, os elementos que melhor se enquadravam no estudo para obter dados reais.

b) Critérios de inclusão e de exclusão

Para se obter resultados fiáveis, tem que se enumerar critérios de inclusão e exclusão da amostra.

Segundo Hulley et al (2008, p. 47), “Os critérios de inclusão definem as características principais da população-alvo relacionadas com questão de pesquisa.” Ou seja, consiste em toda a característica que a pessoa selecionada tem de possuir para colaborar no estudo. No presente estudo, todos os elementos selecionados tiveram que corresponder a estas características:

- Ser adulto – para responder aos princípios éticos e assim ser indivíduo de maioridade.
- Ter frequentado a consulta de enfermagem no último ano numa USF – para que se recorde da consulta e possa ter várias consultas para termo de comparação.

Ainda segundo o mesmo autor, Hulley et al (2008, p. 48),

“Os critérios de exclusão apontam subconjuntos de indivíduos que seriam adequados para a questão de pesquisa se não fosse por características que poderiam interferir no sucesso do seguimento, na qualidade dos dados ou na aceitabilidade da randomização.”

Assim, entende-se por critérios de exclusão as características que determinado indivíduo possui que o fazem automaticamente ser excluído do estudo uma vez que poderia contribuir para influenciar os resultados.

Assim sendo, define-se como critério de exclusão:

- Ser profissional de saúde – por uma questão de imparcialidade em relação ao objeto de estudo, ou seja, o profissional de saúde, nomeadamente de enfermagem, porque não pode ser objeto e sujeito do estudo.

iv. Colheita de dados: instrumento e método utilizados

O instrumento de colheita de dados que a investigadora achou mais adequado para este estudo foi o questionário.

Segundo a opinião de Hulley et al, este instrumento de colheita de dados é “(...) menos oneroso do que as entrevistas e não requer muito tempo (...) além de serem mais fáceis de padronizar.”

De acordo com Marconi e Lakatos “Questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito (...).”

O questionário utilizado neste estudo, é adaptado de um questionário existente do Ministério da Saúde que foi gentilmente cedido por uma profissional de enfermagem, intitulado “Qual a sua opinião sobre a Unidade de Saúde Familiar” (Anexo II - Questionário original) e é composto por um total de dezoito questões, sendo quinze questões fechadas e 3 questões abertas. Segundo Hulley et al,

“As questões abertas dão mais liberdade ao respondente, com menos limites impostos pelo investigador. (...) As questões fechadas são mais comuns e formam a base para a maioria das medições padronizadas da pesquisa clínica. Tais questões oferecem ao respondente um leque de respostas previamente

selecionadas (...). Por oferecerem uma lista de respostas possíveis, as questões fechadas são mais rápidas e mais fáceis de se responder, e suas respostas são mais fáceis de se tabular e analisar.”

A aplicação do questionário foi feita na presença da investigadora, de forma que o colaborador possa colocar qualquer questão e/ou dúvidas pertinentes durante a participação do mesmo. Foi o participante a preencher o instrumento pelo que se considera de auto preenchimento (*self report*), segundo Baker & Brandon (1990 cit in Ribeiro, 2010 p. 82), “Auto preenchimento significa que é requerida inferência mínima entre a resposta dada e a variável/construto alvo.”

v. Pré-teste

Esta fase da investigação consiste, segundo Fortin na prova em que o investigador verifica a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo.

Segundo Hulley et al, o pré teste consiste em “(...) avaliações de determinados questionários, medidas ou procedimentos que a equipe realiza para testar a sua funcionalidade, adequabilidade e factibilidade.”

De acordo com Marconi e Lakatos (2007, p. 100):

“O pré teste serve também para verificar se o questionário apresenta três importantes elementos:

- A. Fidedignidade. Qualquer pessoa que o aplique obterá sempre os mesmos resultados.
- B. Validade. Os dados recolhidos são necessários à pesquisa.
- C. Operatividade. Vocabulário acessível e significado claro.

O pré teste permite também a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados.”

Neste caso concreto, o pré-teste realizou-se no dia 14 de Junho de 2012 entre as 09h30 e as 11h a um total de seis elementos pertencentes à população alvo. Após a aplicação do pré teste, constatou-se que não suscitaram dúvidas na aplicação do questionário, os resultados obtidos foram de encontro ao estabelecido no início do trabalho e o vocabulário utilizado revelou-se acessível e claro para todos os colaboradores, podendo o estudo prosseguir nos trâmites normais da investigação.

2. Aspetos éticos

Segundo Fortin, (2009. p. 181):

“ Qualquer que seja o tipo de estudo ou a estratégia que utiliza, o investigador é chamado a resolver certas questões de ordem ética. Na investigação experimental, a responsabilidade do investigador está diretamente comprometida devido às experiências que ele conduz com o concurso de seres humanos”.

O Código de Ética e Deontologia Profissional que rege a profissão de enfermagem é centrado nos aspetos comportamentais e nas implicações legais de uma prática de risco, dando assim as orientações adequadas para a prática de enfermagem.

De acordo com Lo (cit in Hulley et al 2008 p. 243 e 244),

“Três princípios éticos norteiam as pesquisas com seres humanos. O princípio do respeito à pessoa exige que os investigadores obtenham consentimento informado, protejam aqueles participantes com capacidade decisória reduzida e mantenham a confidencialidade. (...) O princípio da beneficência exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios. (...) O princípio da justiça requer que os benefícios e os ónus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.”

Para que os princípios éticos fossem cumpridos, a autora procedeu da seguinte forma, sendo a justificação respetiva a cada princípio ético supra citado:

- Todos os colaboradores assinaram um consentimento informado que lhes foi facultado antes do questionário;

- Foi ainda fornecida toda a informação necessária quer oralmente quer por uma nota introdutória no início do questionário;
- Este estudo não possui encargos nem benefícios pelo que o terceiro princípio ético não necessitou de ser assegurado.

IV. Fase empírica

A colheita de dados, conforme referido anteriormente, decorreu numa praça pública da Vila de Ponte de Lima, mais concretamente nos dias:

- 9 e 10 de Julho das 10h às 12h
- 13 e 16 de Julho das 15h às 16h30

1. Apresentação, análise e tratamento de dados

Após a colheita de dados, é chegado o momento em que se reúne todos os dados, para se realizar o seu devido tratamento, a fim de se poder obter resultados finais que permitam chegar às conclusões do estudo em questão.

Assim sendo, neste caso concreto, o tratamento de dados foi feito estatisticamente com recurso ao programa informático Microsoft Excel 2007, tendo sido criados diversos gráficos de acordo com as questões do instrumento de colheita de dados mencionado anteriormente neste estudo.

Considerando que a seleção dos participantes passa por critérios de inclusão, todos os elementos colaboradores neste estudo tiveram que ser selecionados tendo por base duas questões que se apresentam a seguir:

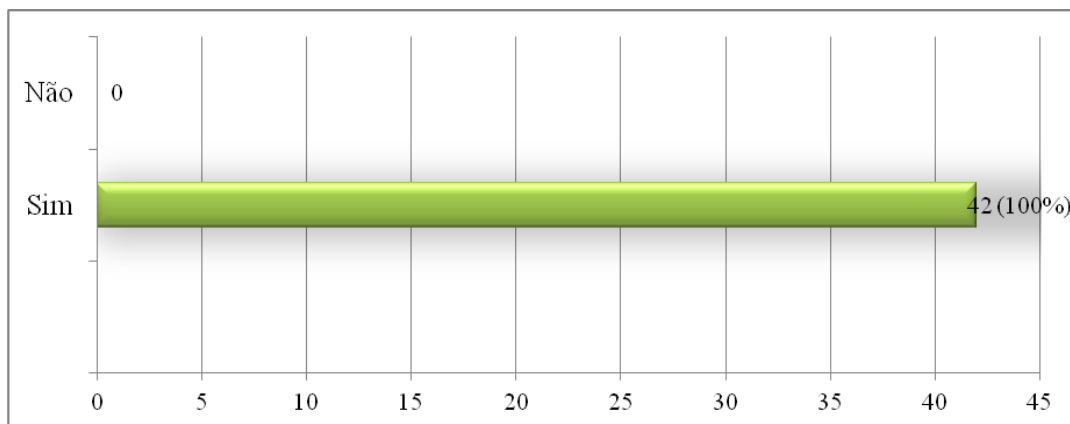


Gráfico 1 – Utentes com consultas de enfermagem numa USF de Ponte de Lima

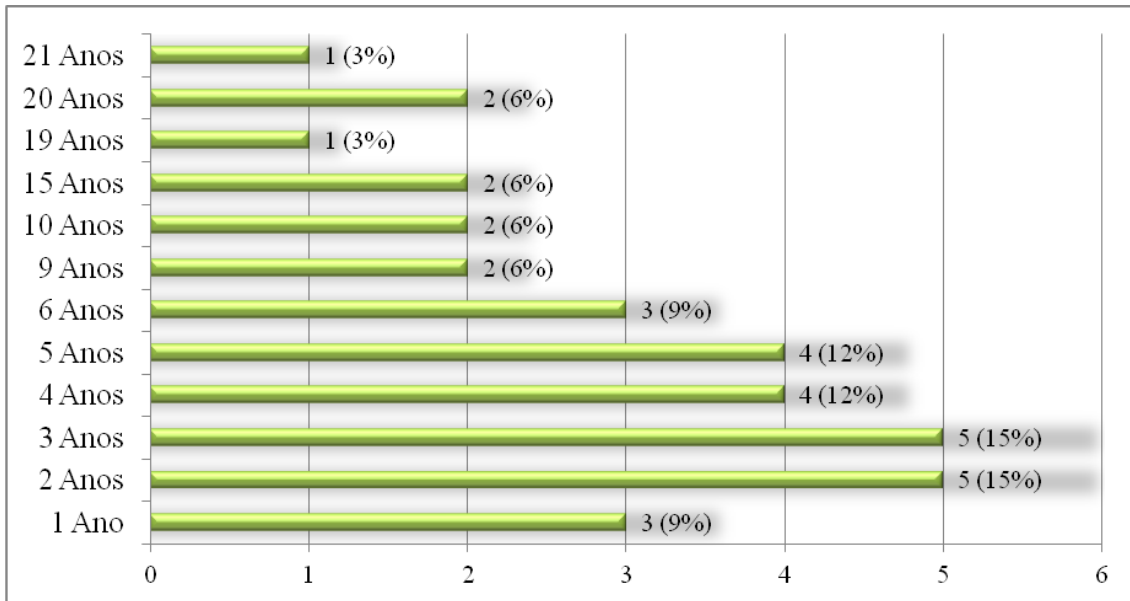


Gráfico 2 – Período de tempo em que o utente frequenta a consulta de enfermagem

Os gráficos 1 e 2 apresentam os resultados relativos às questões que tiveram carácter selectivo da amostra. Só quem tivesse frequentado a consulta de enfermagem numa USF da Vila de Ponte de Lima há pelo menos um ano ou mais poderia participar no estudo.

O Gráfico 1 permite verificar que todas as pessoas abordadas já tinham frequentado a consulta de enfermagem numa USF de Ponte de Lima.

De acordo com o gráfico 2, cinco utentes (15%) frequentavam a consulta de enfermagem à 2 e 3 anos, quatro utentes (12%) à 4 e 5 anos e três utentes (9%) à 1 e 6 anos. Todos os participantes tinham realizado consultas de enfermagem no último ano, que responde a outro critério de inclusão.

Como todos os participantes responderam positivamente às duas primeiras questões, permitiu a inclusão de quarenta e duas pessoas no presente estudo.

i. Caraterização da Amostra

Uma das fases do instrumento de colheita de dados, permitiu conhecer as características da amostra em estudo através das variáveis sociodemográficas que se passa a apresentar.

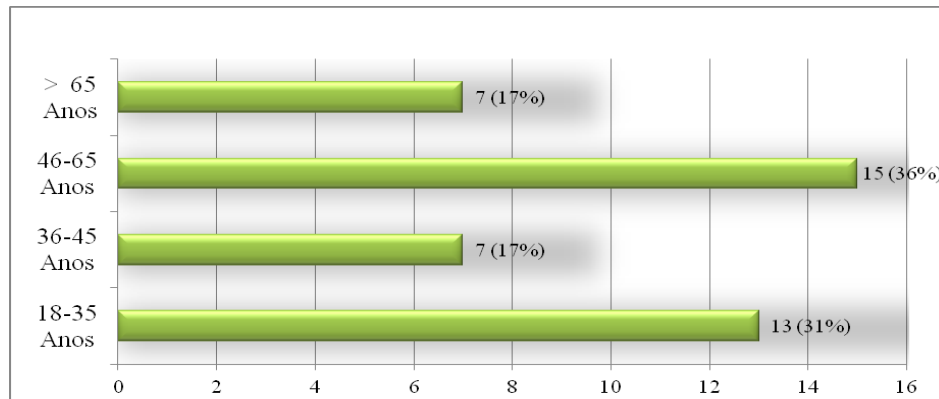


Gráfico 3 – Classe de idades dos colaboradores

Pode-se observar que quinze (36%) utentes tinham, idades compreendidas entre 46 e 65 anos e treze (31%) entre 18 e 35 anos;

Segundo José Neto, (cit in <http://estatisticax.blogspot.pt/2008/01/dados-agrupados-mdia-mediana-e-moda.html>), a moda é a classe modal que tiver mais frequência e conforme se pode visualizar no gráfico 3, esta é a classe dos 46-65 anos com 15 participantes.

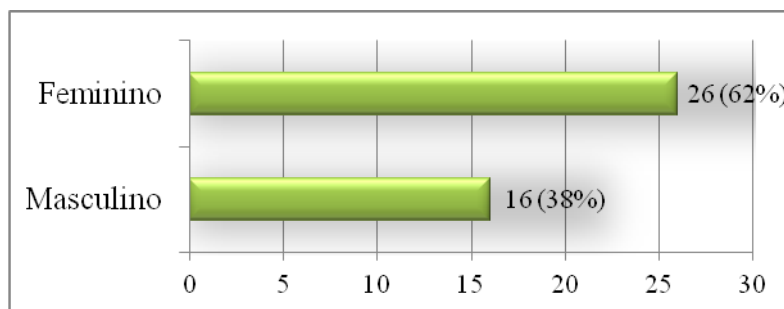


Gráfico 4 – Género dos colaboradores

Vinte e seis utentes (62%) eram do género feminino e dezasseis (38%) do género masculino;

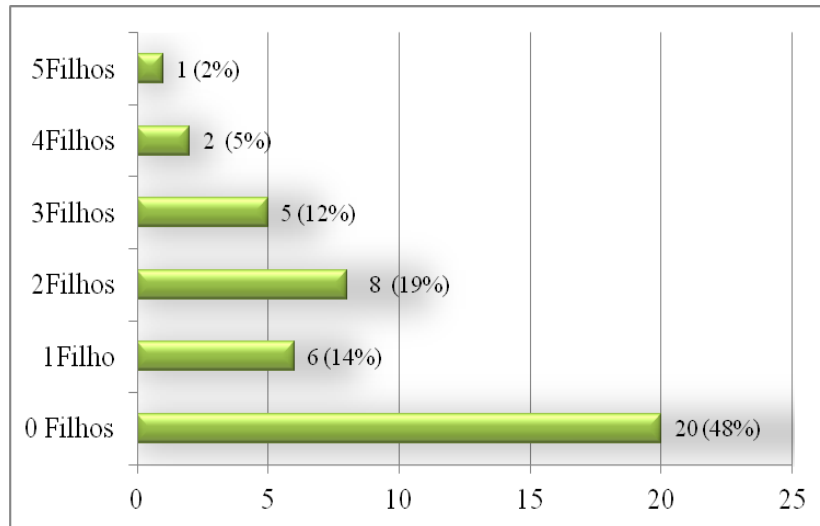


Gráfico 5 – Filhos dos colaboradores

Vinte e dois utentes (52%) referiram ter filhos e vinte utentes (48%) mencionaram não ter filhos, sendo que dos vinte e dois que tinham filhos, oito (36%) referiram ter dois filhos e seis (27%) referiram ter um filho.

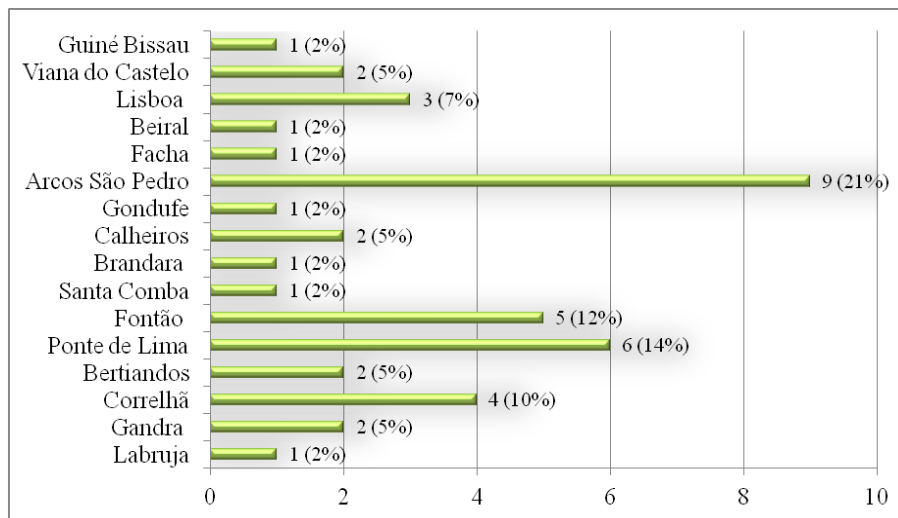


Gráfico 6 – Naturalidade dos colaboradores

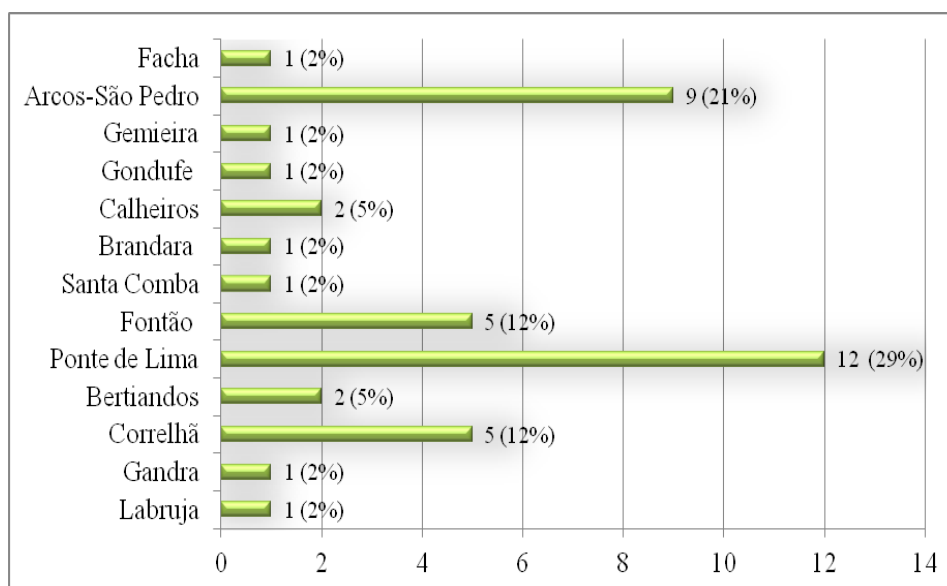


Gráfico 7 – Residência dos colaboradores

Verificou-se ainda que a maioria dos elementos residia na terra natal sendo a predominância de naturalidade e residência em Ponte de Lima com seis (21%) e doze utentes (29%) respetivamente, seguida de Arcos São Pedro com nove utentes (21%) nos dois parâmetros avaliados;

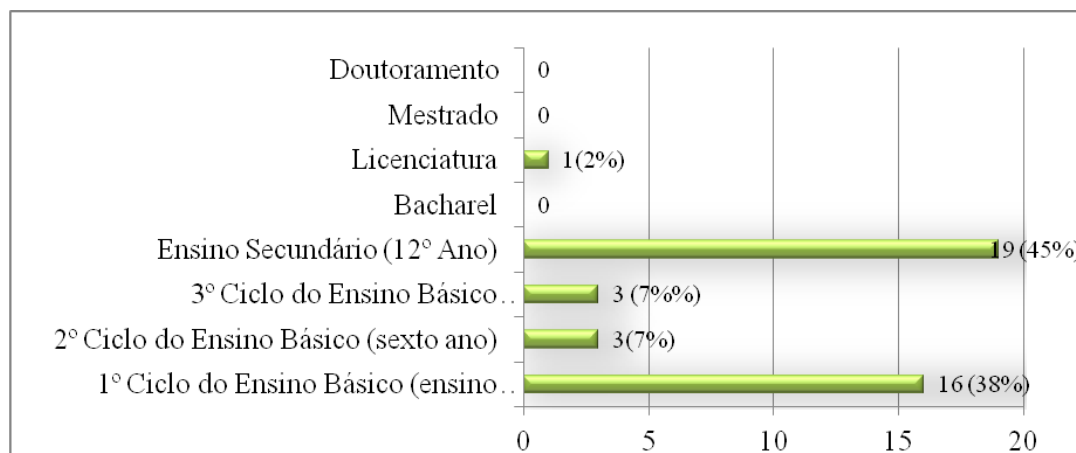


Gráfico 8 – Habilitações literárias dos colaboradores

No que respeita ao grau de escolaridade, pode visualizar-se que dezanove utentes (45%) da amostra manifestaram ter o ensino secundário e dezasseis utentes (38%) da amostra apenas mencionaram ter o primeiro ciclo (antiga quarta classe). De ressaltar neste parâmetro que um elemento da amostra que corresponde a uma percentagem de 2% que referiu possuir uma licenciatura, sendo esta na área de Línguas;

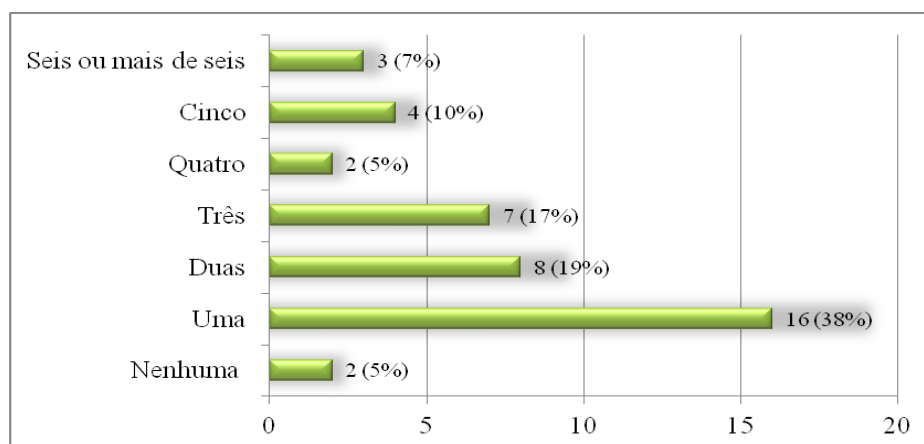


Gráfico 9 – Frequência das consultas de enfermagem no último ano

Relativamente ao número de consultas de enfermagem que cada utente tem no último ano, pode-se observar que dezasseis utentes (38%) da amostra realizaram uma consulta, oito utentes (19%) duas consultas e sete utentes (17%) três consultas. É de referenciar que existe uma percentagem de dois utentes (5%) que não realizou nenhuma consulta, contudo estes colaboradores já tinham experiência anterior de consultas de enfermagem na USF em questão.

ii. Apresentação, análise e tratamento das variáveis em estudo

Para se compreender melhor a satisfação dos utentes em relação à consulta de enfermagem numa USF de Ponte de Lima, foi feito um estudo de relação entre duas variáveis socio demográficas (idade e habilitações literárias) com a satisfação em relação aos cuidados de enfermagem numa USF em Ponte de Lima.

Considera-se que esta metodologia de apresentação possa proporcionar uma mais fácil e objetiva leitura que leve o leitor a uma melhor compreensão da realidade investigada.

Para concretizar os objetivos propostos para o estudo, passa-se a apresentar as variáveis que contribuem para a clarificação do fenómeno que se pretende investigar.

Assim, a grande variável Satisfação dos Cuidados de Enfermagem, teve que ser operacionalizada através das seguintes sub variáveis: 1. A pontualidade dos enfermeiros

2. O horário de atendimento dos enfermeiros 3. A competência dos enfermeiros 4. A simpatia dos enfermeiros 5. A preocupação dos enfermeiros com a saúde do utente 6. O respeito com que o utente foi tratado 7. O modo como a privacidade do utente, foi mantida 8. A rapidez com que o utente foi atendido pelos enfermeiros 9. O serviço ao domicílio prestados pelos enfermeiros.

Todas estas sub variáveis serão relacionadas com as variáveis socio demográficas acima referidas (idade e habilitações literárias).

a) Relação entre a idade e a satisfação

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à pontualidade dos enfermeiros

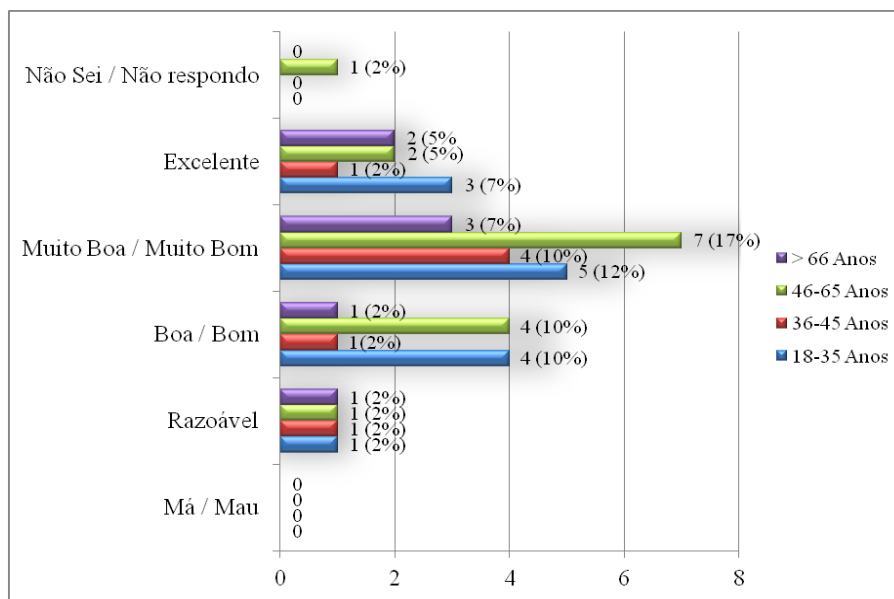


Gráfico 10 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à pontualidade dos enfermeiros

O primeiro parâmetro a avaliar é a **pontualidade**, aqui existe uma pequena discrepância em que a faixa etária dos 18 aos 35 anos, avalia maioritariamente a pontualidade com os parâmetros de bom e muito bom e os idosos avaliam a sua satisfação com a pontualidade com os parâmetros de muito bom e excelente.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros

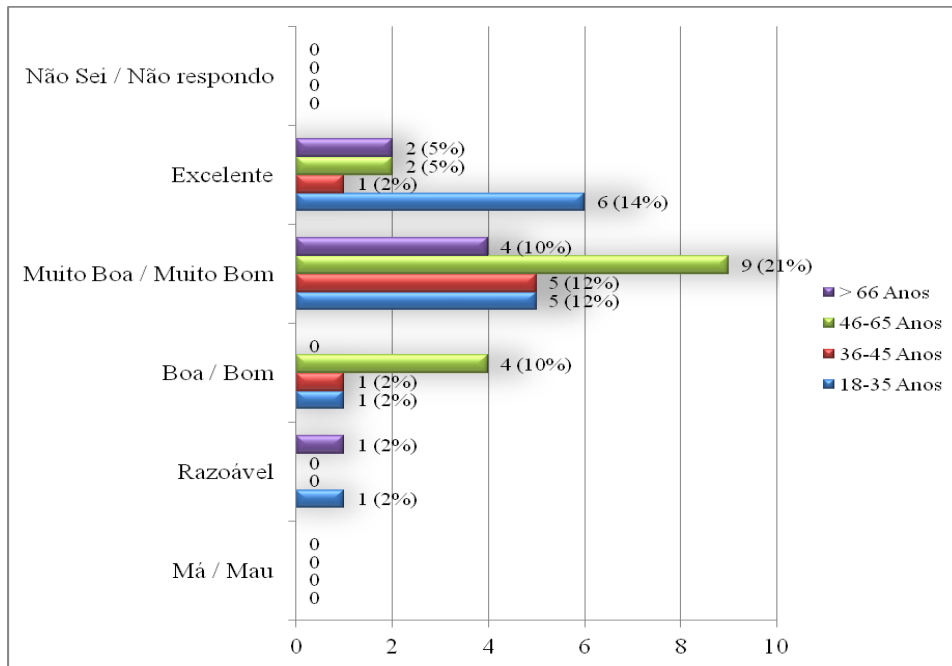


Gráfico 11 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros

Pode-se observar que a faixa etária em que a maioria dos seus elementos referiram ter uma situação profissional ativa, (36-45 e 46-65 anos), avaliaram o parâmetro do **horário de atendimento** maioritariamente com o grau de satisfação de muito bom.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à competência dos enfermeiros

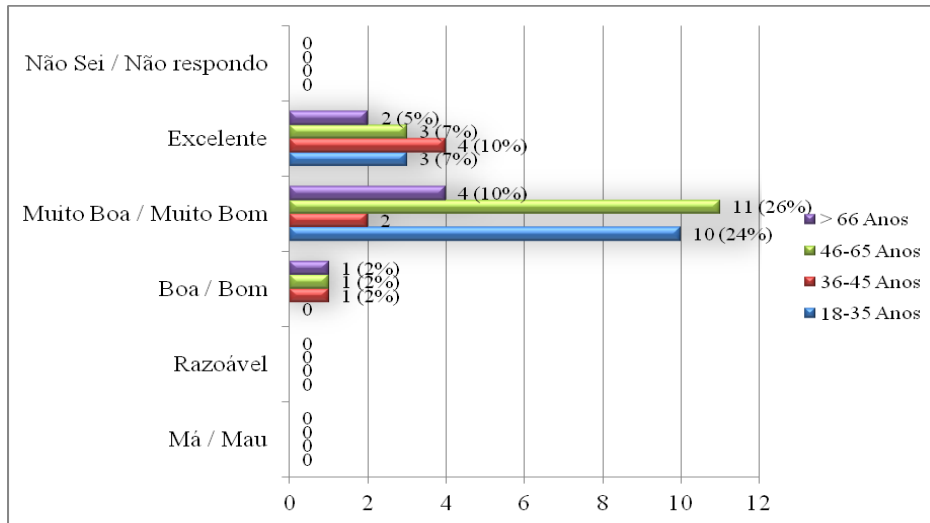


Gráfico 12 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à competência dos enfermeiros

A **competência** dos enfermeiros é um parâmetro em que todas as faixas etárias se manifestaram sentir muito satisfeitas avaliando este parâmetro com os níveis de muito bom e excelente maioritariamente, conforme se pode observar no gráfico 12.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à simpatia dos enfermeiros

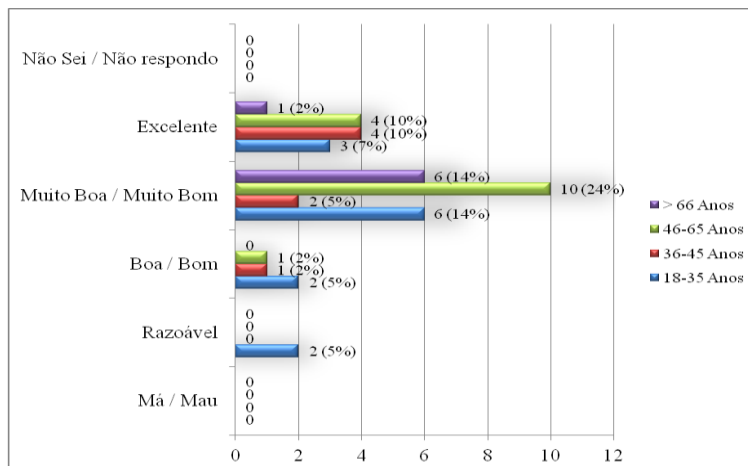


Gráfico 13 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à simpatia dos enfermeiros

No que concerne à **simpatia** dos enfermeiros, os utentes também referiram sentir-se satisfeitos. Neste parâmetro é de realçar a faixa etária dos 46-65 Anos que classificou maioritariamente (dez utentes) com muito bom e quatro utentes com excelente a simpatia dos enfermeiros.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros

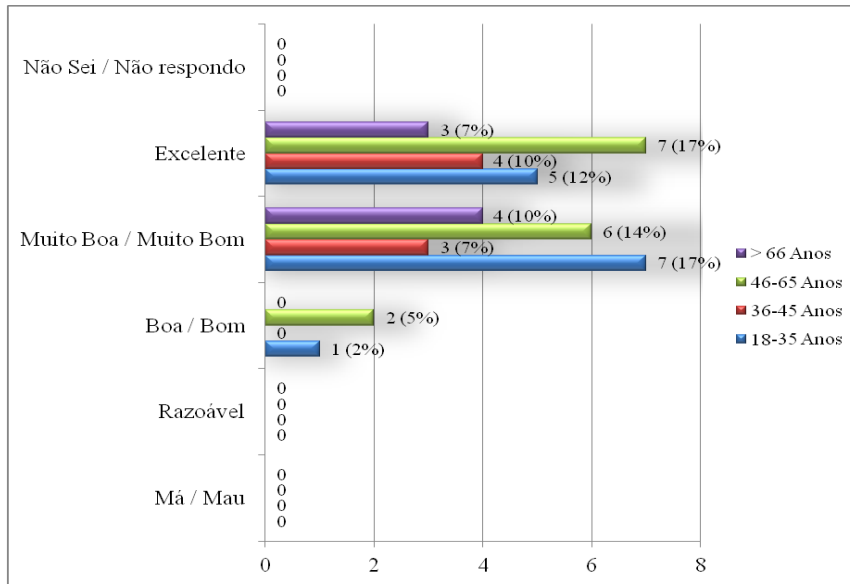


Gráfico 14 – Relação entre idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros

A **preocupação com a saúde do utente** é outro aspeto em que estes manifestaram sentir satisfação, podendo realmente ver que em quarenta e dois colaboradores, apenas três classificaram este parâmetro com a menção de Bom.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao respeito com que foram tratados por parte dos enfermeiros

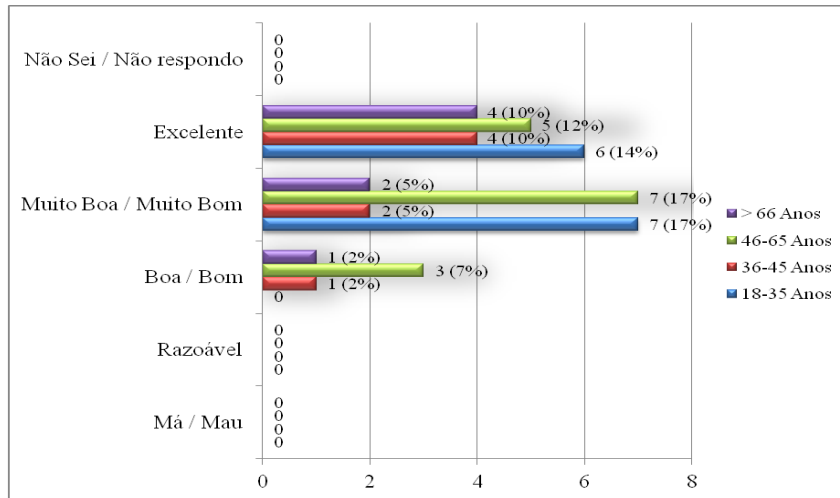


Gráfico 15 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao respeito com que estes foram tratados por parte dos enfermeiros

O **respeito** constitui um dos valores sociais mais valorizados pela sociedade e a maioria dos utentes colaboradores referiu sentir-se satisfeito com o tratamento de respeito com que foram cuidados.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao modo como a sua privacidade foi mantida

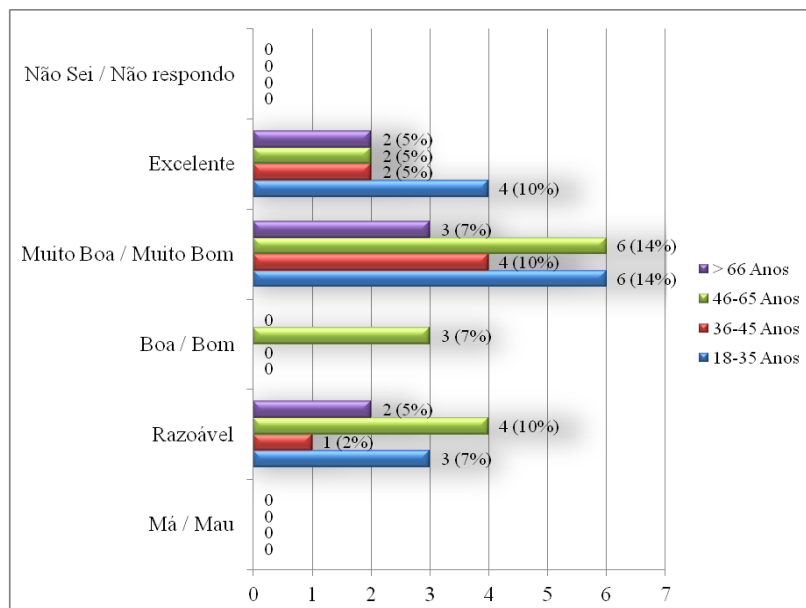


Gráfico 16 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao modo como a sua privacidade foi mantida, pelos enfermeiros

A **privacidade** é um aspeto que os profissionais de saúde, têm que dar o máximo relevo, constituindo este parâmetro um aspeto do código deontológico que rege a profissão de enfermagem.

Muitas das vezes os utentes encontram-se expostos, o mínimo que seja e não quer apenas dizer expostos no sentido da nudez, mas também da própria história de vida.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à rapidez com que foram atendidos pelos enfermeiros

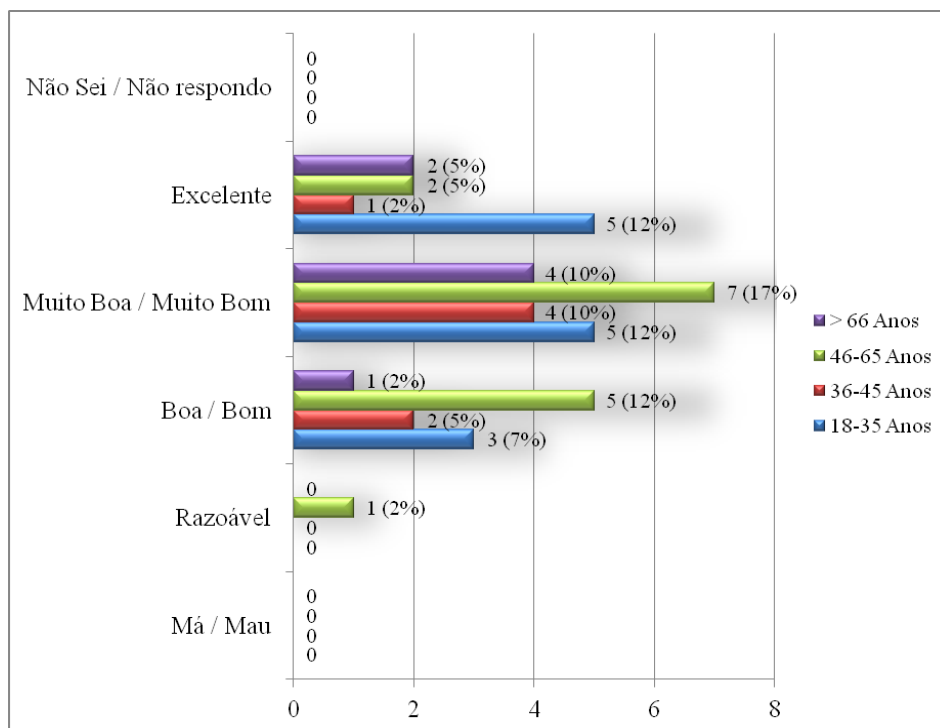


Gráfico 17 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à rapidez com que foram atendidos pelos enfermeiros

Relativamente à **rapidez com que o utente foi atendido** pelos profissionais de enfermagem, pode-se observar que na generalidade os utentes manifestaram sentir satisfeitos, sendo a distribuição uniforme entre os três níveis de satisfação – bom, muito bom e excelente.

Relação entre a idade dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros

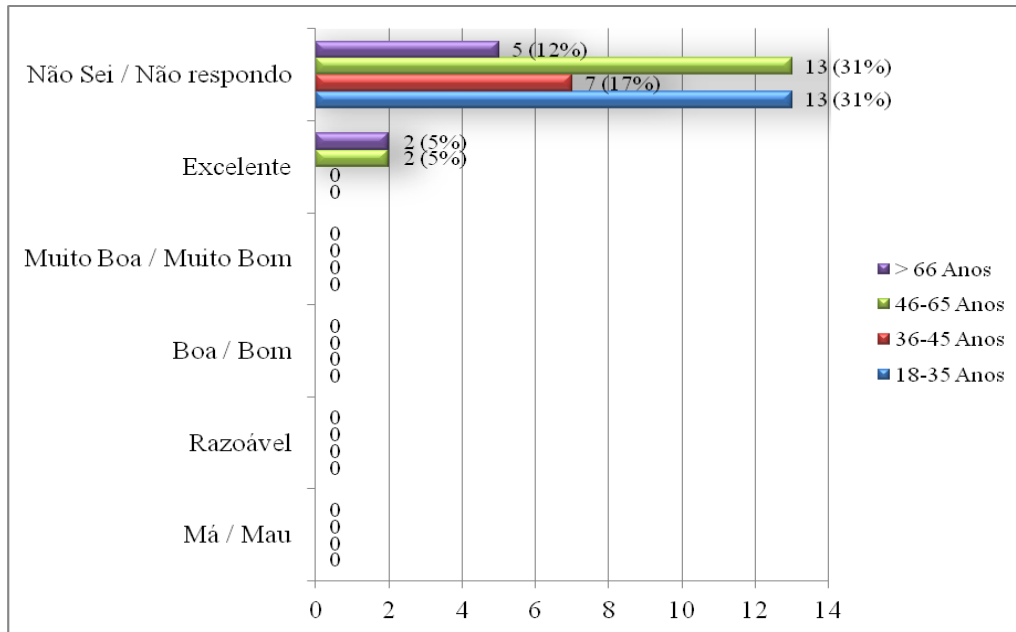


Gráfico 18 – Relação entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros

Relativamente à **prestação de cuidados de enfermagem no domicílio**, a maioria dos utentes nunca tinha experienciado esse tipo de serviço, contudo, aqueles que já tiveram contacto, independentemente do motivo, mostraram-se totalmente satisfeitos com a prestação dos cuidados. Realça-se que são utentes de faixas etárias já avançadas – 46-65 e >66 anos – que já contactaram com o serviço.

b) Relação entre as habilitações literárias e a satisfação

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à pontualidade dos enfermeiros

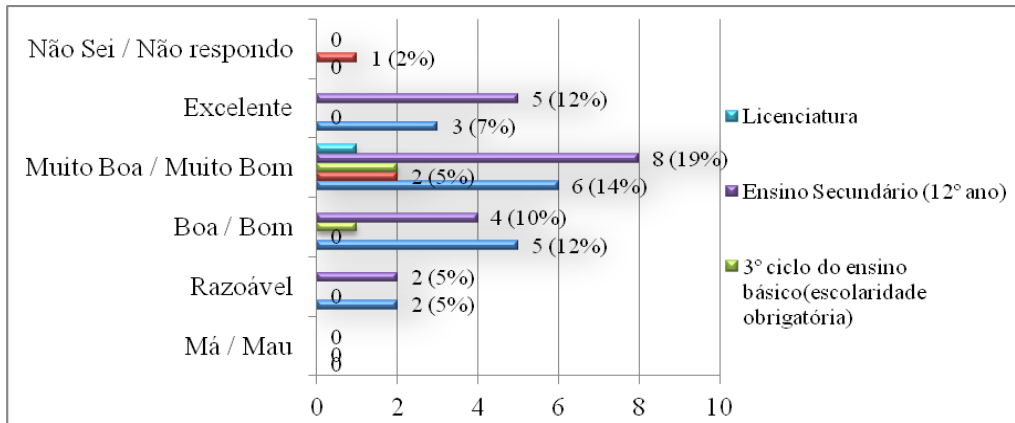


Gráfico 19 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à pontualidade dos enfermeiros

Nesta questão existe uma distribuição muito uniforme no que respeita às habilitações académicas e à satisfação dos utentes. Realça-se que os utentes com o ensino secundário como habilitação académica são os que maioritariamente avaliaram com os níveis de satisfação de muito bom (oito utentes) e excelente (cinco utentes).

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros

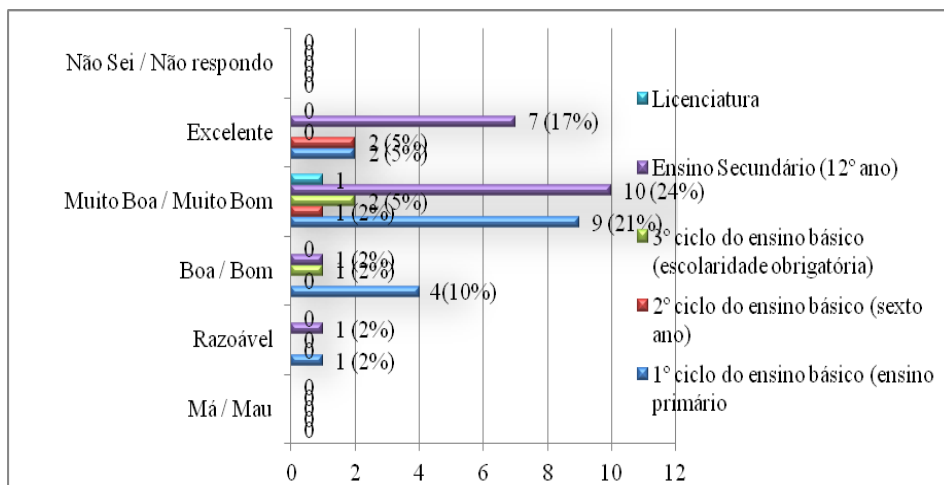


Gráfico 20 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao horário de atendimento dos enfermeiros

Aqui também se pode observar uma distribuição da satisfação muito homogénea, contudo é de realçar os utentes com habilitações literárias de ensino secundário que classificaram maioritariamente este parâmetro como muito bom (dez utentes) e como excelente (seis utentes), e realça-se ainda os utentes com o 1º ciclo do ensino básico que avaliaram com o nível de muito bom (nove utentes) e bom (quatro utentes).

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à competência dos enfermeiros

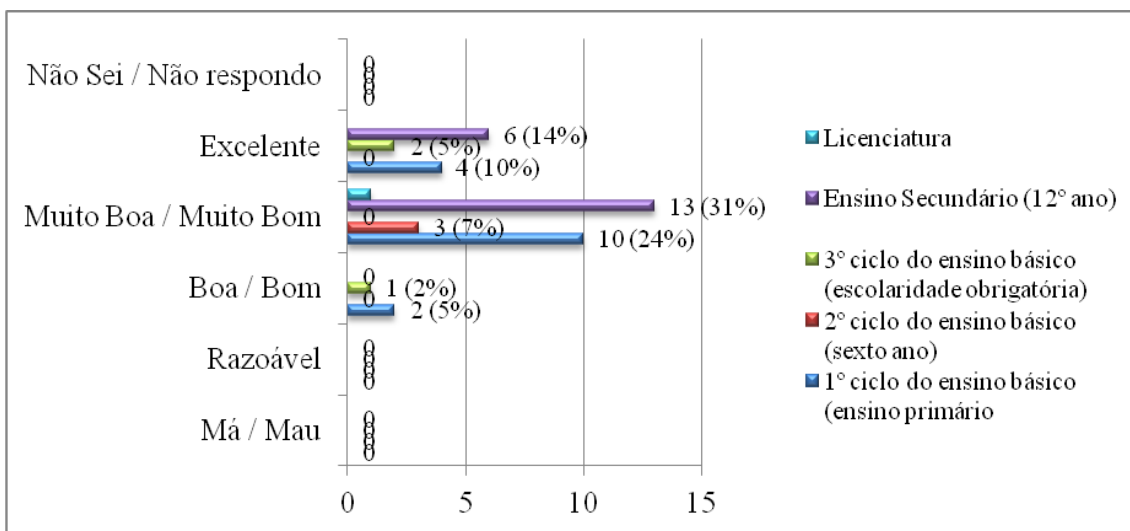


Gráfico21 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à competência dos enfermeiros

A satisfação dos utentes no parâmetro **competência dos enfermeiros** também é muito linear, dá-se ênfase neste gráfico aos utentes com o ensino secundário que avaliaram a sua satisfação entre o muito bom (treze utentes) e o excelente (seis utentes) e os utentes com o 1º ciclo do ensino básico que avaliaram com muito bom (dez utentes) e excelente (quatro utentes).

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à simpatia dos enfermeiros

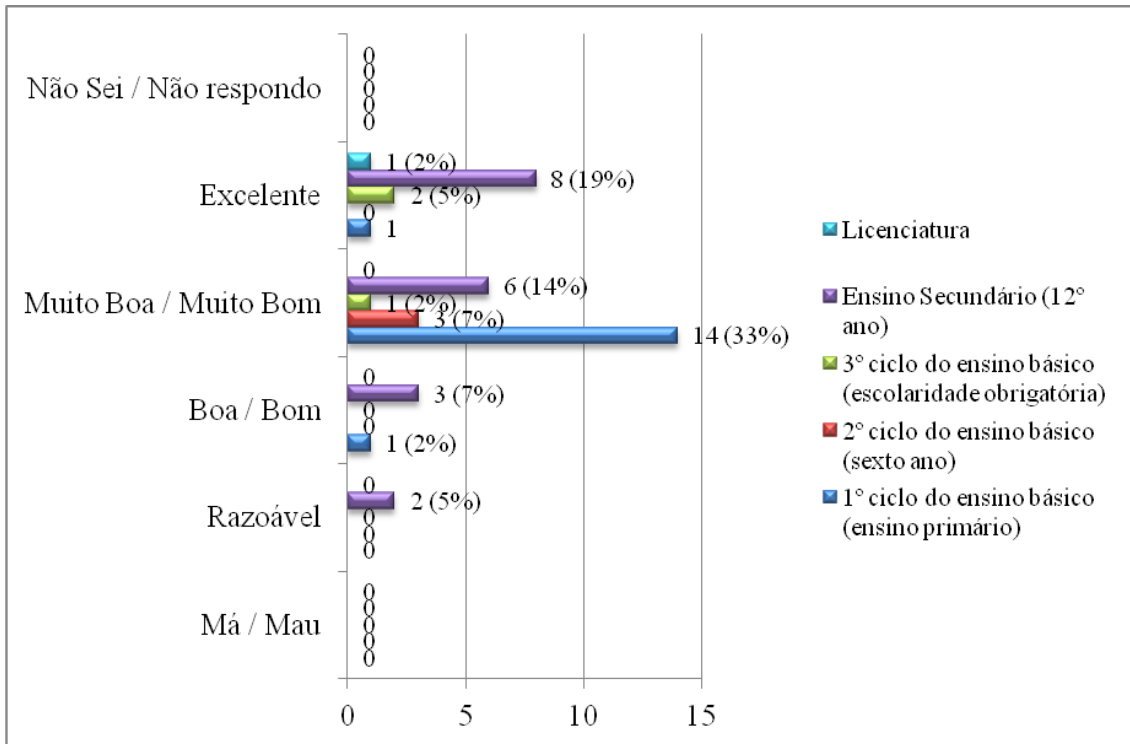


Gráfico 22 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à simpatia dos enfermeiros

A **simpatia** é um parâmetro que todos os utentes aquando da aplicação do questionário se referiam com muita satisfação e isso pode-se observar no gráfico. Tal como nos parâmetros anteriores não existe uma relação direta com as habilitações académicas que os utentes possuem. Importa destacar os utentes com o 1º ciclo do ensino básico que avaliaram com o nível de muito bom (catorze utentes) e os utentes com o ensino secundário que avaliaram com o nível de excelente (oito utentes). Realça-se ainda dois utentes possuidores do ensino secundário que classificaram este parâmetro com razoável.

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros

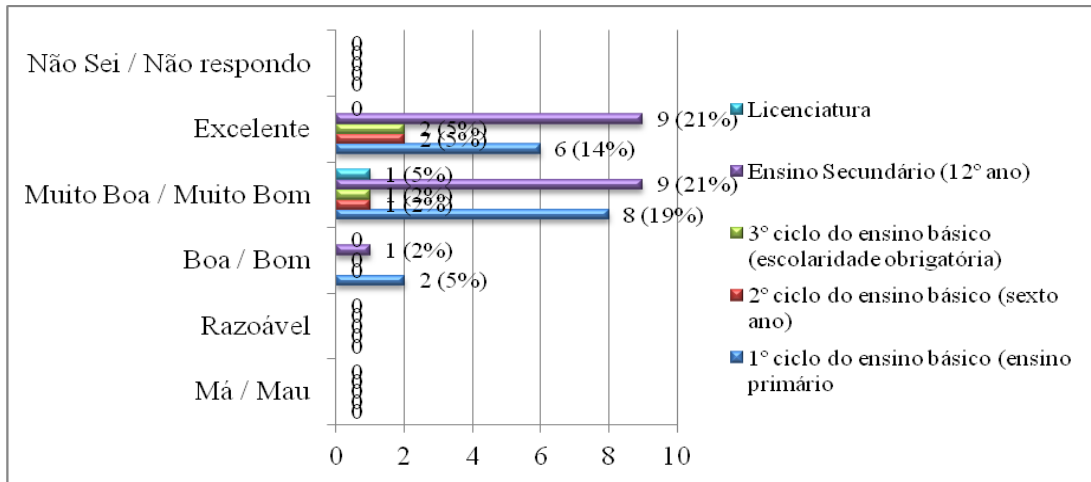


Gráfico 23 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros

No geral, independentemente do grau académico, manifestaram estar muito satisfeitos com a avaliação da satisfação entre o nível muito bom e excelente relativamente à **preocupação com a sua saúde** por parte dos enfermeiros.

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao respeito com que foram tratados por parte dos enfermeiros

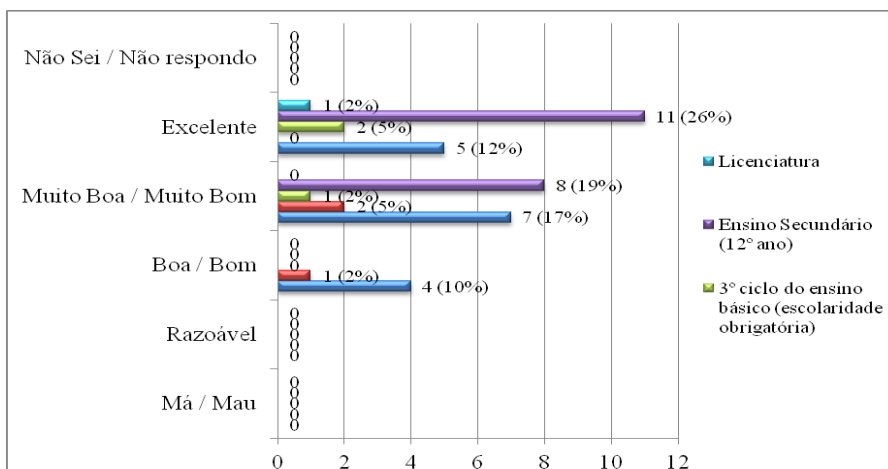


Gráfico 24 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao respeito como foram tratados pelos enfermeiros

A distribuição de dados referentes à satisfação no parâmetro **respeito** com que os utentes são tratados pelos enfermeiros, é muito linear, sendo feita esta avaliação maioritariamente entre os parâmetros muito bom e excelente dos utentes que possuem como grau académico o ensino secundário, sendo oito e onze utentes respectivamente.

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao modo como a sua privacidade foi mantida

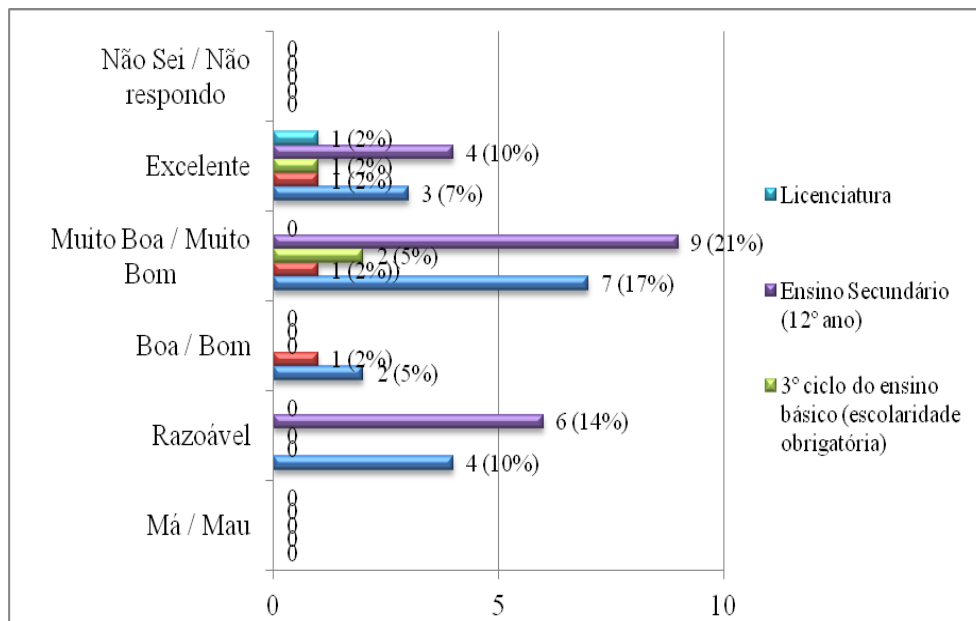


Gráfico 25 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao modo com a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros

Observa-se uma distribuição dos dados um pouco por todos os níveis de satisfação. É de dar ênfase a seis utentes detentores do ensino secundário e quatro utentes com o 1º ciclo do ensino básico que classificaram o parâmetro da privacidade com o nível de satisfação de razoável.

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente à rapidez com que foram atendidos

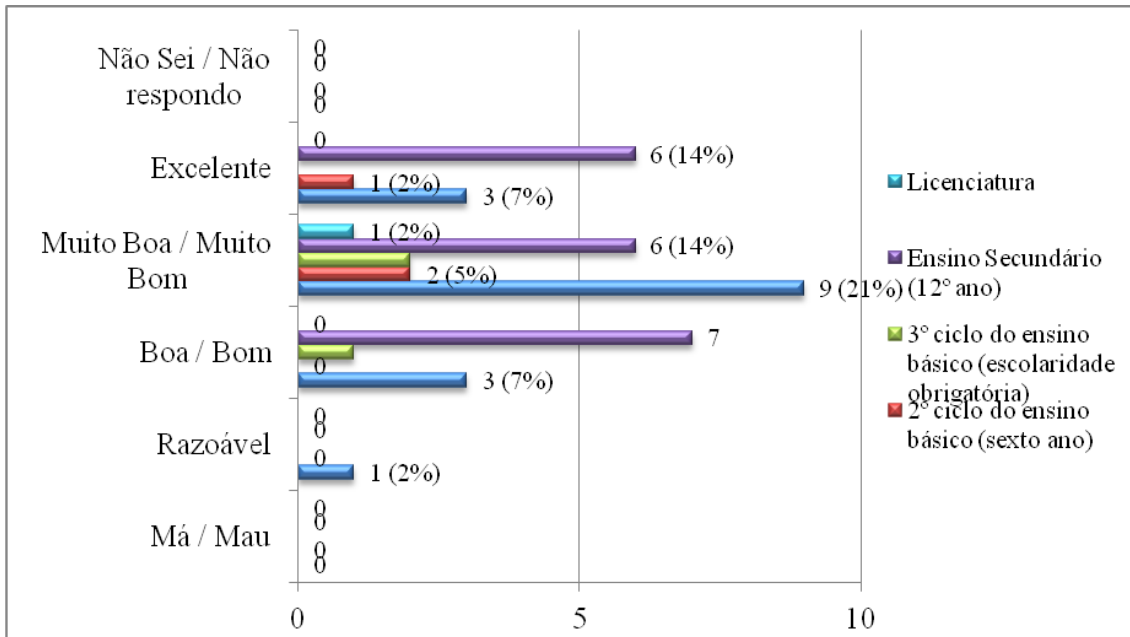


Gráfico 26 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente à rapidez com que foram atendidos pelos enfermeiros

No que concerne à rapidez com que os utentes são atendidos pelos profissionais de enfermagem, também se pode observar uma distribuição mais ou menos regular, realçando nove utentes com o 1º ciclo do ensino básico que avaliaram com muito bom e sete utentes com o ensino secundário que avaliaram com bom.

Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a satisfação dos mesmos relativamente ao serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros

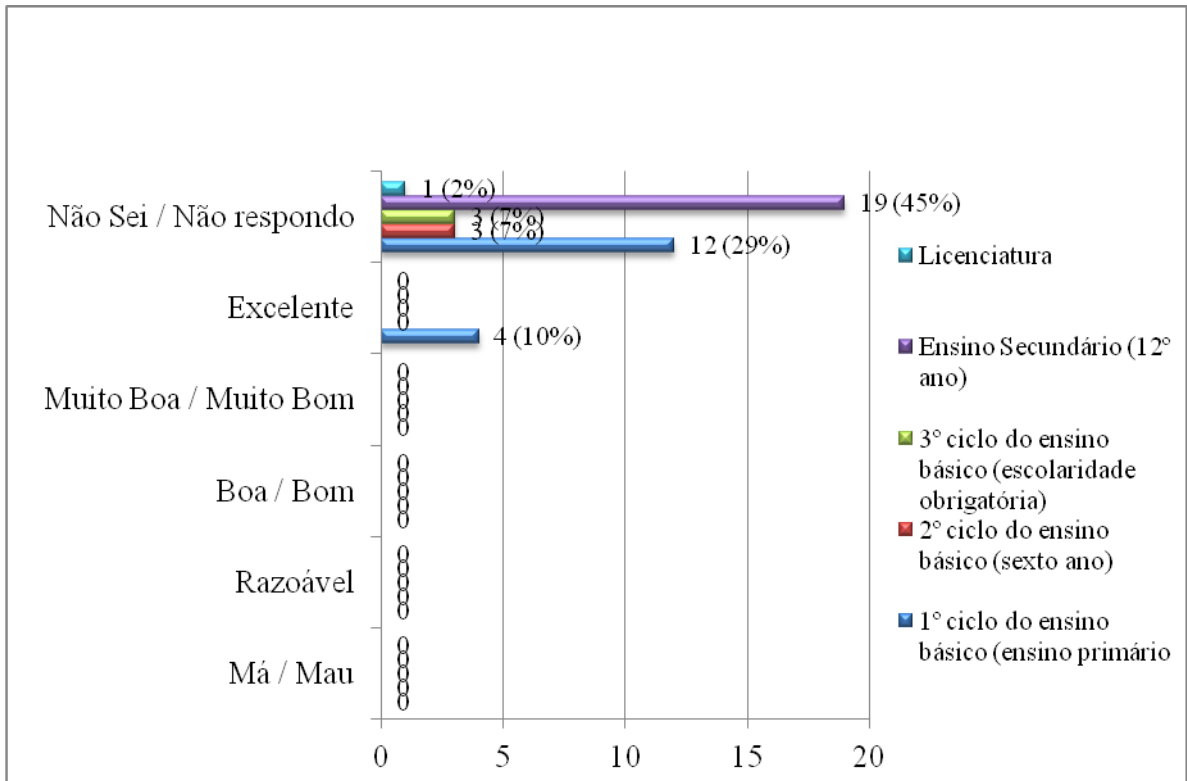


Gráfico 27 – Relação entre as habilitações literárias dos colaboradores e a sua satisfação relativamente ao serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros

Neste parâmetro, trinta e oito utentes dos quarenta e dois que colaboraram no estudo, não tinham tido ainda a oportunidade de contactar com a prestação de cuidados de enfermagem ao domicílio. Contudo, os quatro restantes, possuíam o 1º ciclo do ensino básico e mencionaram uma avaliação da satisfação desta prestação de cuidados com o nível de excelente.

iii. Discussão de resultados

Nesta etapa do projeto de investigação, vai-se confrontar os resultados do presente estudo com estudos já existentes.

No presente estudo, não se verifica esta relação de proporcionalidade direta entre a idade dos colaboradores e a sua satisfação. Pode-se observar nos gráficos que relacionam a idade com a satisfação referente a cada parâmetro das questões dez à dezoito do questionário utilizado que em todas as faixas etárias existe uma distribuição de satisfação muito linear entre os parâmetros de satisfação Muito bom e Bom com algumas excepções evidentemente.

Na generalidade, como se observou ao longo da análise de cada gráfico – parâmetros em que a satisfação foi avaliada – em nenhum deles se pode retirar conclusões que vão de encontro àquelas que Hespanhol et al tiraram no estudo de 2005, porque no estudo que este autor efetuou em que o objetivo central era conhecer a satisfação global dos utentes do Centro de Saúde de São João, bem como a sua satisfação com os diferentes aspetos do Centro de Saúde, refere que, e passa-se a citar, “(...) os doentes mais idosos tendem a avaliar de uma forma mais positiva os cuidados prestados do que os mais novos (...)”.

Tendo ainda por base o mesmo estudo, que diz que “(...) os doentes com maior nível educacional tendem a ter uma atitude mais positiva acerca dos cuidados prestados do que os doentes com menor nível educacional.”

Esta discussão fica circunscrita ao único autor que se conseguiu seleccionar, no âmbito do problema em estudo.

V. Conclusão

Quando foi proposto pela Universidade Fernando Pessoa a realização de um trabalho de investigação como requisito para a conclusão da licenciatura em enfermagem, sentiu-se a necessidade de desenvolver o mesmo, à volta da grande mudança que os centros de saúde estão a ser alvo, mais concretamente através da criação das USF's. Após uma intensa pesquisa entre artigos e legislação, delineou-se o problema que mais tarde iria dar origem a este trabalho de investigação encontrando-se este na avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima.

Posto isto, projetou-se todo o plano estratégico do estudo decidindo optar-se por um método de investigação quantitativo, através de um tipo de estudo descritivo simples.

Para uma fácil e correta colheita de dados, foi construído um questionário com base num já existente do Ministério da Saúde Português, de auto preenchimento e os dados foram colhidos numa praça pública da Vila de Ponte de Lima a um total de 42 cidadãos utentes que frequentaram a consulta de enfermagem de uma USF de Ponte de Lima.

Todos os métodos, tipo de estudo e instrumento de colheita de dados utilizados, foram definidos com o propósito de dar resposta ao objetivo geral desta investigação que se definiu como Conhecer o nível de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados numa USF de Ponte de Lima.

Neste contexto, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a relação entre a idade dos utentes e a sua satisfação relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros;
 - O horário de atendimento dos enfermeiros;
 - A competência dos enfermeiros;

- A simpatia dos enfermeiros;
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros;
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros;
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros;
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros;
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros.
- Conhecer a relação entre as habilitações literárias dos utentes e a sua satisfação relativamente a:
 - A pontualidade dos enfermeiros;
 - O horário de atendimento dos enfermeiros;
 - A competência dos enfermeiros;
 - A simpatia dos enfermeiros;
 - A preocupação com a saúde dos utentes por parte dos enfermeiros;
 - O respeito com que o utente foi tratado pelos enfermeiros;
 - O modo como a privacidade dos utentes foi mantido por parte dos enfermeiros;
 - A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros;
 - O serviço ao domicílio prestado pelos enfermeiros.

Com a análise, tratamento e discussão dos resultados obtidos, pode afirmar-se que na generalidade os utentes se encontram satisfeitos com os cuidados de enfermagem que lhes são prestados numa USF de Ponte de Lima. É de realçar a razoabilidade na satisfação com que os mesmos utentes avaliaram o parâmetro do modo como a sua privacidade é mantida por parte dos profissionais de enfermagem aquando das suas consultas, sendo o parâmetro avaliado com mais frequência no nível de satisfação razoável. Pode ainda concluir-se que neste estudo não existe uma relação direta entre a idade dos utentes e a sua satisfação, bem como entre as suas habilitações literárias e a sua satisfação.

Face aos resultados obtidos, pode concluir-se que os objetivos então propostos inicialmente foram alcançados.

No que concerne aos limites deste estudo, pode-se fazer referencia aos limites temporais uma vez que este trabalho é feito no âmbito de uma licenciatura e o tempo é curto para se efetuar um trabalho de investigação. Este motivo justifica o facto de a amostra não ser representativa da população. Assim sendo, sugere-se que posteriormente desenvolver este mesmo tema optando por uma amostra mais alargada relativamente à população, bem como abranger outras UFS's existentes. Considera-se este desafio estimulador da excelência da prática de enfermagem no âmbito profissional.

VI. Bibliografia

- Alves, C. (2003). *Satisfação do consumidor*. Lisboa. Escolar Editora;
- André, O. e Rosa, D. (1997). *Qualidade dos cuidados de saúde – satisfação dos utentes, Enfermagem Oncológica*, N.º 3, pp. 23-33
- CIPE (2011); *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem*; Versão 2; Genebra, Suíça: International Council of Nurses;
- Collière, M. F. (1989). Promover a Vida Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Constituição da República portuguesa, 2005, artigo 64º (Saúde), 7ª revisão constitucional. Assembleia da República Portuguesa.
- Cruz, D. (2003). A Qualidade e os cuidados de Saúde, *Sinais Vitais*, N.º 49, pp. 55-58.
- Dias, M., Leal, I., Ribeiro, J., (2000). *Atas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Satisfação de sujeitos diabéticos em relação aos cuidados de saúde*. Lisboa, ISPNA.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 33. Outubro.
- Ferreira, P. L.; Seco, O. (1993). Algumas estratégias para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N.º 37. pp. 159-172.
- Fortin, M. (2009). *O processo de investigação*. 3ª Edição. Loures, Lusociência;

- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hulley S. et alii (2007). *Delineando a Pesquisa Clínica – Uma Abordagem Epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, artemed;
- Instituto da Qualidade em Saúde. (2003). *Manuais da Qualidade, Qualidade em Saúde*, Setembro, pp. 1-47
- Marconi, M. e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. 6ª Edição. São Paulo, Editora Atlas S.A.;
- Melo, R. C. (2001). Avaliação da qualidade dos cuidados. Perspetiva do utente, *Sinais Vitais*, N.º 4, pp. 29-32.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Brasil. Edições Manole Lda.
- Neto, A. et alii (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência, *Servir*, 51 (5), pp. 214-227.
- Oliveira, V. Rodrigues, V. (2005). Ordem dos Enfermeiros. [Em Linha] Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_16_Mar%C3%A7o_2005.pdf [Consultado em 09/12/2011]
- Ordem dos Enfermeiros. Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf> [consultado em 24/04/2010];

- Paúl, C., et alli (1999). *Comunidade e saúde: satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto, Edições Afrontamento.
- Pereira, L. F. (2003). Qualidade: Ferramenta Fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*. N.º 7 Junho. P. 3-8
- Pisco, L. (2003). *Melhoria Contínua da Qualidade*. Lisboa, Instituto da Qualidade em Saúde.
- Pisco, L.; Biscaia, J. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. Vol. 2. pp. 43-51
- Potter, P. (2006). *Fundamentos de Enfermagem – Conceitos e Procedimentos. Quinta Edição*. Loures, Lusociência;
- Polit, D.F., Beck, C.T. e Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem – Métodos, avaliação e utilização*. 5ª Edição. Porto Alegre, Artmed;
- Ribeiro, A. (2005). *O percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem*, *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, N.º16, pp.53-60.
- Ribeiro, J. (2010). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. 3ª Edição, Porto. Legis Editora;
- Sota, M. M., Alves M. A., Dionísio, I. M. (1995). Expectativas dos utentes de cuidados de saúde primários face aos cuidados de enfermagem, *Enfermagem em Foco – Revista do Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, N.º 18, pp. 38-43.
- Sousa, A. (2005). *Investigação e Educação*. Lisboa, Livros Horizonte;

VII. Anexos

Anexo I – Quadro das áreas e sub áreas de intervenção

Número	Áreas e subáreas de intervenção	Atividade/cuidado prestado
1	<p>Vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases da vida.</p> <p>[Vigilância de acordo com as circulares normativas da Direcção-Geral da Saúde (DGS) e orientações estratégicas do PNS.]</p>	<p>1.1. Geral:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Identificação das necessidades de saúde quer individuais, quer familiares nas situações seleccionadas consoante as prioridades e critérios adequados à prossecução dos objetivos do plano da USF e do Plano Nacional de Saúde; b) Intervenção personalizada de informação e de educação para a saúde nomeadamente, as áreas relacionadas com a promoção e proteção da saúde nas diversas fases da vida; c) Assegurar o cumprimento do Plano Nacional de Vacinação; <p>1.2. Saúde da mulher:</p> <p>1.2.1. Planeamento Familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Promoção do planeamento familiar em co-responsabilização e fornecimento gratuito de métodos anticoncepcionais; b) Introdução do DIU quando essa for a opção da mulher; c) Prevenção e tratamento de infeções transmissíveis sexualmente; d) Rastreo de tipo oportunístico do cancro do colo do útero e da mama; e) Identificação e encaminhamento de situações de violência; <p>1.2.2 Cuidados pré -concepcionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Avaliação inicial e aconselhamento geral pré concepcional a pedido dos casais, ou oferecidos de forma pró -ativa pela equipa; b) Referenciação a cuidados pré-concepcionais especializados, quando indicado, e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados; <p>1.2.3. Vigilância da gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Vigilância pré -natal da gravidez normal; b) Promoção do diagnóstico pré-natal, com referência a unidades especializadas;

	<p>(Garantir consultas de saúde infantil e juvenil segundo as orientações técnicas da DGS.)</p>	<p>c) Referenciação de gravidez de risco e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados;</p> <p>d) Promoção de comportamentos (saudáveis) de adesão durante a gravidez, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco, álcool e alimentação;</p> <p>e) Adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar e implementação das mudanças necessárias ao ciclo vital;</p> <p>f) Apoio às puérperas após a alta hospitalar, cuidados que promovam a sua adaptação aos novos estádios de vida individual e familiar e promovam o aleitamento materno pelo menos até aos 3 meses de vida;</p> <p>g) Revisão do puerpério;</p> <p>1.3. Saúde do recém-nascido (RN), da criança e do adolescente:</p> <p>a) Oferta pró -ativa da primeira consulta do RN, na sequência de receção de notícia de nascimento;</p> <p>b) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância de saúde da criança nos dois primeiros anos de vida, na idade pré -escolar (2 - 6 anos) e escolar (6 -10 anos);</p> <p>c) Exame global de saúde à criança de 5 -6 anos e 11 - 13 anos;</p> <p>d) Cuidados de saúde integrados, de forma a garantir a vigilância aos adolescentes e jovens (11 -19 anos), promovendo o atendimento sem barreiras e oferecendo «exames de saúde oportunistas»;</p> <p>e) Promoção do papel parental e paternidade eficaz;</p> <p>f) Referenciação a cuidados especializados e acompanhamento paralelo da situação em continuidade de cuidados;</p> <p>g) Identificação, encaminhamento e acompanhamento de crianças vítimas de negligência, maus -tratos e abusos sexuais;</p> <p>h) Identificar/promover o acompanhamento das crianças com problemas de desenvolvimento, de aprendizagem e jovens com problemas de</p>
--	---	---

<p>2</p>	<p>(Vigilância de acordo com as normas da DGS.)</p> <p>Cuidados em situação de doença aguda.</p>	<p>aprendizagem e risco de abandono escolar;</p> <p>1.4. Saúde do Adulto e do Idoso:</p> <p>a) Cuidados promotores de saúde e preventivos da doença, aos adultos (20 -69 anos), selecionando as intervenções comprovadamente custo -efetivas em cada fase da vida e evitando os <i>check-up</i> genéricos e inespecíficos;</p> <p>b) Cuidados preventivos aos adultos mais idosos (com 70 e mais anos) organizando estes cuidados de acordo com uma identificação estruturada das necessidades específicas de cada pessoa e da família orientada para atuar sobre os determinantes de autonomia e independência;</p> <p>c) Cuidados que promovam bem -estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis, aos grupos de risco e aos grupos com necessidades especiais;</p> <p>d) Abordagem de todas as situações pessoais tendo em conta avaliações do seu estado global de saúde e os contextos familiares, sócio -culturais e sócio -ocupacionais.</p> <p>a) Atendimento/resposta no próprio dia (que se poderá traduzir ou não em consulta) e com a máxima celeridade possível para todas as situações de doença aguda ou de sofrimento, na USF, ou no domicílio do doente, quando justificado.</p> <p>b) Reconhecimento, sinalização e intervenção apropriada, orientando as situações urgentes ou emergentes que necessitem de cuidados e suporte tecnológico hospitalares.</p> <p>c) Apoio ao doente/família/cuidador, no sentido da estabilização da situação e da adesão ao plano terapêutico.</p> <p>d) Execução dos planos terapêuticos, nomeadamente pela administração de medicamentos, realização de tratamentos, educação e apoio na reabilitação.</p>
----------	--	---

<p>3</p>	<p>Acompanhamento clínico das situações de doença crónica (ex. <i>Diabetes mellitus</i>, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipertensão arterial, entre outras) e patologia múltipla.</p> <p>(Vigilância de acordo com as circulares normativas da DGS para as patologias contempladas.)</p>	<p>e) Educação do doente/família/cuidador para a recuperação e a promoção da saúde.</p> <p>a) Vigilância, aconselhamento e educação do doente, familiares e outros cuidadores em situações de doença crónica em que são necessários cuidados por período longo de tempo:</p> <p style="padding-left: 40px;">Promoção da aceitação do estado de saúde;</p> <p style="padding-left: 40px;">Promoção da autovigilância;</p> <p style="padding-left: 40px;">Promoção da gestão e adesão ao regime terapêutico;</p> <p style="padding-left: 40px;">Promoção do autocuidado nas atividades de vida diárias;</p> <p style="padding-left: 40px;">Apoio ao desenvolvimento de competências de autocontrolo de doenças crónicas por parte dos doentes e seus cuidadores (familiares ou outros).</p> <p>b) Abordagem sistémica e planeamento de cuidados, periodicamente revistos, em todas as situações de patologia múltipla, com avaliação regular dos riscos de poli-medicação.</p> <p>c) Referenciação com relatório síntese atualizado e mobilização de cuidados especializados, sempre que necessário, com acompanhamento simultâneo da situação e receção de retorno, em continuidade de cuidados.</p>
<p>4</p>	<p>Cuidados no domicílio (entendendo-se por domicílio, para efeitos da presente portaria, a habitação permanente do</p>	<p>a) Consultas programadas para fins de promoção de saúde em situações de especial recetividade às mensagens de saúde, em colaboração com os recursos de cuidados na comunidade do centro de saúde da área.</p> <p>b) Consultas programadas aos doentes com dependência física e funcional que necessitem cuidados médicos e de enfermagem e não possam deslocar -se à USF, em colaboração com os recursos de cuidados na comunidade do centro de saúde da área.</p> <p>c) Consultas não programadas, por critérios médicos</p>

<p>5</p>	<p>doente, excluindo-se lares, casas de repouso, IPSS, e outros locais semelhantes.</p> <p>O domicílio deverá estar na respetiva área geográfica de influência da USF.).</p> <p>Interligação e colaboração em rede com outros serviços, sectores e níveis de diferenciação, numa perspetiva de «gestor de saúde» do cidadão.</p>	<p>a pedido dos doentes ou seus familiares, em situações que incapacitem a deslocação do doente à USF, nomeadamente quando existe dependência física e funcional do doente.</p> <p>a) Interligação com os cuidados hospitalares, nomeadamente na referênciação, antes, durante o internamento ou após a alta hospitalar de doentes da lista de inscritos da USF garantindo a melhor continuidade de cuidados possível e evitando falhas por deficiente comunicação entre serviços.</p> <p>b) Comunicação aos serviços apropriados do centro de saúde da informação referente à atividade assistencial da USF ou outra indispensável ao planeamento e administração da saúde da comunidade.</p> <p>c) Comunicação e colaboração com os serviços de saúde pública e autoridade de saúde, tanto nos casos de doenças de declaração obrigatória, como em todos os casos em que a informação detida pelos profissionais da USF seja relevante para a proteção da saúde pública.</p> <p>d) Certificação de estados de saúde e de doença que surgirem como sequência dos atos médicos praticados e emissão de declarações específicas pedidas pelos utentes, desde que inseridas no estrito cumprimento da resposta ao direito à saúde dos cidadãos.</p>
----------	--	---

Fonte: Anexo I da Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro

Anexo II - Questionário original que deu origem ao questionário deste estudo

Nº _____

CONFIDENCIAL

Qual a sua opinião sobre a Unidade de Saúde Familiar?



Nome da USF _____

Os utentes são os elementos mais importantes dos cuidados de saúde, por isso as suas opiniões são importantes para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Pedimos-lhe que pense na qualidade dos cuidados e do atendimento que **lhe** foram prestados na Unidade de Saúde Familiar Marginal (USFM).

A informação que nos fornecer será confidencial. Não pedimos que se identifique. Ficamos muito gratos pela sua colaboração.¹

Por favor, responda a **todas** as perguntas e certifique-se que dá apenas uma resposta para cada pergunta. Se a pergunta não se aplicar ao seu caso ou não saiba responder, por favor coloque uma marca na coluna “Não sei / Não respondo”.

Pedimos-lhe que marque (X) no quadrado que mais se aproxima da sua opinião.

Exemplo:

	Má /Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa/ Muito Bom	Excelente	Não sei/ Não respondo
O conforto da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹ Este questionário é adaptado do Questionário Europep do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Direcção-Geral da Saúde, editores. Instrumentos para a melhoria contínua da qualidade. 1ªed. Coimbra: G.C. – Gráfica de Coimbra, lda; 1999.)

Por favor dê a sua opinião sobre os seguintes assuntos.

Médicos

		Má /Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa/ Muito Bom	Excelente	Não sei/ Não respondo
1	A pontualidade dos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	O horário de atendimento dos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	A competência dos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	A simpatia dos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	A preocupação com a sua saúde por parte dos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	O respeito com que foi tratado pelos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	O modo como a sua privacidade foi mantida pelos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	A rapidez com que foi atendido pelos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos médicos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Enfermeiros

		Má /Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa/ Muito Bom	Excelente	Não sei/ Não respondo
10	A pontualidade dos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	O horário de atendimento dos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	A competência dos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	A simpatia dos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	A preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	O respeito com que foi tratado pelos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	O modo como a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos enfermeiros da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Administrativos

		Má /Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa/ Muito Bom	Excelente	Não sei/ Não respondo
19	A pontualidade dos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	O horário de atendimento dos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21	A competência dos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22	A simpatia dos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23	A preocupação com a sua saúde por parte dos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24	O respeito com que foi tratado pelos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25	O modo como a sua privacidade foi mantida pelos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26	A rapidez com que foi atendido pelos administrativos da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Unidade de Saúde Familiar Marginal (USFM)

		Má /Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa/ Muito Bom	Excelente	Não sei/ Não respondo
27	O apoio do pessoal de Saúde da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28	A facilidade em marcar uma consulta que me sirva na USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29	A facilidade em falar pelo telefone para a USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30	A facilidade em falar pelo telefone com o médico de família na USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31	O tempo que espera para ser atendido é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32	A rapidez com que os seus problemas urgentes foram resolvidos é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33	O conforto da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34	A limpeza da USFM é	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		Concordo muito	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo muito	Não sei/ Não respondo
35	Recomendo fortemente o meu médico de família aos meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36	Não vejo qualquer razão para mudar para outro médico de família	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37	Recomendo fortemente a USFM aos meus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38	Não vejo qualquer razão para mudar para outro centro de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 39 **Pode haver aspectos dos cuidados de saúde que considera importantes mas que lhe não foram perguntados neste questionário. Por favor, utilize o espaço a seguir para nos falar sobre eles.**

Informação individual

- 40 Qual é o seu sexo?
o 1 Masculino
o 2 Feminino
- 41 Qual é o seu ano de nascimento?
— — — —
- 42 Qual o seu grau de escolaridade? (escolha só uma)
o 1 Não sabe ler nem escrever
o 2 Sabe ler e escrever
o 3 Ensino básico
o 4 Ensino secundário
o 5 Ensino médio
o 6 Ensino superior
- 43 Quantas vezes foi ao seu médico de família ou ele o foi visitar a casa nos últimos 3 meses?
_____ vezes
- 44 Em geral, diria que a sua saúde está ...
o 1 Ótima
o 2 Muito boa
o 3 Boa
o 4 Razoável
o 5 Má

**Muito obrigado por nos ter ajudado ao preencher este questionário.
Por favor coloque este questionário na urna que está na saída.**

VIII. Apêndices

Apêndice I - Instrumento de Colheita de Dados

“Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima – satisfação dos utentes”

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

QUESTIONÁRIO DE OPINIÃO

**“Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima- satisfação dos
utentes”**

**Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade Fernando Pessoa
Ponte de Lima 2012**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

*Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo
2000)*

Designação do Estudo

“Cuidados de enfermagem numa USF de Ponte de Lima– satisfação dos utentes”

Caro(a) Colaborador(a)

No âmbito de um trabalho de investigação eu, Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira, aluna da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde – Unidade de Ponte de Lima, da Licenciatura em Enfermagem, pretendo efetuar um estudo sobre cuidados de enfermagem numa USF em Ponte de Lima– satisfação dos utentes, cujo objetivo é Conhecer o nível de satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados na USF em questão.

Para participar, apenas terá de preencher um questionário com 18 perguntas de resposta fechada. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem que para isso lhe seja imposta qualquer prejuízo ou penalização. As suas respostas serão tratadas de forma anónima e a análise dos dados será apresentada como um todo, salvaguardando a confidencialidade da informação. De referir também que a utilização dos dados recolhidos se destina exclusivamente para fins de investigação.

Os meus agradecimentos pela atenção dispensada.

O investigador:

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, tomei conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Compreendi que tenho a possibilidade de recusar participar no estudo de investigação, sem que para isso precise de justificar a minha escolha. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia de que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados. Além disso, foi-me transmitido que tenho o direito de interromper a minha participação a todo o tempo no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e instrumentos propostos pelo investigador, para a realização do respetivo estudo.

O(A) Colaborador(a)

(Assinatura)
____/____/____
(Data)

O Investigador

(Assinatura)
____/____/____
(Data)

NOTA INTRODUTÓRIA

Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira, aluna da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa – Unidade de Ponte de Lima, a frequentar o 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Solicita a sua colaboração no preenchimento do questionário que se segue, de modo a desenvolver um trabalho de investigação, intitulado: “Cuidados de enfermagem numa USF em Ponte de Lima - satisfação dos utentes”.

É constituído por dezoito perguntas. Estando estas divididas em dois grupos, um primeiro grupo em que são pedidos dados gerais relativamente à pessoa inquirida e um segundo grupo em que é pedida a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Saúde Familiar Vale do Lima.

O mesmo questionário tem uma duração aproximada de 10 minutos, com perguntas abertas e fechadas (colocar um na resposta mais adequada à sua opinião). O mesmo será respondido na presença da investigadora de forma a lhe proporcionar o momento ideal para o esclarecimento de dúvidas se necessário.

Por favor pede-se que responda com rigor e sinceridade. Procure não deixar nenhuma questão em branco e se tiver dúvidas, reflita e escolha a alternativa que lhe parece mais adequada à sua opinião. O questionário é totalmente anónimo e os dados confidenciais, pelo que não se deve identificar ao longo do mesmo. Não há respostas corretas ou erradas, o que interessa à investigadora é saber a sua opinião.

Antecipadamente agradece a sua colaboração

A aluna: Ana Rita Soares Malafaia Cerqueira

Parte I
(Seleção da Amostra)

1. É a primeira consulta de enfermagem que vem?

Sim

Não

2. Há quanto tempo frequenta a consulta de enfermagem?

Parte II
(Identificação Sócio-demográfica)

3. Idade (anos):

18-35

36-45

46-65

> 66

4. Género:

Masculino

Feminino

5. Filhos:

Sim. Nº _____

Não

6. Naturalidade

7. Residência

8. Habilitações Literárias:

- Não sabe ler nem escrever
- 1º Ciclo do ensino básico (ensino primário)
- 2º Ciclo do ensino básico (sexto ano)
- 3º Ciclo do ensino básico (escolaridade obrigatória)
- Ensino Secundário (12º Ano)
- Bacharel: _____
- Licenciatura: _____
- Mestrado: _____
- Doutoramento: _____

9. Número de consultas de enfermagem no último ano (incluindo esta)

- Nenhum
- Uma
- Duas
- Três
- Quatro
- Cinco
- Seis ou mais de seis

Parte II

(Opinião relativamente aos cuidados de enfermagem)

		Má / Mau	Razoável	Boa / Bom	Muito Boa / Muito Bom	Excelente	Não Sei / Não Respondo
10.	A pontualidade dos enfermeiros é ...						
11.	O horário de atendimento dos enfermeiros é ...						
12.	A competência dos enfermeiros é ...						
13.	A simpatia dos enfermeiros da é ...						
14.	A preocupação com a sua saúde por parte dos enfermeiros é ...						
15.	O respeito com que foi tratado pelos enfermeiros da é ...						
16.	O modo como a sua privacidade foi mantida pelos enfermeiros é ...						
17.	A rapidez com que foi atendido pelos enfermeiros da é ...						
18.	O serviço ao domicílio (em sua casa) prestado pelos enfermeiros da é ...						

Obrigada pela sua colaboração !!! ☺

