

Cristina Filipa Pinheiro Gomes

“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de
Urgência: Satisfação do Utente”

Universidade Fernando Pessoa

Ponte Lima, 2008

Cristina Filipa Pinheiro Gomes

“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de
Urgência: Satisfação do Utente”

Universidade Fernando Pessoa

Ponte Lima, 2008

Cristina Filipa Pinheiro Gomes

“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de
Urgência: Satisfação do Utente”

Atesto a originalidade do trabalho

Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Abreviaturas e Siglas

AAE: Auxiliar de Acção Educativa

AAM: Auxiliar de Acção Médica

CIE: Conselho Internacional de Enfermagem

CNQ: Conselho Nacional da Qualidade

CS: Centro de Saúde

Dr.: Doutor

EOE: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros

GPT: Grupo Português de Triagem

GTM: Grupo de Triagem de Manchester

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

IQS: Instituto da Qualidade em Saúde

MS: Ministério da Saúde

OE: Ordem dos Enfermeiros

OM: Ordem dos Médicos

OMS: Organização Mundial de Saúde

p.: Página

PNS: Plano Nacional de saúde

PSP: Polícia de Segurança Pública

RRH: Rede de Referenciação Hospitalar

SNS: Sistema Nacional de Saúde

STM: Sistema de Triagem de Manchester

SU: Serviço de Urgência

TM: Triagem de Manchester

Sumário

A meta da qualidade pretendida no contacto entre o enfermeiro e o utente constitui uma preocupação dos profissionais da área de saúde, uma vez que, têm como objectivo maximizar a satisfação dos utentes. De facto, o acolhimento do utente na unidade de saúde, neste caso, no SU, mais propriamente na triagem, constitui uma dimensão deveras indispensável, pois é neste momento que o utente tem o primeiro contacto com a instituição prestadora de cuidados, através dos profissionais de enfermagem que a suportam. Desta forma, é durante o acolhimento que o utente vai incorporar todos os comportamentos, atitudes, assim como, os cuidados percebidos, isto é, o utente vai assimilar todas as condutas do profissional de enfermagem o que irá ditar todo o desenrolar e permanência do utente na instituição prestadora de cuidados.

Neste sentido, a realização do presente estudo pretendeu conhecer a satisfação dos utentes relativamente ao contacto que este estabeleceu com o enfermeiro da triagem do SU. Deste modo, ambicionou-se avaliar os seguintes aspectos:

- Atendimento proporcionado pelo enfermeiro relativamente à forma como o recebeu;
- Comportamento adoptado pelo enfermeiro;
- Perfil do enfermeiro;
- Explicações que o enfermeiro faculta ao utente;
- Satisfação global quanto ao atendimento;
- Vantagens/desvantagens que os utentes consideram existir na triagem realizada por enfermeiros;
- Sugestões/críticas sugeridas pelos utentes para melhorar o atendimento realizado pelos enfermeiros.

De modo a responder a estes aspectos, optou-se por uma abordagem quantitativa descritiva simples exploratória. O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário, o qual foi aplicado a uma fracção de 42 elementos da população alvo. Assim, para o tratamento de

dados recorreu-se à análise estatística para as perguntas fechadas e à análise de conteúdo, para as perguntas abertas. Desta forma, após análise dos dados obtidos através dos questionários, é de realçar os seguintes resultados:

- Grau de satisfação dos utentes quanto ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro na Triagem do Serviço de Urgência, relativamente à forma como o recebeu: moderadamente satisfeitos, sendo a média de 3,55;
- Grau de satisfação dos utentes face ao comportamento adoptado pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência, relativamente à simpatia, paciência, disponibilidade, importância atribuída ao seu problema e preocupação em respeitar a sua privacidade: moderadamente satisfeitos, com uma média entre 3,31 e 3,48. Ainda neste aspecto, os utentes consideram que o enfermeiro utilizou, maioritariamente, linguagem clara, sendo a média de 1,55;
- Grau de satisfação dos utentes relativamente às explicações facultadas pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência, no respeitante às explicações sobre os procedimentos efectuados: moderadamente satisfeitos, sendo a média de 3. Em relação às explicações acerca da metodologia do STM: verificou-se que a grande maioria dos utentes não foram explicitados acerca da TM;
- Opinião dos utentes relativamente ao perfil do enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto à autonomia: moderada autonomia, com uma média de 3; quanto aos conhecimentos: muitos conhecimentos, sendo a média de 3,5; quanto à responsabilidade: muita responsabilidade, com uma média de 3,62 e, por último, quanto à competência: moderada competência, sendo a média de 3,45.
- Grau de satisfação dos utentes: a nível global acerca do atendimento efectuado pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: moderadamente satisfeitos, sendo a média de 3,46.

Dedicatórias

Aos meus Pais

A eles devo tudo... foram eles que me deram a vida, foram eles que fizeram de mim aquilo
que eu hoje sou...

Apoiaram e incentivaram o meu percurso de vida e me ensinaram a lutar e a conquistar todos
os meus sonhos...

Obrigado, pelo amor, carinho, compreensão, sustento e educação!

Ao Paulo

Que me mostrou o que é o amor...

Pelo carinho, dedicação, apoio, incentivo e por todos os momentos que vivemos!

Ao meu Anjo da Guarda

Nunca te vejo, apenas te sinto e sei que estás sempre do meu lado em todos os momentos...

Às minhas amigas

De todas as horas, dos bons e dos maus momentos...

Pela cumplicidade, amizade, carinho e compreensão!

É impossível reconhecer tudo o que vocês significam para mim...

Sei que todos se identificam aqui! Muito Obrigada!

Agradecimentos



Pela estrada da vida

Caminho, caminho sem parar,

Que caminhada tão longa

Eu não me quero cansar

Não corro, não tenho pressa

Um dia hei-de chegar,

Vem andando devagarinho

Para poder participar

(Anónimo)

Sempre encarei a vida como uma escada em caracol, sempre a subir, degrau a degrau. Uns degraus sobem-se mais depressa, outros mais devagar, mas não devemos galgá-los senão nunca saberemos até onde somos capazes de andar. O meu percurso tem sido assim, sempre a subir, umas vezes mais depressa outras mais devagar, degrau a degrau ou em lanços; umas vezes caí e magoei-me outras não, mas sempre tive um galho para me amparar e a possibilidade de parar e apreciar a paisagem, buscando forças para continuar e escolher o melhor caminho. Nem sempre se vê o fim do escadório, nem sempre se sabe muito bem para onde se vai, mas posso dizer que se não fossem os profissionais que tão sabiamente me guiaram e orientaram ao longo destes quatro anos, não conseguia ter chegado até aqui. Por isso o meu muito obrigada e, em especial ao Enfermeiro Domingos pela orientação proporcionada para finalizar esta etapa da minha vida. Não sei para onde vou, só sei que vou e muito mais rica ...

Índice

Introdução	18
I – Fase Conceptual	21
1. Serviço de Urgência	22
1.1. Complexidade de um Serviço de Urgência	22
2. Panorâmica da Enfermagem de Urgência	24
2.1. Protótipo do Enfermeiro de Urgência	26
3. Paradigma dos Cuidados de Enfermagem de Urgência	29
3.1. Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	34
4. Triagem	37
4.1. Quem realiza a Triagem	41
4.2. Sistema de Triagem de Manchester	43
4.2.1. Metodologia da Triagem de Manchester	45
5. Acolhimento do Utente no Serviço de Urgência	46
6. Relação Enfermeiro/Utente	50
6.1. Comunicação	53
6.1.1. Elementos Fundamentais do Processo de Comunicação	56
6.1.2. Formas de Comunicação	58
6.1.2.1. Comunicação Verbal	58
6.1.2.2. Comunicação Não Verbal	59
6.1.3. Comunicação e a Prática de Enfermagem	60
7. Satisfação dos Utentes	63
7.1. Dimensões da satisfação	68
II – Fase Metodológica	73
2. Problemática em Estudo	74

2.1. Definição do Tema	74
2.2. Pergunta de Partida	75
2.3. Questões de Investigação	76
2.4. Objectivos	77
2.4.1. Objectivo Geral	77
2.4.2. Objectivos Específicos	77
2.5. Tipo de Estudo	78
2.6. População/Amostra	79
2.7. Método/Instrumento de Colheita de Dados	80
2.8. Pré-Teste	81
2.9. Previsão e Tratamento de Dados	81
2.10. Questões éticas da Investigação	83
III – Fase Empírica	86
3. Apresentação e Análise dos Resultados	87
3.1. Caracterização dos sujeitos da amostra	87
3.2. Dados relativos ao nível de satisfação dos utentes	90
3.3. Dados relativos à opinião dos utentes	102
4. Discussão dos Resultados	106
Sugestões/Conclusão	114
Bibliografia Principal	117
Anexos	
Anexo I: Instrumento de Colheita de Dados	

Índice de Figuras

Figura 1: Modelo de Satisfação do Utente que resulta da Qualidade percebida dos Serviços de Saúde	71
--	----

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Idade	87
Gráfico 2: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Sexo	88
Gráfico 3: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Estado Civil	88
Gráfico 4: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com as Habilitações Literárias.....	89
Gráfico 5: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Profissão	89
Gráfico 6: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Freguesia de Residência	90
Gráfico 7: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à forma como o Enfermeiro o recebeu na Triagem do Serviço de Urgência	91
Gráfico 8: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à simpatia demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência	91
Gráfico 9: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Paciência demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência	92
Gráfico 10: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Disponibilidade demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência para o ouvir	92
Gráfico 11: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Importância demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência relativamente ao seu problema.....	93
Gráfico 12: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Preocupação demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência relativamente à sua privacidade	93
Gráfico 13: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes quanto à Linguagem utilizada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência	94

Gráfico 14: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto às explicações proporcionadas pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência acerca dos procedimentos efectuados	94
Gráfico 15: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Autonomia	95
Gráfico 16: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Conhecimentos	95
Gráfico 17: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Responsabilidade	96
Gráfico 18: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Competência	96
Gráfico 19: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Eficácia	97
Gráfico 20: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que receberam pulseira quando submetidos à Triagem de Manchester	97
Gráfico 21: Distribuição dos Dados relativos à cor da pulseira adquirida pelos Utentes quando submetidos à Triagem de Manchester	98
Gráfico 22: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto à utilidade da pulseira	98
Gráfico 23: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto ao significado das cores	99
Gráfico 24: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto ao tempo de espera para atendimento médico	99
Gráfico 25: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação Global dos Utentes relativamente ao contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência	100
Gráfico 26: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que conferem vantagens no atendimento realizado por Enfermeiros	100
Gráfico 27: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que consideram que a Triagem deveria ser realizada por outro profissional de saúde	101

Gráfico 28: Distribuição dos Dados relativos a outro profissional de saúde elegido pelos Utentes para a realização da Triagem 101

Índice de Tabelas

Tabela 1: Categorização	102
--------------------------------------	-----

Índice de Quadros

Quadro 1: Escala Nacional de Triagem	45
---	----

Introdução

Este trabalho monográfico surge no âmbito do plano curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem, com a finalidade de obter-se o grau de Licenciatura, emitido pela Universidade Fernando Pessoa, unidade de Ponte de Lima

A elaboração desta monografia foi efectivada, por uma lado, com base na motivação do investigador, pois a redacção deste trabalho simboliza o fim do curso e o ingresso no mundo do trabalho e, por outro, sustentou-se nos objectivos académicos, os quais se relacionam, essencialmente, com a aplicação de conhecimentos teóricos apreendidos, assim como, no desenvolvimento de competências e saberes ao nível da investigação científica.

Conscientes da importância da procura de qualidade na prestação de cuidados de saúde, considerou-se pertinente abordar a temática, **“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de urgência: Satisfação do Utente”**.

De facto, os SU constituem uma importante componente da assistência em saúde, uma vez que, estes serviços têm, ao longo dos anos, se transformado na porta de entrada do SNS. Devido a estas circunstâncias, o enfermeiro que realiza a triagem depara-se com a necessidade de desenvolver competências e habilidades em distintas dimensões, nomeadamente, a nível do atendimento que proporciona ao utente; a nível do comportamento e atitudes que exterioriza perante o utente, assim como, a nível do perfil que adopta aquando da prestação de cuidados ao utente. Na verdade, o atendimento, como cuidado de enfermagem, deve ser consequentemente, tranquilizador, personalizado e discreto, de forma a diminuir a ansiedade ligada a todo um ambiente desconhecido.

Deste modo, optou-se por esta temática, cientes que só pesquisando, clarificando, compreendendo e reflectindo sobre a questão do contacto que se estabelece entre o utente e o enfermeiro da triagem do SU, se poderá melhorar futuramente na busca da excelência do exercício profissional. Para além disto, considera-se a avaliação da satisfação do utente fulcral

para melhorar a qualidade dos cuidados prestados, a qual é, sem margem de dúvidas, o resultado que se pretende alcançar no processo de prestação de cuidados de saúde.

Assim sendo, o presente estudo tem como objectivo geral, conhecer o grau de satisfação dos utentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência. Como objectivos específicos, conhecer o grau de satisfação dos utentes face ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro na triagem; saber qual a satisfação dos utentes face ao comportamento adoptado pelo enfermeiro; conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente às explicações que o enfermeiro lhe faculta; identificar qual a opinião dos utentes relativamente ao perfil que o enfermeiro manifesta; conhecer o grau de satisfação dos utentes a nível global acerca do atendimento efectuado pelo enfermeiro na triagem; saber quais as vantagens/desvantagens que os utentes consideram existir na triagem realizada por enfermeiros e, por fim, identificar quais as sugestões e/ou criticas referidas pelos utentes para melhorar o atendimento realizado pelos enfermeiros.

Tendo em conta as características do estudo a realizar, optou-se por uma metodologia quantitativa descritiva simples exploratória. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, com perguntas abertas e fechadas, que foi aplicado a uma amostra de 42 elementos da população alvo.

Através da análise dos dados pode-se concluir que o grau de satisfação global dos utentes com o contacto com o enfermeiro da triagem do SU é moderado, sendo a média de 3,46.

É de salientar, que ao longo do todo o percurso do investigador para a elaboração do presente estudo, foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente, no respeitante ao tempo e aos prazos académicos determinados, o que não permitiu que tudo sucedesse da forma planeada, havendo, por isso, necessidade de refazer os planos iniciais.

Após estas breves reflexões, irá ser dada apresentação do trabalho de investigação propriamente dito, esperando que este promova nos leitores um crescente interesse pelo tema abordado, assim como, dê resposta aos objectivos preconizados.

Deste modo, com o objectivo de transmitir de forma clara o seu conteúdo, este trabalho está dividido em sete partes: a introdução, seguida da apresentação da fase conceptual, fase metodológica e a fase empírica; as sugestões/conclusão, a bibliografia e, por fim os anexos.

Sem mais demora, irá ser dado prosseguimento à apresentação do trabalho.

I – Fase Conceptual

1. Serviço de Urgência

O SU tem sido, ao longo dos anos, uma preocupação constante do SNS, uma vez que a falta de um modelo de funcionamento integrado dos diversos níveis de prestação de cuidados de saúde, se transforma, progressivamente, no primeiro nível de acesso aos cuidados de saúde, criando grandes disfuncionalidades no SNS. É, neste sentido, que os utentes se tornam em grandes consumidores de recursos humanos e financeiros, condicionando, em muitos hospitais, o funcionamento regular de todos os outros serviços de acção médica, de meios complementares de diagnóstico, do ambulatório e de terapêutica.

1.1. Complexidade de um Serviço de Urgência

Face ao exposto, o SU é um serviço que, inevitavelmente, deve ser entendido e analisado sob vários aspectos, nomeadamente, de estrutura, de funcionalidade e de organização. Relativamente à estrutura do SU, traduz-se no sentido da sua construção e forma, isto é, tanto os espaços, como todos os elementos que servem de suporte para a execução de cuidados, sendo um factor, hoje em dia, de grande preocupação, quer para aqueles que os idealizam, quer para aqueles que vão ser alvo de cuidados de saúde. Se a estrutura for geradora de conflitos, esta vai restringir, no seu todo, o aspecto organizativo da instituição, consentindo o abandono das práticas de uma política de gestão fundamentada na ordem e no respeito de normas pré-estabelecidas, para se adoptar por uma política de gestão assente no esforço e agilidade. Estas normas pré-estabelecidas, essenciais para a operacionalização do SU, devem abranger uma série de protocolos de actuação, nos quais deve ser dada ênfase à interacção/coordenação de todos os profissionais de saúde, o que, na realidade, muitas vezes não existe. Indubitável e paralelamente a estas considerações de ordem estrutural e organizacional, a comunicação e a informação estão muitas vezes votadas ao esquecimento, o que impede o investimento no aperfeiçoamento dos cuidados prestados aos utentes. (Neto *et al.*, 2003).

De acordo com o MS (PNS 2004 – 2010), as soluções para a resolução dos problemas associados ao funcionamento das urgências devem basear-se na reorganização dos CS, no

reforço da assistência domiciliária, na profissionalização das actividades desenvolvidas nas urgências e, por último, na definição clara das competências do INEM na coordenação dos meios de socorro. Assim sendo, a reorganização dos SU pressupõe a redefinição da sua missão no SNS, a forma como se incrementa a sua articulação com os sectores de cuidados de saúde primários, a incorporação e o aprofundamento das competências dos membros e dos meios de socorro disponíveis, a redefinição de metas a serem desenvolvidas, bem como, dos critérios de organização e conservação das equipas do SU e, sendo necessário, a criação de novos SU. De facto, a reorganização dos SU tem grande importância, uma vez que dela depende a prestação de cuidados de saúde, de qualidade, aos utentes que aí afluem, carecendo de atendimento urgente.

Após esta breve abordagem das problemáticas, bem como, das soluções a adoptar para um melhor funcionamento do SU, torna-se imprescindível clarificar o que se entende na realidade por um SU. Assim, e conforme cita o despacho nº 11/2002, do Ministério da Saúde, SU são serviços “ (...) multidisciplinares e multiprofissionais que têm como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergência”.

Desta forma, é fundamental reconhecer quais as ocorrências que se enquadram nas definições de urgência e emergência. Assim sendo, as situações de urgência são todas as situações clínicas de instalação súbita, que podem ir desde as não graves até às graves, onde existe a possibilidade de falência das funções vitais. Em contrapartida, as situações de emergência dizem respeito a todas as situações clínicas de instalação súbita, onde existe, estabelecido ou eminente, o comprometimento de uma ou mais funções vitais (RRH, 2001, p. 7).

Todas as situações clínicas que se incluem nestas definições necessitam de referenciação hospitalar para instituições com a diferenciação suficiente para um atendimento correcto sob o ponto de vista científico e técnico. Foi neste contexto, que surgiu em 14 de Novembro de 2001 a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência, citada no despacho nº 18 459/2006, do Ministério da Saúde. A RRH pressupõe a existência de três níveis de hierarquização, a urgência básica, a urgência médico-cirúrgica e a urgência polivalente, através das quais, se pretende articular os recursos das instituições de saúde de modo a

garantir uma ordenada capacidade de resposta às necessidades de atendimento urgente de toda a população, proporcionando, deste modo, um maior ganho em saúde, uma vez que, promove a orientação da procura directa do nível de cuidados adequados à situação específica de urgência/emergência.

No entanto, ao longo das últimas décadas, o que se tem verificado é um super-povoamento dos SU pois, não são apenas os utentes urgentes/emergentes que aí recorrem mas, também, utentes que encontravam as suas necessidades satisfeitas numa instituição de cuidados de saúde primários. Segundo a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências (2001), este aumento abrupto dos utentes ao SU, irá provocar um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados aos utentes que efectivamente carecem de cuidados de urgência, uma vez que, existe, por um lado, deslocação de recursos humanos e, por outro, é um obstáculo à humanização. Para os SU implica uma maior dificuldade em dar respostas apropriadas às necessidades da população e uma redução da eficácia dos cuidados proporcionados pelos profissionais de saúde. Conforme expressa Sheehy's (2001, p. 7), existem variadíssimas causas para este aumento do número de atendimentos no SU, nomeadamente, não é necessária marcação; é um serviço útil para quem tem poucos recursos financeiros e económicos, tornando-se assim impossibilitados de aceder a médicos privados; possibilita tratamento independentemente da possibilidade de remuneração e encontra-se aberto 24 horas por dia, inclusive fins-de-semana e feriados.

Por tudo isto, torna-se difícil num SU prestar cuidados de qualidade, uma vez que, com esta sobrelotação, pode existir o risco de os profissionais de saúde não reconhecerem atempadamente os casos graves de doença ou, por exemplo, de situações de trauma. É por estas razões, que a implementação de um sistema de triagem eficiente se converte de extrema importância.

2. Panorâmica da Enfermagem de Urgência

A enfermagem de urgência teve a sua génese na época de Florence Nightingale, no entanto, ela tem evoluído ao longo destes anos. Deixou de ter aquela imagem tradicional de que o

enfermeiro era visto como auxiliar do médico, executor de tarefas e prestador de cuidados de menor complexidade e exigência, sem vida própria, sem horários de trabalho e sem vida familiar. Actualmente, a enfermagem é vista como uma profissão mais autónoma, mais autocrítica e mais interventiva nas decisões respeitantes ao cuidar do utente, o que proporcionou aos enfermeiros criar e assumir novos papéis no seio da equipa de saúde, bem como, adquirir novos saberes, e como tal, serem aceites e respeitados em todas as profissões da área da saúde (Carreira, 2003, p. 30).

A enfermagem moderna, segundo Potter e Perry (2004, p. 74), é uma arte e uma ciência que engloba, para além do conhecimento inerente à própria profissão, o conhecimento das ciências físicas e comportamentais, das ciências sociais, da ética e de questões contemporâneas, essenciais para satisfazer as necessidades individuais dos utentes e das suas famílias. Mais especificamente, a enfermagem de urgência, de acordo com Sheehy's (2001, p. 3),

“ (...) é a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções. (...) define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença.”

De facto, o âmbito da prática de enfermagem de urgência compreende um conjunto de acções sequenciadas, nomeadamente, a avaliação inicial, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação dos cuidados prestados ao utente. Estas acções caracterizam o chamado processo de enfermagem, que quando utilizado correctamente, é vital para garantir a continuidade de cuidados de qualidade junto do utente, num curto espaço de tempo. Normalmente, os cuidados prestados no âmbito do SU são episódicos, primários e, geralmente, agudos, onde a sua resolução pode passar por medidas simples ou por procedimentos mais complexos, como a reanimação. A implementação dos cuidados num SU exige perícia, dado que é necessário interpretar situações clínicas e fazer os respectivos julgamentos clínicos sobre os mais adequados cuidados a prestar ao utente. É claro, que toda esta perícia implica conhecimentos, experiências, atitudes e a correcta utilização dos padrões de cuidados (Alfaro-LeFevre, *cit in* Potter e Perry, 2004).

Para que a enfermagem de urgência ganhe, cada vez mais, voz activa no processo de tomada de decisões e, fale a uma só voz, os enfermeiros de um SU devem trabalhar em conjunto, com energia e ideias renovadoras, criando assim, uma nova imagem da enfermagem de urgência (Sheehy's, 2001, p. 7).

2.1. Protótipo do Enfermeiro de Urgência

A complexidade da actividade profissional do enfermeiro, secundária às imprevisibilidades dos contextos de trabalho e às necessidades apresentadas pelos utentes, nem sempre dotadas de uma eficaz e produtiva organização do trabalho e/ou do número satisfatório de profissionais de saúde, levam, inúmeras vezes, a que os enfermeiros se vejam confrontados na sua prática quotidiana com problemas de complexa resolução. Estes incluem, muitas vezes, situações dilemáticas, em que uma decisão terá de ser tomada, sem se ter a certeza que é a decisão mais correcta. Este tipo de situações, tornam-se mais evidentes, num serviço como o SU (OE, 2007). Os SU pelas suas características intrínsecas, a intensidade do trabalho físico e mental, a responsabilidade profissional, a confrontação constante com a morte e as ameaças constantes de perda e fracasso, exigem do enfermeiro a actualização permanente dos seus conhecimentos teórico-práticos, levando à necessidade de adoptar variadíssimos papéis, nomeadamente, a prestação de cuidados ao utente, gestão, investigação, consultadoria e apoio jurídico (Sheehy's, 2001, p. 3).

Os enfermeiros do SU, como referido precedentemente, têm actualmente, uma função diferente e, em evolução, daquela que ostentavam até ao aparecimento de Florence Nightingale. A definição formulada por Virgínia Hendersen e adoptada pelo International Council of Nurses em 1973, é uma declaração sucinta e mutuamente aceite,

“A função única da enfermeira consiste em assistir o indivíduo, doente ou saudável, na realização das actividades que contribuem para a saúde, sua recuperação ou para uma morte em paz, as quais o cliente realizaria sem auxilio, caso tivesse a força, a vontade ou o conhecimento necessário. E faz isso de maneira a ajudar o cliente a ganhar independência o mais rapidamente possível.” (Virgínia Hendersen *cit in* Potter e Perry, 2004).

É neste contexto, que se exige que o enfermeiro adquira competências para lidar com uma realidade mutável, resolva problemas de carácter imprevisível e tome decisões acertadas em tempo útil, ou seja, ser capaz de adoptar uma postura de “ (...) se utilizar a si próprio como um recurso” (Charlot *cit. in* Canário). De facto, o enfermeiro do SU, vê-se constantemente confrontado com situações novas e diversificadas, bem como com tecnologias cada vez mais complicadas, obrigando-o a intervir com eficácia em situações de alto e médio risco. Assim, um enfermeiro do SU deve apresentar um perfil que assente na responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, segurança, conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados, bem como, possuir resistência física (Rocha, 1996, p. 8). É igualmente importante referir que a atitude moral, bem como a atitude profissional do enfermeiro, são um agrupado de condutas assimiladas pelo utente e de que se sustenta para a sua recuperação, num momento tão crítico e difícil da sua vida.

De acordo com o Código Deontológico (2003, p. 11), é reconhecido aos enfermeiros o direito de “exercer livremente a profissão, sem qualquer tipo de limitações a não ser as decorrentes do código deontológico, das leis vigentes e do regulamento do exercício da enfermagem” (EOE, artigo 75º, nº 1, alínea a). No entanto, este direito de exercer a profissão livremente, é interdependente do dever de,

“Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”. (EOE, artigo 76º, nº 1, alínea a)

Desta forma, o enfermeiro orienta as suas práticas pela responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade, a excelência do exercício na profissão em geral, o respeito pelos direitos humanos na relação com o utente e na relação com outros profissionais de saúde (EOE, artigo 78, nº 3). Em consequente, o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega (EOE, artigo 79, nº 1, alínea b), assim como, pela protecção e defesa da pessoa, das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum (EOE, artigo 79, nº 1, alínea c).

É certo que a segurança dos cuidados podem ser perspectivados em sentido holístico, nas suas dimensões física, química, psicológica, biológica, social, cultural e espiritual, no qual o enfermeiro se co-responsabiliza pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respectivo tratamento (EOE, artigo 83, alínea a), orientando para outro profissional mais diferenciado para responder ao problema do utente, quando ultrapasse a sua competência (EOE, artigo 83, alínea b), assegurando, desta forma, a continuidade dos cuidados (EOE, artigo 83, alínea d).

É outra competência do enfermeiro, informar o utente e família acerca dos cuidados de enfermagem a serem realizados (EOE, artigo 84, alínea a), assim como, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado (EOE, artigo 84, alínea b). O enfermeiro tem, também, o dever de manter sigilo profissional de toda a informação inerente ao utente (EOE, artigo 85, alínea a) e, apenas divulgá-la com os implicados no plano terapêutico (EOE, artigo 85, alínea b). Aquando da realização dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa, protegê-la da intromissão e salvaguardar, sempre, a privacidade e a intimidade da pessoa cuidada (EOE, artigo 86).

Na procura da excelência em todo o acto profissional, o enfermeiro analisa habitualmente o trabalho executado, reconhecendo, desta forma, eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (EOE, artigo 88, alínea a), procura adaptar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas das pessoas (EOE, artigo 88, alínea b), mantém actualização continua (EOE, artigo 88, alínea c), assegurando, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que possibilitem exercer a profissão com autonomia e dignidade, transmitindo, através das vias adequadas, as lacunas que prejudiquem a qualidade dos cuidados (EOE, artigo 88, alínea d). Na vertente da humanização dos cuidados, o enfermeiro tem o dever de dar atenção ao utente e família como uma totalidade (EOE, artigo 89, alínea a) e contribuir para a criação de um ambiente apropriado ao desenvolvimentos das potencialidades da pessoa humana (EOE, artigo 89, alínea b).

3. Paradigma dos Cuidados de Enfermagem de Urgência

O cuidar é desde o início da história da humanidade e, conforme afirma Collière (1989, p. 200), uma das mais arcaicas práticas e, portanto, imperativo, no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao ser humano inserido numa comunidade. A Enfermagem nasce, então, como a profissão que cuida do ser humano, doente ou são, ao longo do ciclo vital e dos grupos sociais que se integra. Com esta valorização do cuidar na vida humana, emerge em 1890, a Enfermagem moderna com Florence Nightingale, realçando-se, deste modo, que os cuidados de enfermagem deveriam alicerçar-se na preocupação de fornecer ao utente o melhor ambiente possível, com o intuito de facilitar a acção das forças da natureza permitindo, assim, o restabelecimento ou a manutenção da saúde, sempre como horizonte o cuidar numa visão holística e humanista do ser humano, através de uma interacção corpo, mente e o meio ambiente (Gomes, 2000, p. 56).

No entanto, após Nightingale até à actualidade, as alterações que se têm produzido na sociedade a grande ritmo evidenciam mudanças nos cuidados de saúde, uma vez que, estes se inserem, inevitavelmente, num determinado contexto social, estando a sua organização, concepção e prática dependentes das influências das correntes sócio-económicas dominantes nessa mesma sociedade.

Numa época dominada pela informática e pela cibernética, onde a evolução técnica permite o aperfeiçoamento diário e constante das máquinas, leva a que os cuidados de saúde, hoje, se orientem mais para o negócio e menos para os serviços prestados, tendo como consequência a mudança na prática dos cuidados de enfermagem (Vaz, 2000, p. 14). É neste sentido, que o contexto de mudança, adquire aqui grande importância, uma vez que, a enfermagem passou a empregar na sua prática uma filosofia particularmente pragmática, fundamentando a sua actuação num modelo técnico-profissional, que valoriza os saberes biofisiológicos e a técnica, descurando, deste modo, o que há de mais digno e respeitável na pessoa humana (Gomes, 2000, p. 56). No entanto, a enfermagem, como disciplina do cuidado, a par desta mudança, deve manter os valores pelos quais a profissão se rege, nomeadamente, assistir o indivíduo para que recupere, mantenha ou melhore o seu estado de saúde, evite a doença, encontre

conforto e preserve a sua dignidade e individualidade enquanto pessoa. Apesar destas ameaças impostas à enfermagem, ela tem o talento, o conhecimento e a iniciativa para fazer a diferença nos cuidados de saúde, agenciando as inovações necessárias para melhorar a qualidade dos cuidados empregues aos utentes (Potter e Perry, 2004, p. 18-19).

O cuidar é um fenómeno universal que influencia o modo de pensar, sentir e agir das pessoas em relação ao outro. Ao longo do tempo, foram múltiplas as tentativas dos autores para definir este termo tão vasto como é o cuidar. Pois cada autor atribui ao cuidar sentidos diferentes, de acordo com o que julga de uma situação que experienciou ou de acordo com o sentido que cada autor quer atribuir à sua existência (Honoré, 2004, p. 17).

É certo que, na prática de enfermagem, o cuidar constitui o ideal moral da sua acção, sendo considerado um acto indispensável à sobrevivência do Homem, “ (...) é primeiro que tudo, um acto de vida (...)” (Collière, 1989, p. 235). Ainda neste sentido, o mesmo autor, Collière (1989, p 237) argumenta que,

“O cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (...)”

Neste contexto, cuidar de alguém surge como a expressão da humanidade de cada um dentro da própria humanidade, isto é, o cuidado que cada um manifesta no mundo em que vive, no sentido de cooperar para uma atmosfera humana mais rica e para um universo mais cuidador. O cuidar surge, ainda, como uma maneira de estar na vida, uma atitude que conduz a um autêntico olhar para o outro e para o mundo, tendo como alicerce um conjunto de competências e capacidades e, como tal, numa conduta ética que exige um desvendar do utente em toda a sua singularidade, acompanhando e respeitando-o em todos os momentos, sem, no entanto, exercer qualquer tipo de poder sobre ele ou qualquer tipo de juízo de valor (Hesbeen, 2004, p.25-101).

De facto, conforme refere Hesbeen (2001),

“ Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que esse todo faz para a singularidade da vida.”

Assim, cuidar significa uma forma de se pôr em movimento e de se comportar, ou seja, olhar para o utente e para o mundo como um todo, perceber o que o rodeia, quais os seus desejos, sentimentos e necessidades, tentar compreender o que não se consegue ver num primeiro olhar e, que se encontra geralmente, para lá das aparências. É não julgar, é não adoptar comportamentos estereotipados ou convencionais e é não rotular os utentes apenas pela aparência, é tentar perceber o que existe de bom, mesmo quando este surge como um ser desolado, angustiado ou demonstrando uma grande solidão. É nestes momentos difíceis que se reverte de extrema importância mencionar as palavras de Antoine, bispo ortodoxo (*cit. in* Hesbeen, 2004),

“ Se não observarmos uma pessoa e se não virmos a beleza que dela emana, nada podemos fazer por ela. Não ajudamos ninguém ao distinguir o que está mal, aquilo que é feio, aquilo que está deformado. Cada um de nós foi criado à imagem de Deus, cada um de nós é como um ícone perdido pelas circunstâncias ou profanado pelo ódio humano, mas se nos deparássemos com um ícone perdido no tempo este seria tratado com veneração e cuidado, concentrar-nos-íamos no que resta da sua beleza e não sobre o que se encontra perdido. E é o que devemos aprender a fazer com qualquer pessoa.”

Na verdade, numerosas controvérsias têm surgido entre os autores, colocando em causa todo o significado que reveste a palavra cuidar. No entanto, grande parte concorda e adopta o conceito mencionado por Hesbeen. Segundo este autor, cuidar é uma arte e designa a acção do profissional de saúde, quando este se ocupa do utente, proporcionando-lhe todos os cuidados apropriados ao seu estado, tendo como propósito o restabelecimento da saúde; significa conceder atenção, preocupação com o bem-estar e conforto do utente, na satisfação das suas necessidades, contribuindo, deste modo, para um ambiente de grande humanidade (Hesbeen, 2004, p. 31-37).

De facto, o cuidar exige, actualmente, do enfermeiro mais do que o seu saber, pois este pode ser memorizado e, mais do que o seu saber fazer, pois os gestos podem, também, ser automáticos, exige o seu saber ser, tanto com ele próprio como com o utente. O enfermeiro

deve ter em mente, que só desenvolvendo o seu saber ser, se centralizará na especificidade da pessoa humana, tendo em conta uma cultura, uma identidade, sentimentos e emoções. O cuidar é sempre uma acção atractiva, que só tem lugar, quando subsiste serenidade, lucidez e um questionar constante acerca da evolução do estado de saúde do utente. Por tudo isto, só se cuida verdadeiramente quando o enfermeiro gosta de si mesmo, quando gosta do outro, quando reconhece no utente a necessidade de ser cuidado e a sua capacidade para participar nesse mesmo cuidado e, essencialmente, quando gosta da sua profissão (Castro *et al.*, 2002). De acordo com Pacheco (2002, p. 45), “o desejo de prestar bons cuidados de enfermagem (...) passa pelo conhecimento de nós próprios e pela consciência da importância do outro.”

É através de toda esta metodologia do cuidar que devem assentar os cuidados de enfermagem. Correntemente, as designações dos cuidados de enfermagem estão em conformidade com as significações do cuidar, uma vez que, também, representam um assunto vasto e de grande complexidade, devido à influência de um conjunto de saberes e poderes inerentes à sociedade na qual estão inseridos. No entanto, distinguem-se pelo facto dos cuidados exprimirem a noção, não só, de um acto, acção, atitude ou forma de agir mas, também, de uma inquietação, uma preocupação ou uma maneira de ser ou estar na vida. É através desta noção do cuidado, que o profissional de enfermagem, deve ter sempre em mente que, neste processo, estão implicadas pessoas e não objectos ou mecanismos, tem que ter a percepção que os utentes vivem e existem em coexistência, isto é, manifestam-se no mundo pelo seu corpo vivo, pelas suas acções ou pela maneira de estar na vida com eles próprios e com os que o rodeiam, ou seja, o utente é um ser bio-psico-socio-cultural. Tendo em consideração toda esta dimensão do utente, o enfermeiro, além de zelar pela salvaguarda e manutenção do corpo dos utentes, tem que ter um cuidado especial com tudo o que constitui a sua existência, nomeadamente, a sua identidade pessoal, as suas preocupações, as suas acções, os seus projectos, os seus sentimentos e as suas emoções, promovendo, sempre que possível, a participação dos utentes nos cuidados que lhe estão inerentes (Honoré, 2004, p. 66-104).

É deste modo, que a enfermagem se torna “ (...) decididamente humana, feita de «pequenas coisas» (...)”. São estas «pequenas coisas» que proporcionam ao utente o sentimento de confiança, consideração e de valorização enquanto pessoa que vive uma experiência delicada, são estas «pequenas coisas» que dão sentido à vida, fazem acender a luz ao fundo do túnel,

fazem renascer a esperança. Por tudo isto, são estas «pequenas coisas» que constituem a essência da prática dos cuidados de enfermagem (Honoré, 2004, p. 68).

Em conformidade com o anteriormente mencionado, o MS formulou o Decreto-lei nº 161/96, de 4 de Setembro, através do qual alega que os cuidados de enfermagem são caracterizados por se basearem numa interacção enfermeiro/utente, família, grupos e comunidade; estabelecerem uma relação de ajuda com o indivíduo; identificarem os problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular; recolherem e apreciarem os dados sobre cada situação; formularem diagnósticos de enfermagem; elaborarem e realizarem planos para a prestação de cuidados; executarem correcta e adequadamente os cuidados de enfermagem e efectuarem a avaliação desses mesmos cuidados.

De facto, articulando a arte e a ciência, a enfermagem, procura cuidar do utente como um todo, isto é, percebê-lo como uma rede de inter-relações dinâmicas entre o seu interior e o seu exterior, abrangendo assim, todos os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais do utente. Este cuidar de enfermagem, baseia-se no modelo de saúde holística, o qual, se encontra numa posição antagónica relativamente à ciência actual (Sorensen e Luckmann, 1998, p. 308).

A ciência actual, assente no mecanicismo, tende a afastar cada vez mais o “Homem do Homem, o Homem da Natureza e o Homem de si mesmo” (Morais, 2004, p. 29), isto é, o Homem é entendido e analisado como uma máquina, bastando apenas desmontar as suas peças para entender o seu funcionamento. Este entendimento dos seres humanos como máquinas deixa de lado a ética humanista, baseada no respeito e dignidade da pessoa humana, abandona a compreensão de um todo complexo, rejeita a valorização de sentimentos e procura o poder sobre a natureza e as pessoas, desprezando, desta forma, a enfermagem.

Utilizando o holismo, os enfermeiros, aplicando o processo de enfermagem, consideram os utentes como os melhores especialistas em relação à sua saúde, respeitando as suas experiências subjectivas na manutenção da saúde ou na cura da doença (Potter e Perry, 2004, p. 5). Cada profissional de enfermagem, no seu papel pedagógico de promoção da saúde, deve

desenvolver no Homem a consciência de uma cidadania efectiva, de pleno respeito por si, pelo ambiente e pelos outros. Desta forma, o enfermeiro, faz com que o Homem se considere parte de um bem maior, no qual os seus comportamentos têm implicações, não só nele próprio mas, também, nas pessoas que lhe são próximas ou numa vida futura (Morais, 2004, p. 29).

Desta forma, a prática dos cuidados de enfermagem deve reflectir a constante preocupação pelo bem-estar da pessoa cuidada, estabelecendo-se assim, uma relação entre enfermeiro/utente assente numa visão humanística. Martins (2002, p. 68) afirma que,

“ (...) é hoje amplamente consensual que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, que requer uma abordagem complexa, com vista à satisfação das suas necessidades, à recuperação das suas funções e à potenciação das suas capacidades para o auto-cuidado.”

No entanto, este tipo de práticas, assente no paradigma holístico, não se verifica tantas vezes, como as desejadas, pois o ser humano nem sempre é valorizado em todas as suas dimensões, passando a técnica a ser considerada a mais essencial. E isto, ainda, se torna mais evidente num serviço como o SU, o qual, pelas suas características, já é particularmente despersonalizante. No entanto, cuidar num SU é muito mais do que saber relacionar conhecimentos técnico-científicos é, sobretudo saber respeitar a individualidade do utente enquanto pessoa, ou seja, cuidar num SU de uma instituição hospitalar implica que o enfermeiro seja capaz de criar uma atmosfera de confiança, que escute o utente em vez de discursar e que compreenda e reformule, nos momentos adequados, o que o utente verbaliza ou transmite, de modo, a que o utente perceba que foi compreendido. Cuidar num SU implica que o enfermeiro esteja desperto para a relação de ajuda e, que a azáfama do dia-a-dia não o impeça de exercer tal relação (Vaz, 2000, p. 16). É, neste contexto, que o enfermeiro deve intervir, de modo, a proporcionar uma prestação de cuidados com qualidade crescente.

3.1. Qualidade dos cuidados de enfermagem

As rápidas transformações estruturais que caracterizam o mundo têm colocado novos e constantes desafios ao SNS. O acesso à informação e ao conhecimento, em resultado dos

progressos tecnológicos, tem vindo a provocar uma crescente consciencialização da opinião dos utentes, conduzindo a que as instituições prestadoras de cuidados de saúde, reconhecessem a temática da qualidade em saúde, com o propósito de atingir a eficácia e a eficiência pretendida, de acordo com as expectativas e exigências dos utentes e da sociedade.

É neste sentido, que se torna necessário assegurar a competência profissional dos prestadores de cuidados a todos os níveis, bem como, estruturar os serviços de saúde com o intuito de satisfazer as necessidades da população, de modo a assegurar um nível aceitável e desejável de cuidados. Assim, uma prestação de cuidados de saúde de qualidade aos utentes, para além de ter como horizonte o paradigma do cuidar, deve constituir uma preocupação constante de todos e uma responsabilidade que envolve não só a comunidade, os profissionais e as instituições de saúde mas, também, os responsáveis políticos (Melo, 2001, p. 29). Para isto, é necessário que todos, sem excepção, tenham em mente quais os objectivos inerentes a uma prestação de cuidados de qualidade, entre os quais, os cuidados devem promover e manter a saúde da população, devem certificar que os recursos disponíveis são utilizados de forma eficiente e concebível e, acima de tudo, devem promover a satisfação dos utilizadores que usufruem desses cuidados (Pisco, 2001, p. 36). Desta forma, de acordo com Mezomo (2001, p. 34), se os serviços prestados não forem de encontro às necessidades dos utentes e se na missão da organização não estiver previsto o seu atendimento, torna-se impossível satisfazer os utentes. Para que estes objectivos sejam avaliados de forma sistemática, subsistiu a necessidade de se implementar sistemas de qualidade, os quais se encontram reconhecidos, quer por organizações internacionais, como a OMS e o CIE, quer por organizações nacionais como o CNQ e o IQS. Esta necessidade de um sistema de qualidade foi identificada pela OMS, na declaração “Saúde para todos no ano 2000”, meta 31, e pelo Concelho da Europa na recomendação 17/79 do Concelho de Ministros (Pina, 2001, p. 33), onde consideram que um sistema de qualidade é,

“ (...) um conjunto integrado de actividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objectivo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.” (Biscaia, 2000, p. 8)

De facto, como afirma a OE (2005), desenvolver um sistema de qualidade em saúde revela-se uma acção prioritária, uma vez que, as actividades desenvolvidas para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados vão permitir introduzir melhorias nas novas políticas de saúde e nas novas estratégias reformistas. Foi neste contexto, que a OE (2005) definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, protótipos fundamentais para as organizações de saúde em particular e para o exercício profissional dos enfermeiros em geral constituindo, assim, um valiosíssimo instrumento capaz de guiar o caminho na procura de um exercício profissional de excelência, bem como, capaz de exercer reflexão sobre esse mesmo exercício profissional (Almeida, 2001, p. 40).

Contudo, a compreensão e avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados torna-se complicada, devido à complexidade, dinâmica e delicadeza que caracterizam essas mesmas práticas, particularmente as centradas no cuidar, que não facilitam e convertem a qualidade num conceito subjectivo e de difícil definição, conduzindo à existência de divergências entre os vários autores que a tentam definir. Porém, existe unanimidade quando consideram que o conceito de qualidade dos cuidados de saúde não é nunca um conceito estático, uma vez que, a noção de qualidade varia, não só, consoante as crenças, valores e cultura de uma sociedade mas, também, com as transformações que ocorrem ao longo dos tempos, pois o que pode ser qualidade agora, pode não o ser daqui a alguns anos (Sepúlveda, 1998, p. 37).

É neste contexto, que Alexandra Giraud (1994) afirma que sendo a qualidade uma noção vaga e de complexa significação, ela varia, por um lado, no tempo e no espaço e, por outro, consoante as pessoas e os seus pontos de vista. Concluiu-se, então, que cuidados de excelência apresentam significados diferentes para pessoas diferentes, sendo dever do enfermeiro incrementar habilidades para lidar com estas diferenças, garantindo, assim, elevados níveis de satisfação para cada utente individualmente. Desta forma, e como argumenta a OE (1994),

“ A qualidade dos cuidados sendo um conceito multidimensional é, também, um fenómeno cultural pelo que devemos, como ponto fundamental, prestar cuidados culturalmente aceites, que vão de encontro à satisfação das necessidades dos utentes, tendo em conta os seus valores, hábitos e crenças. Qualidade é o respeito pelos direitos dos utentes.”

Assim os profissionais de enfermagem são, pois, responsáveis por contemplar o utente como um todo, tendo a consciência de que uma prática de cuidados de qualidade é marcada pelos seus comportamentos e pelas suas atitudes e, depende, não só, do seu desejo, motivação e criatividade mas, também, das suas competências, capacidades e eficácia para realizar os cuidados ao mais alto nível. Com efeito, uma prática de qualidade está, em parte, intrinsecamente, ligada à personalidade de cada prestador de cuidados, à sua sensibilidade, à suas fontes de inquietação ou satisfação, às suas esperanças e desilusões, ou seja, à sua vida e à forma como a encara (Hesbeen, 2001, p. 153-154). Para o mesmo autor (Hesbeen, 2001, p. 52), uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade,

“ (...) é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspectiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde. Ela requer uma atenção particular para com as pessoas, criada pela preocupação com o respeito por elas. Ela procede da utilização coerente e complementar dos diversos recursos de que a equipa de profissionais dispõe e constitui a prova dos talentos destes profissionais. Ela inscreve-se num contexto político, económico e organizacional com orientações, meios e limites pertinentes e claramente definidos.”

É notório que, apesar dos esforços desenvolvidos para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem no SU, em Portugal ainda existe um longo caminho a percorrer. É indispensável que os serviços de saúde impulsionem uma adequação nas práticas de enfermagem de urgência, tanto a nível local, na reestruturação dos SU, como a nível nacional, na concepção filosófica do SNS (Mendes, 2004, p. 8). No entanto, é importante recordar que a qualidade não se decreta, não se legisla nem se impõe, ela pressupõe sim, o empenho e convicção de todos os intervenientes, com vista à satisfação das necessidades dos utentes.

4. Triagem

Diariamente os SU são confrontados com um grande número de utentes que apresentam uma ampla gama de problemas, provocando uma sobrecarga de trabalho que, varia constantemente, dependendo esta, do número de utentes que recorre ao SU, bem como, do estado de saúde que apresentam. É, sem dúvida, esta sobrelotação que interfere negativamente na eficácia que se pretende que exista num SU hospitalar. É neste contexto, que se torna

imprescindível, a existência de um sistema de triagem para assegurar uma metodologia de trabalho que seja coerente, que respeite a boa prática em situações urgentes, seja fiável, uniforme e objectiva ao longo do tempo e, principalmente, que o atendimento dos utentes seja por ordem de necessidade clínica e não por ordem de chegada.

Fazendo uma breve resenha histórica, pode-se dizer que o termo triagem, do francês *trier*, que significa “escolher ou seleccionar”, era utilizado pelo exército francês, durante a II Guerra Mundial, nos campos de batalha para priorizar o atendimento dos soldados feridos. O objectivo militar consistia em proporcionar cuidados para tratar lesões menos complicadas, permitindo, assim, um rápido retorno à frente da batalha. Todos os soldados em estado considerado crítico, recebiam cuidados médicos muito tardiamente. A utilização de sistemas de triagem remota aos anos 60, do século XX, quando a procura de cuidados de urgência ultrapassou os recursos existentes. Este conceito, no entanto, começou a ser progressivamente utilizado noutras áreas: primeiramente em situações de catástrofe ou de grandes acidentes e só, posteriormente, foi introduzido em instituições hospitalares, mais especificamente nos SU (Teixeira, 2006, p. 327).

Muitas definições seriam possíveis de enunciar, contudo, o conceito defendido por Cardoso (1993), é considerado o mais adequado. Para este autor, um sistema de triagem traduz-se, basicamente, por uma observação e avaliação do utente, com a finalidade de estabelecer prioridades de atendimento, de modo a reduzir o tempo de espera no serviço e assegurar que os utilizadores recebam o tratamento adequado ao seu estado de saúde.

De acordo com o despacho nº 18 459/2006, do MS, todos os SU, integrados na RRH, independentemente da localização destas redes, devem implementar um sistema de triagem de prioridades. Deste modo, um sistema de triagem deverá combinar destreza e competência para realizar observações rápidas dos utentes, bem como, recolher toda a informação pertinente acerca do estado de saúde do utente. Todavia, o enigma da triagem estabelece, desde longa data, um obstáculo ao bom funcionamento do SU, pelo que a sua implementação constitui um processo complexo que exige a existência de critérios pré-definidos e universais, que pautem o desempenho dos profissionais que a realizem. No entanto, quando se pretende implementar um sistema de triagem com êxito tem de se obter consentimento e apoio das entidades

directivas e oficiais como, também, realizar uma preparação prévia dos profissionais de saúde, uma vez que, se trata de um processo dotado de grande responsabilidade.

Segundo Sheehy's (2001, p. 117), um processo de triagem eficaz facilita a afectação dos recursos adequados, levando a uma maior satisfação das necessidades dos utentes, dado que, este sistema irá colocar o utente no local certo, no momento certo, para receber o nível de cuidados adequados. Ainda segundo o mesmo autor, existem componentes que contribuem para aumentar a eficiência deste sistema, bem como a satisfação dos utentes, sendo eles, um espaço adequado, sistema de comunicação, material, acesso à área de tratamento e um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar. De facto, existem aspectos que devem ser considerados no momento da escolha do local onde se vai realizar a triagem, nomeadamente, deve estar facilmente acessível à entrada do SU e à área de tratamento; deve possibilitar a visão de todas as pessoas que aguardam pela triagem; deve haver, se possível, separação da triagem de adultos da triagem de pediatria; uma maca e uma cadeira de rodas devem estar facilmente acessíveis e disponíveis à entrada do SU, deve haver um intercomunicador para convocar os utentes e deve ser um local que ofereça a privacidade desejada para os cuidados realizados no sector de triagem (Rogers *et al.*, 1992).

Para a realização de um processo de triagem exemplar é necessário que os profissionais que a executem, tenham em mente quais os objectivos que regem este sistema. Desta forma, o seu objectivo principal relaciona-se com a “ (...) identificação rápida de doentes que se apresentam com estados de natureza urgente e em risco de vida” (Sheehy's, 2001, p. 118). Para além deste objectivo principal, existem objectivos complementares que devem ser mencionados, como sejam, deve avaliar precocemente todos os utentes, de forma, a estabelecer prioridades que garantam o acesso aos cuidados de saúde de acordo com gravidade da situação; deve permitir o descongestionamento das áreas de tratamento, bem como regularizar a afluência dos utentes ao SU e deve determinar qual o local de tratamento que melhor se adequa à situação do utente (Sheehy's, 2001, p. 118).

Ao implementar um sistema de triagem num SU, as entidades directivas devem ter em mente e, devem fazer chegar aos profissionais de saúde a informação de que um sistema de triagem deve satisfazer uma serie de funções. Das funções que engloba este sistema de prioridades,

destacam-se dois tipos, as funções primárias e as secundárias. As funções primárias incluem a avaliação e reavaliação da queixa principal e sua sintomatologia, uma breve história clínica, exame físico e avaliação de sinais vitais. As funções secundárias de um sistema de triagem envolvem tarefas administrativas, identificação da avaliação do utente em contexto pré-hospitalar, aprovisionamento de material, manutenção do equipamento, limpeza, segurança e informações proporcionadas aos utentes e familiares (Handysides, 1996, p. 67).

É claro que a implementação de um sistema de triagem num SU acarreta, como qualquer outro sistema, vantagens e desvantagens. Em consonância com Cordeiro *et al.* (2002), são vantagens de um sistema de triagem: a optimização dos recursos humanos e materiais do SU de modo a proporcionar uma melhoria na organização dos cuidados prestados e, consequentemente, um aumento da qualidade desses mesmos cuidados; evita a duplicação de funções, isto é, os utentes são observados pelo clínico especialista segundo a patologia que ostentam; promove um ambiente seguro quer para o utente quer para os familiares, possibilitando, deste modo, atenuar o nível de ansiedade e diminuir factores de tensão; bem como permite diminuir o tempo de espera para os utentes que carecem de cuidados especializados. Por outro lado, as desvantagens de um sistema de triagem defendidas por George (1992, p. 870) dizem respeito a um provável aumento do tempo de espera dos utentes que não carecem de cuidados urgentes e que viam as suas necessidades satisfeitas numa instituição de cuidados de saúde primários; é um sistema dispendioso, numa fase inicial, pois obriga a um investimento em infra-estruturas pelas entidades directivas e implica, também, treino dos profissionais e, por último, em alturas de menor afluência de utentes ao SU acarreta um desperdício de recursos humanos e materiais.

Os sistemas de triagem variam grandemente de SU para SU. Thompson e Dains (1982), reconheceram os três tipos de sistemas de triagem mais comuns, respectivamente, o director de tráfego, o exame aleatório e, por último, o sistema alargado. Basicamente, as diferenças entre estes tipos de sistemas relaciona-se com a profundidade da triagem executada. Actualmente, para triar os utentes no SU, está em vigor um novo sistema de triagem, o sistema de Triagem de Manchester, que se assemelha ao sistema alargado, no entanto, com algumas modificações, como se poderá verificar adiante na apresentação deste trabalho.

4.1. Quem realiza a Triagem

Esta é uma questão que mais polémica levanta entre os autores, no entanto, todos estão de acordo que o processo de triagem não pode ser realizado através de métodos preconizados tradicionalmente no atendimento dos utentes.

Outrora, a triagem era efectuada por pessoal administrativo, recepcionistas, auxiliares de enfermagem e técnicos de urgência médica, ou seja, o processo de triagem dos utentes era efectuado por pessoal não qualificado. Foi então que em 1985, surgiu a Lei COBRA, actualmente conhecida por Lei Relativa a Trabalho de Parto e Tratamento Médico de Urgência (EMTALA), que particulariza “ (...) que o rastreio clínico deve ser realizado por pessoa qualificada” (Fiesta, 1991, p. 15). É na definição da pessoa qualificada para realizar a triagem que existe toda a controvérsia entre os autores, uma vez que, uns preconizam que a triagem deve ser efectuada por médicos, enquanto que outros dizem que deve ser realizada por profissionais de enfermagem. Foi, neste sentido, que vários estudos foram elaborados na tentativa de provar a existência ou não de vantagens em praticar a triagem por enfermeiros ao invés da triagem médica. No entanto, a multiplicidade da bibliografia consultada neste âmbito aponta o enfermeiro como o profissional de saúde de excelência para a realização do processo de triagem dos utentes num SU. De facto, e conforme afirma Cabral *et al.* (1999),

“ (...) os enfermeiros são considerados os profissionais que reúnem as condições necessárias para a triagem, uma vez que usam uma linguagem clínica orientada para os sintomas, e não para os diagnósticos, e conseguem estabelecer uma boa relação com o utente.”

Do mesmo modo, para Rocha *et al.* (*cit. in* Maia, 1999), a triagem só poderá ser efectuada por pessoas competentes como são os enfermeiros de forma a “ (...) fazer uma avaliação sólida, baseada num bom conhecimento do incidente ou doença que produziu o recurso ao serviço de urgência.”

Outros estudos foram realizados, tendo sido concluído que o processo de triagem tem um funcionamento superior quando realizado por enfermeiros, uma vez que estes profissionais

apresentam uma melhor visão do conjunto (Yates, 1987, p. 153-154). Para além destas vantagens, Teixeira (2006, p. 327) refere, ainda, que a triagem realizada por enfermeiros contribui para aumentar a humanização do acolhimento do utente e família, permitindo estabelecer uma boa relação entre enfermeiro-utente podendo, deste modo, atenuar sentimentos como a ansiedade, a agressividade ou impaciência do utente e família, através de uma calma explicação acerca de todo o processo de triagem e o seu objectivo; contribui para dignificar a imagem de enfermagem; permite uma observação imediata do utente com risco de vida e permite realizar uma retriagem, se necessário.

Relativamente às desvantagens da triagem executada pelos enfermeiros, em toda a bibliografia examinada não foi possível encontrar nenhuma referência específica, no entanto, George (1992, p. 876), menciona que o tempo de espera aumenta quando a triagem é efectuada por enfermeiros. Contudo, a maior parte dos estudos referem não haver diferença quanto à eficácia da triagem desenvolvida por enfermeiros e da desenvolvida por médicos.

Deste modo, constituindo o enfermeiro a pessoa mais indicada para realizar a triagem, este tem de desenvolver uma série de características desejáveis para que o seu empenho seja eficaz, nesta área tão sensível e frequentemente caótica de um SU. Assim sendo, o enfermeiro tem de possuir grandes conhecimentos teórico-práticos que o permitam desenvolver uma eficaz avaliação do utente; tem de ter capacidade de organização, de tomar decisões rápidas e de realizar uma correcta colheita de dados através da entrevista e observação; tem de ter destreza, dinamismo, agilidade mental, capacidade de liderança e experiência, que lhe permita detectar sinais subtis quanto à acuidade do utente. É neste âmbito, que se torna indispensável mencionar as palavras proferidas por Handysides (1996, p. 100), relativamente às situações que constituem o maior desafio para o enfermeiro triador,

“ Não são os doentes cujo estado crítico é visível que constituem o maior desafio para o enfermeiro da triagem. O verdadeiro desafio está em reconhecer pistas subtis de um problema grave, que pode deteriorar-se rapidamente, se não for tratado de imediato.”

É a partir desta complexidade de funções, inerentes ao processo de triagem, que conduziu a Associação de Enfermeiros de Urgência a elaborar uma serie de recomendações relativamente

a quem deve desempenhar o papel de enfermeiro triador. Deste modo, instituiu que, para que tal seja possível é necessário que o enfermeiro tenha uma experiência mínima de seis meses em práticas de enfermagem de urgência e ter formação específica para realizar tais funções, que lhe vão permitir uma prestação de cuidados eficaz e uma maior à-vontade na realização dessas mesmas funções (Sheehy's, 2001, p. 120-121).

4.2. Sistema de Triagem de Manchester

Como referido anteriormente, existem vários sistemas de triagem empregues ao longo do tempo nos SU. No entanto um dos que apresenta maior acreditação e que se encontra em vigor em Portugal é o STM. Este sistema, criado pelo Grupo de Triagem de Manchester em Novembro de 1994, em Inglaterra, pretendia estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros dos SU, com vista à criação de normas de triagem. Apesar da sua criação em 1994, foi em 1997 que este sistema de triagem foi implementado e, desde então, adoptado como norma em vários hospitais do Reino Unido. Em Portugal, foi no dia 18 de Outubro de 2000 que este sistema começou a ser utilizado nos SU, primeiramente, no Hospital Geral de Santo António e no Hospital Fernando Fonseca e, posteriormente, nos demais hospitais, estando reconhecido pelo MS, OE e OM (Teixeira, 2006, p. 327). Foi a partir deste interesse em implementar o STM pelos hospitais, que surgiu o Grupo Português de Triagem. Este grupo foi educado e formado pelos membros do Grupo de Triagem de Manchester, de acordo com as mesmas normas e critérios empregues no Reino Unido. A actividade do GPT é exercida mediante protocolos e em cooperação estreita com o MS, na promoção e concretização da difusão do sistema, formação, implementação, manutenção e auditorias (Morais *et al.*, *cit. in* Nunes, 2003).

Para que subsistissem, então, normas de triagem comuns aos profissionais de saúde, rapidamente ficou claro que deveriam ser criados objectivos para a implementação do STM. Assim sendo, os objectivos a que o grupo se propôs fundamentam-se, basicamente, no desenvolvimento de uma nomenclatura e definições comuns; criação de uma sólida metodologia de triagem; formação de um guia de auditorias para a triagem e desenvolvimento de um programa de formação (Freitas *et al.*, 1997). Para além destes objectivos, é

imprescindível mencionar qual o objectivo do sistema de TM, desta forma e, segundo Dr. Paulo Freitas (*cit. in* Nunes, 2003),

“O objectivo do sistema é fazer triagem de prioridades, ou seja, identificar critérios de gravidade, de uma forma objectiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido, sem fazer quaisquer presunções sobre o diagnóstico, que seja uma prática fiável, uniforme e objectiva ao longo do tempo, bem como possível de auditoria (inclusive externa)”.

Este método de triagem de utentes acarreta, também, algumas vantagens relativamente a outros sistemas de triagem, particularmente, é um método que garante a uniformidade de critérios ao longo do tempo, bem como, entre as múltiplas equipas do SU; assegura ao utente observação de acordo com a gravidade da sua situação; é um método que termina com a triagem sem fundamento científico, permitindo deste modo, uma tomada de decisões com rigor científico; prevê a triagem individual, assim como, a triagem múltipla em caso de catástrofe; não implica um investimento financeiro significativo e é rápido de executar (Marques, *cit. in* Nunes, 2003).

É claro, que para a realização do processo de TM torna-se essencial que o enfermeiro seja dotado de uma capacidade resistente de tomada de decisões, obedecendo para isso, a uma serie de etapas fundamentais, as quais contribuem para tomar uma decisão sólida e consciencializada acerca do destino a atribuir ao utente. De acordo com o GTM (*cit. in* Freitas *et al.*, 1997), o processo de tomada de decisões “ (...) é parte integrante e importante da prática clínica e de enfermagem” e, requer tanto raciocínio como intuição, os quais devem fundamentar-se nos conhecimentos e aptidões profissionais. A capacidade dos profissionais em tomar decisões sólidas é imprescindível para uma prestação de cuidados de excelência aos utentes, devendo para isso, interpretar, discriminar e avaliar a informação fornecida pelos utentes. É certo que, para um admirável processo de tomada de decisões, o profissional de saúde tem que recorrer a algumas estratégias, especificamente, ao raciocínio; ao reconhecimento de padrões, ou seja, interpretação dos sinais e sintomas expressos pelos utentes; à formulação repetitiva de hipóteses; à representação mental e à intuição.

Com efeito, as etapas que devem ser preconizadas pelo enfermeiro triador englobam a identificação do problema; uma correcta colheita e análise dos dados fornecidos pelo utente; uma avaliação de todas as alternativas e selecção de uma delas para executar; implementação da alternativa seleccionada e, por último, monitorização da alternativa adoptada, bem como, a avaliação dos resultados (Nunes, 2003, p. 290).

Para a realização destas etapas torna-se fundamental a existência de uma nomenclatura e definições comuns. Foi neste sentido e, através da análise da nomenclatura e das definições existentes nos diferentes sistemas de triagem, que se pode concluir que subsistem certos temas que são comuns. Após identificação desses temas chegou-se rapidamente a um consenso quanto à nova nomenclatura e definição a utilizar no STM. Deste modo, foi atribuído a cada uma das novas categorias um número, um nome, uma cor e um tempo aceitável até o utente ser observado pelo clínico (Freitas *et al.*, 1997). Estabelece-se, então, a seguinte escala nacional de triagem:

Número	Nome	Cor	Tempo Máximo (tempo alvo)
1	Imediato	Vermelho	0 minutos
2	Muito Urgente	Laranja	10 minutos
3	Urgente	Amarelo	60 minutos
4	Padrão	Verde	120 minutos
5	Não Urgente	Azul	240 minutos

Quadro 1: Escala Nacional de Triagem. Fonte: Freitas *et al.* (1997).

4.2.1. Metodologia da Triagem de Manchester

Em traços gerais, a metodologia da TM “ (...) não pretende definir um diagnóstico, mas sim uma prioridade clínica” (Teixeira, 2006, p. 327), permitindo, deste modo, identificar atempadamente e, de forma objectiva e contínua, o utente que carece de cuidados urgentes. A atribuição de uma prioridade ao utente foi uma decisão que, segundo o Dr. Paulo Freitas

(1997, p. 7), se fundamentou em três grandes princípios. O primeiro princípio relaciona-se com a gestão clínica dos utentes e com a gestão do SU, que é facilitada pela atribuição de uma prioridade; o segundo princípio diz respeito ao tempo utilizado na triagem, que se for usado para obtenção de um diagnóstico está sentenciado ao fracasso e, finalmente, o terceiro princípio expressa que a prioridade clínica reflecte a sintomatologia apresentada pelo utente, bem como, o diagnóstico.

Este método de triagem requer que os profissionais seleccionem uma das 53 sintomatologias pré-definidas e, procurem seguidamente um número delimitado de sinais e sintomas que discrimine a prioridade clínica a atribuir ao utente. Cada conjunto de sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades, ou seja, permitem a inclusão da sintomatologia manifestada pelo utente numa das cinco prioridades clínicas, funcionam como discriminadores, que se apresentam sob a forma de fluxogramas e, que podem ser gerais e específicos. Os discriminadores gerais estão relacionados com o risco de vida, a dor, as hemorragias, o grau do estado de consciência, a temperatura e o agravamento do estado geral do utente, ou seja, são discriminadores que se aplicam a todos os utentes, independentemente da situação que apresentam (Teixeira, 2006, p. 328). Relativamente aos discriminadores específicos, estes aplicam-se aos casos individuais ou a pequenos grupos e tendem a familiarizar-se com características particulares manifestadas pelos utentes. É claro, que todos estes conceitos se encontram definidos de forma precisa, a fim de garantir a uniformidade no atendimento/acolhimento dos utentes.

5. Acolhimento do Utente no SU

O acolhimento do utente numa unidade de saúde é dotado de grande importância, tornando-se mais indubitável num serviço como o SU, que exige grandes ajustamentos, tanto a nível mental como a nível emocional por parte do utente. Ele é lançado num ambiente desconhecido, para o qual não possui um “quadro de referência”, conduzindo-o a estabelecer uma luta interior, que lhe irá permitir obter sentimentos de estabilidade e auto-controlo. No pólo oposto, encontra-se a família que se sente relegada e angustiada pela falta de informações sobre o prognóstico do familiar combalido. A desconfiança, a incerteza e o pouco tempo que é concedido para explicações, quer ao utente quer aos familiares, promove

sentimentos de ansiedade, que se não forem devidamente controlados, evoluem para formas de “stress”, difíceis de combater. É neste contexto, que o enfermeiro da triagem possui um papel fulcral no acolhimento do utente no SU, pois constitui o primeiro profissional de saúde com o qual o utente tem o primeiro contacto. Contacto este, que como os autores preconizam, é fundamental para o desenrolar de toda a permanência do utente na instituição hospitalar, pois irá marca-lo positiva ou negativamente (Neto *et al.*, 2003).

De facto, como afirma Diochon (*cit. in* Rodrigues, 1999) acolher significa,

“ (...) comportar-se de determinada maneira com certa pessoa, receber favoravelmente alguém através de palavras, ideias e sentimentos, facilitar a comunicação, reduzir a ansiedade, escutar, aceitar o outro. (...) é uma luta contra o isolamento; o verdadeiro acolhimento é consciente e voluntário; ele não é um fim em si, mas prelúdio à mudança, uma introdução à comunicação. É uma primeira etapa indispensável que permite ao doente aceitar melhor a sua hospitalização.”

É neste sentido, que o acolhimento deve ser considerado um cuidado de enfermagem, competindo, portanto, ao enfermeiro executar esse cuidado de uma forma concebível, empática e personalizada, tendo sempre como panorama principal, que um bom acolhimento do utente no SU constitui um dos passos fundamentais para a humanização dos cuidados prestados (Neto *et al.*, 2003).

O que se tem verificado ao longo das últimas décadas é um declínio na humanização dos cuidados, uma vez que, com a evolução da Medicina sobrevém, por um lado, um crescente tecnicismo e especialização, multiplicando-se e aprimorando-se os meios complementares de diagnóstico e, por outro, está a perder-se o respeito pelo valor da pessoa humana, levando o profissional de saúde a pensar em termos de patologias e não em pessoas humanas em sofrimento que necessitam de cuidados de saúde, onde o mínimo toque ou um olhar se revestem de extrema importância.

O utente, como Homem, é um ser bio-psico-sócio-cultural, considerado um animal complexo, no entanto, contemplado de necessidades básicas, diferentes e complexas, que asseguram a vida e a saúde. Estas necessidades encaminham e impulsionam o comportamento humano em

direcção a certos objectivos, logo, quando uma necessidade é satisfeita ou materializada é substituída por outra, num processo contínuo que se inicia com o nascimento e termina com a morte (Rodrigues, 1999, p. 23). É neste sentido, que o utente não deve ser considerado como um livro em branco quando chega à triagem do SU, pois constitui um ser que transporta consigo todos os seus desejos, atitudes, crenças, valores, motivações e esperanças, polarizadas num pedido de ajuda segundo a sua situação clínica.

Para a compreensão da motivação humana Maslow propôs um modelo, segundo o qual, as necessidades humanas estão organizadas em níveis hierárquicos, formando a chamada “Pirâmide das Necessidades Humanas” (Maslow *cit. in* Potter e Perry, 2004). Esta pirâmide tem na sua base as necessidades primárias, que englobam as necessidades fisiológicas (comer, respirar, dormir, entre outras), posteriormente, num nível superior da pirâmide pode-se encontrar as necessidades de segurança, seguida das necessidades de amor e pertença, necessidades de reconhecimento e estima e, por fim, no vértice da pirâmide, as necessidades de actualização de si próprio ou auto-realização. Com este modelo pode-se aferir que cada utente reage conforme as suas próprias necessidades, ou seja, enquanto os níveis inferiores de necessidades não forem assegurados, o utente não se preocupa com os níveis seguintes da hierarquia, pois está completamente centrado e motivado para a satisfação das necessidades que apresenta naquele momento. Para além das necessidades individuais, existem necessidades que são comuns a todos os seres humanos, especificamente, as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e físicas. É claro, que todas estas necessidades, são condicionadas por variadíssimos factores, nomeadamente, a idade, o ambiente físico, tensão psíquica, amor próprio e o meio sociocultural no qual o utente está inserido e, que iram ditar os diferentes padrões de comportamentos face à doença que cada utente pode manifestar (Almeida, 2004, p. 27-28).

De facto, como argumenta Virgínia Henderson (*cit. in* Rodrigues, 1999), “ (...) uma necessidade é algo de que se precisa e não a falta de qualquer coisa”. Deste modo, toda a necessidade está intimamente ligada com a satisfação/insatisfação de outras necessidades e, em caso de doença, esta satisfação/insatisfação e, conseqüentemente, o comportamento do utente é determinado pelo significado que este atribui aos sintomas; pela sua capacidade de avaliação; pela sua evidência e incerteza em relação a ele próprio; pelo temor do

desconhecido; pela habilidade e assistência clínica demonstrada pelos profissionais de saúde; pelas suas expectativas quanto ao estado da doença e pelo grau de confiança que atribui às pessoas a quem é requerido auxílio (Rodrigues, 1999, p. 25).

Torna-se, então, relevante analisar este modelo das necessidades humanas, pois contribui para compreender a relação existente entre o profissional de enfermagem e o utente, na medida em que subsiste uma situação de vulnerabilidade e de autonomia diminuída por parte do utente. É, nestas situações, que o comportamento dos profissionais de saúde e, em especial do enfermeiro, aquando do acolhimento do utente no SU, é deliberativo para a segurança e para o grau de confiança que o utente estabelece com a instituição e com os profissionais de saúde. Assim sendo, o enfermeiro triador deve mostrar sempre uma atitude simpática e de compreensão, promovendo a expressão de sentimentos; deve fornecer todas as informações desejadas pelo utente ou familiares; deve explicar quais os procedimentos a que o utente irá ser submetido, reduzindo, deste modo, o receio pelo desconhecido e, acima de tudo, o enfermeiro da triagem deve manter a personalidade do utente, isto é, deve chamar o utente pelo nome e respeitar as suas crenças e valores (Rodrigues, 1999, p. 25-32).

É claro que, quando o utente se dirige ao SU de uma instituição hospitalar, este goza de um determinado número de direitos e deveres. Estes direitos, expressos na Declaração Universal dos Direitos do Homem, proclamada pelas Nações Unidas em 1984, asseguram ao utente o respeito pela dignidade da pessoa humana. Também, as instituições de saúde e os profissionais, devem zelar pelo excelente cumprimento das regras da deontologia profissional, tendo sempre em mente, uma única finalidade, a humanização que, de acordo com Rodrigues (1999, p. 26) se pode resumir a uma simples expressão: “O homem doente não deixa de ser homem e deve ser tratado como tal, ou seja, de forma humanizada”. A constituição destes direitos e deveres estabeleceu mais um passo na longa caminhada da dignificação dos utentes e têm como intuito promover a humanização no atendimento dos utentes; consagrar o utente como figura central de todo o SNS; reafirmar os direitos humanos elementares na prestação de cuidados de saúde e, nomeadamente, proteger a dignidade e integridade da pessoa, assim como, o direito à autodeterminação e desenvolver um bom relacionamento entre os utentes e os profissionais de saúde, de modo a promover uma participação mais activa do utente em todo o processo de doença.

6. Relação Enfermeiro/Utente

Cada vez mais o homem vive em relação com o outro, coadjuvando com esta relação um encontro consigo mesmo, revelando-se, como tal, uma construção primordial para a auto-realização humana. É na busca desta auto-realização que, ao longo dos séculos, despertaram e emergiram tendências nos costumes e no pensamento das inúmeras realidades da existência humana, colocando primazia na relação como um paradigma que não atenua os precedentes mas, contendo-os em si, emprega-os mas, numa dimensão mais transcendente. É, ainda, nesta construção da pessoa humana que a relação é entendida como algo que se adiciona a cada um não “ (...) a partir de fora mas, algo que se forma a partir de dentro.” (Gil, 2004, p. 31). É neste sentido, que Vera Araújo (*cit. in* Gil, 2004) evidencia que,

“ (...) da profundidade da pessoa brota a sociabilidade, como essência e exigência, como praxis do viver juntos com outros seres humanos numa rede de relacionamentos recíprocos. A sociabilidade não está fora de nós, mas em nós, e emerge para encontrar o outro, também ele dotado de sociabilidade.”

Com esta noção, pode-se afirmar que estar em relação significa dar-se a alguém em particular, neste caso, o enfermeiro ao utente e, vice-versa, numa relação de mútua reciprocidade, isto é, uma relação em que sejam considerados os direitos e deveres quer dos utentes, quer dos profissionais de enfermagem. De facto, foi com o contributo das ciências sociais, que esta relação tem sido utilizada como uma arma terapêutica, constituindo um passo fundamental no processo de tratamento do utente, pois, para além, de possibilitar uma melhoria significativa no curso e prognóstico dos vários quadros patológicos, auxilia as terapias, quer elas sejam físicas ou químicas e desfruta de outras características terapêuticas, nomeadamente, é utilizada para promover, conservar e reabilitar a saúde.

Nesta relação de mútua reciprocidade, estabelecida entre o enfermeiro e o utente, estão implicadas algumas particularidades, por um lado, as que dizem respeito aos utentes quando estes necessitam de ajuda, uma vez que, eles transportam consigo as suas próprias experiências de vida, os seus conhecimentos conquistados, os seus valores, as suas crenças e as suas motivações para mudar e, por outro, a experiência, a competência e a compreensão dos profissionais de enfermagem. Foi neste contexto, que Sorensen e Luckmann (1998, p.

521) afirmam que uma relação terapêutica é uma relação pessoal, centrada nos pensamentos, sentimentos e valores do utente e dirigida para a realização de determinados objectivos mútuos, constituindo, acima de tudo, uma relação de ajuda. Para a efectivação desta relação terapêutica é necessário que subsista a consciência de que esta relação deve ser patenteada por princípios éticos, à luz da deontologia profissional e das disposições internacionais que consagram o direito da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais (Almeida, 2004, p. 32). Para além dos princípios éticos que o enfermeiro deve empregar nesta relação é essencial que ele adopte um comportamento íntegro, real, empático, compreensivo e que se mostre sempre interessado pelo utente, pois é assim, que se irá estabelecer laços de maior intimidade e confiança entre ambos.

Foi neste âmbito, que Daniel (*cit in* Ferreira, 2001), propôs uma sequência de três etapas, as quais devem sobrevir num relacionamento terapêutico. Na primeira etapa ambos, enfermeiro e utente, devem conhecer-se mutuamente, deve ser criado um ambiente de confiança e de empatia, devem ser explicitadas todas as acções que se irão desenvolver, devem-se identificar problemas, bem como, elaborar diagnósticos e intervenções de enfermagem. Na segunda etapa devem ser empregues técnicas de comunicação, devem ser promovidas as atitudes e actividades terapêuticas, deve-se documentar todas as observações e intervenções de enfermagem, deve-se orientar os familiares e estimular a tomada de decisões para promover uma independência o mais rapidamente possível. Para finalizar, existe a terceira etapa, que engloba uma preparação para a separação entre o prestador de cuidados e o utente, existe a necessidade de realizar os ensinamentos adequados aquando da alta clínica, bem como, uma avaliação de todo o processo terapêutico.

Para além destas etapas e, de acordo com Almeida (2004, p. 27), a relação terapêutica entre o enfermeiro e o utente, pode ser perspectivada sob o ponto de vista de três dimensões distintas. A primeira dimensão assenta numa visão jurídica, através de uma relação sócio-económica, pois todo o acto de enfermagem pressupõe um acordo de prestação de cuidados, a segunda dimensão tem como panorama uma relação técnico-científica, uma vez que, todas as práticas de enfermagem devem ser cientificamente fundamentadas e, por último, sob uma perspectiva subjectivista, subsiste uma relação de ajuda de alguém que necessita com alguém que está

apto, capaz e habilitado para ajudar. Do estudo destas três dimensões é a última, a relação de ajuda, que mais significado tem na relação enfermeiro/utente.

Falar de relação de ajuda “ (...) é falar de uma relação igualitária entre duas pessoas que se devem respeitar mutuamente na qualidade de pessoa única.” (Vaz *et al.* 2000). Sendo a relação de ajuda intrínseca aos cuidados e perspectivada numa visão holística e humanística, o enfermeiro tem de perceber e aceitar o utente tal como ele é, como um todo, não procurando impor-se como detentor de um saber, nem interpretar ou julgar, mas sim, proporcionar ao utente e familiares as pistas essenciais para a satisfação das suas necessidades básicas (Parracho *et al.*, 2005). Vários autores consideram que a relação de ajuda é fundamental para que os cuidados de enfermagem sejam realmente eficazes pois, sendo a relação de ajuda uma das dimensões do cuidar em enfermagem, ela implica que o profissional de enfermagem se empenhe verdadeiramente na sua profissão e, como refere Chalifour (1989, p. 54),

“ (...) trata-se de uma intervenção que vai muito para além dos conhecimentos. Ela pressupõe uma concepção unificadora da Pessoa, da ajuda e dos modos de fazer e de ser para dispensar ajuda. Além disso ela requer da parte da Enfermeira um bom conhecimento das suas referências pessoais (valores morais, experiências passadas) e teóricas, sobre as quais ela apoia as suas observações, o sentido que lhes atribui e as intervenções que lhe decide aplicar.”

Como elemento interventivo, na prática da relação de ajuda, o enfermeiro vai promover no utente uma mudança construtiva do seu comportamento e da sua personalidade levando-o a entender, aceitar e colaborar na melhoria do seu estado de saúde. É claro que, tudo isto, deve ser realizado num clima de confiança e honestidade entre ambos. Segundo Rogers (*cit. in* Chalifour, 1999),

“Quanto mais o cliente vê no terapeuta um ser verdadeiro ou autêntico, empático, demonstrando-lhe um respeito incondicional, tanto mais se afastará de um modo de funcionamento estático, fixo, insensível e impessoal, e mais se dirigirá para uma espécie de funcionamento marcado por uma experiência fluida, mutável e plenamente receptiva a sentimentos pessoais variados. Resulta deste movimento uma evolução da personalidade e do comportamento no sentido da saúde e da maturidade psíquica e de ligações mais realistas entre o eu, os outros e o quadro exterior.”

É por toda esta especificidade de que se reveste a relação entre o enfermeiro e o utente, que o enfermeiro se torna no profissional de saúde mais privilegiado para facilitar todo este processo pois, para além de desenvolver todas as acções mencionadas anteriormente, com o enfermeiro o utente sente-se mais à vontade para questionar, pois este não está envolvido na aura intimidatória, feita de poder e ciência, que tantas vezes é referida pelo utente comparativamente a outros profissionais de saúde. Deste modo, para uma autêntica relação enfermeiro/utente, a comunicação torna-se numa ferramenta fundamental na intervenção de enfermagem. De facto, esta relação não se pode incrementar senão a partir de trocas calorosas e eficazes entre o prestador de cuidados e o utente, o que confere uma extrema importância ao conhecimento de alguns termos relativos à comunicação, como se irá abordar seguidamente.

6.1. Comunicação

Na procura de uma divisória que caracteriza-se o pensamento moderno, as ciências da comunicação surgiram no final do século XIX. Foi durante este período que a comunicação se tornou uma disciplina académica, pretendendo, assim, a procura de uma metodologia científica que compreendesse todo o processo de comunicação entre seres humanos. Contudo, foi a partir do século XX que a comunicação, algo que era de ordem interpessoal ou, no máximo, de um sujeito falante a um resumido grupo, passou a ser alvo de interesse colectivo, levando inúmeros investigadores a investir na análise desta temática.

De facto, a comunicação humana, numa vertente relacionada com a área da saúde, constitui a essência da relação enfermeiro/utente, não deixando, também, de sofrer as consequências da mercantilização global e de outras reformas evidenciadas no mundo contemporâneo. Com todo este processo de globalização emergiram novos padrões de comunicação entre os seres humanos, muito em resultado do contacto com variadíssimas raças. Este contacto, além de ocorrer na presença de distintas crenças, valores, padrões de comportamento, atitudes e condutas, tem gerado níveis de inquietação, constituindo, deste modo, para os profissionais de enfermagem uma situação bastante angustiante. É neste âmbito, que para amenizar esta situação, os enfermeiros devem usufruir de competências e habilidades em comunicação pois, só assim, é possível proporcionar cuidados personalizados, adequados e humanizados. Neste sentido e, conforme argumentam Davis e Fallowfield (1991, p. 358),

“ (...) embora hajam nos serviços de saúde muitos profissionais que são muito eficientes a comunicar com os seus doentes a situação parece não ser satisfatória. Existe um grande número de doentes insatisfeitos e que criticam, sobretudo as habilidades de comunicação dos profissionais.”

Esta conjuntura origina grandes responsabilidades por parte dos enfermeiros, uma vez que, quando advêm indícios de insatisfação por parte dos utentes relativamente à forma como o enfermeiro emprega o acto de comunicar, subsiste a necessidade de uma reflexão e de uma consciencialização acerca de todo o processo comunicativo (Cerqueira *et al.*, 2005). Como ser social, o homem para a satisfação das suas necessidades, quer sejam de ordem física, social ou psicológica, depende da interacção com os outros, bem como, da aptidão que cada um tem para comunicar. Sendo a comunicação uma arte, é um processo que exige sensibilidade, interpretação, imaginação e participação activa, requerendo, também, esforço, competência e uma troca de energia por parte dos comunicantes (Potter e Perry, 2004, p. 376). Ela obriga a que cada cuidado prestado pelo enfermeiro não seja intuitivo e esporádico, mas sim, que passe a ser reflectido, pois só assim se consegue melhorar aspectos e atitudes que estejam menos apropriadas (Daniel *cit. in* Ferreira, 2001). É esta reflexão que permite evidenciar que a comunicação continua a ser um aspecto crucial da prática de enfermagem, uma vez que, constitui um factor fundamental no relacionamento entre o enfermeiro e o utente (Cerqueira *et al.*, 2005).

Na verdade, são variadíssimas as perspectivas para o estudo da comunicação na área de enfermagem e, de acordo com Porrit (*cit. in* Stefanelli *et al.*, 2005), a comunicação é o pilar para toda a interacção humana, sendo que, a qualidade dessa interacção é influenciada pela cadeia ou contextos sociais em que a comunicação ocorre. Para a mesma autora, existem quatro tipos de cadeias, respectivamente, a intrapessoal, a interpessoal, de grupo e o contexto social,

“ (...) a primeira inclui as características genéticas, experiências culturais, crenças, valores e atitudes, nível de auto-estima, características de personalidade, mecanismos de defesa utilizados e vários outros factores, todos contribuindo para o modo como a pessoa experiencia a si própria e aos outros; a cadeia interpessoal é mais complexa, são dois indivíduos trocando suas experiências internas, os efeitos destas sobre suas reacções e do outro; já a cadeia de grupo ocorre quando mais de duas pessoas estão interagindo, emitindo e recebendo mensagens potencialmente divididas igualmente entre os participantes; o contexto social considera que a

interacção é afectada pela maneira como percebemos a nós mesmos e aos outros, os papéis e as regras envolvidos e pelo ambiente, em um determinado tempo.” (Stefanelli *et al.*, 2005).

Apesar das divergências existentes entre os autores, a maioria considera que é o contexto interpessoal que mais frequentemente é utilizado na relação enfermeiro/utente, uma vez que, “ (...) se localiza no coração da prática de enfermagem.” (Potter e Perry, 2004, p. 378). Deste modo, constata-se que a capacidade da enfermeira se relacionar com o utente neste contexto exige que esta desenvolva uma afectividade de mutualidade, uma crença de que este relacionamento é uma parceria e que ambos são participantes iguais, bem como, exige respeito pelo acto comunicativo, uma vez que, não deve ser utilizado de maneira errónea e descuidado para manipular, ferir ou coagir os utentes. É neste âmbito que se pode verificar que as circunstâncias das práticas de enfermagem possuem inúmeros aspectos únicos que influenciam a essência da comunicação e dos relacionamentos interpessoais, pelo que, o enfermeiro, no exercício da sua profissão, deve utilizar um raciocínio crítico para analisar cada aspecto da comunicação que pratica. Só assim podem interpretar adequadamente as mensagens reveladas pelos utentes, de forma, a superar as tendências de percepção que vão de encontro às suas expectativas, pré-concepções e estereótipos, permite analisar o conteúdo da mensagem, fazer deduções sobre o seu significado, avaliar os efeitos da comunicação, justificar as técnicas de comunicação utilizadas e examinar as aptidões pessoais para a comunicação pois, só deste modo, se podem tornar excelentes comunicadores (Creasia e Parker, 1996, p. 7).

Para além de tudo referido, o enfermeiro deve ter sempre presente que a comunicação é “ (...) um processo contínuo, dinâmico e multidimensional” (Potter e Perry, 2004, p. 379), pelo que deve ter a noção que cada acto comunicativo deve ser individualizado, ou seja, para que a comunicação seja bem sucedida o enfermeiro deve ter em atenção as características individuais dos utentes que lhe surgem na triagem do SU. Neste processo de comunicação o enfermeiro deve, também, conhecer os elementos fundamentais que o constituem, os quais, se apresentam seguidamente.

6.1.1. Elementos Fundamentais do Processo de Comunicação

Etimologicamente o termo comunicação deriva do verbo comunicar que designa “ (...) tornar comum, compartilhar, participar ou partilhar.” (Potter e Perry, 2004, p. 98). Contudo, comunicação vai além desta significação, implicando e englobando o total domínio da interacção e comportamento humano. Ela constitui, de acordo com Riley (2004, p. 23),

“ (...) um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes. Por seu intermédio, chegamos mutuamente a apreender e a compreender as intenções, as opiniões, os sentimentos e a emoções sentidas pela outra pessoa e, segundo o caso, a criar laços significativos com ela.”

A comunicação humana é um conceito com várias significações para os autores. Uns defendem que a comunicação é a transmissão de informação, emoções, habilidades, ideias e sentimentos, através do uso de palavras, imagens e gráficos (Berelson e Steiner *cit. in* Littlejohn, 1988). Outros, como são o caso de Miller *et. al* (*cit. in* Littlejohn, 1988), argumentam que a essência da comunicação são as circunstâncias de comportamento humano em que uma fonte transmite uma mensagem ao receptor, com a finalidade de afectar o comportamento deste último. Deaux e Wright (*cit. in* Davies, 1995), afirmam que a comunicação é “ (...) uma interacção onde duas ou mais pessoas enviam e recebem mensagem e, durante o processo, ambos se apresentam e interpretam um ao outro.” Já Stefanelli (1993, p. 139), defende que a comunicação

“ (...) é o processo de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, no qual as próprias mensagens, e o modo como se dá o seu intercâmbio, exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas, a curto, médio e longo prazo (...)”

Apesar de diferentes, estes conceitos apresentam elementos em comum, pois quando interagem, as pessoas comunicam entre si, o que pressupõe um emissor e um receptor que trocam informações, influenciam comportamentos e atitudes. A este propósito, Littlejohn (1982, p. 52) afirma que “ (...) a comunicação é um processo interdependente, os

comunicadores afectam-se mútua e simultaneamente.” Este processo implica um sistema demasiado complexo, em que não se deve perder de vista o seu objectivo, o de tentar “ (...) que o destinatário, o receptor, decodifique, entenda e assimile a intenção codificada, sob a forma de mensagem do emissor (...)” (Bernardo, 1993, p. 6). Uma comunicação eficaz significa que a mensagem transmitida pelo emissor atingiu o receptor.

Neste âmbito, a comunicação enquanto processo activo entre o emissor e o receptor subentende um conjunto de elementos básicos, entre os quais, um estímulo, que motiva uma pessoa a comunicar; o emissor, que é a pessoa que transmite a mensagem; a mensagem, que compõe o conteúdo da comunicação; um canal, que é um meio de transmitir e receber mensagens por intermédio dos sentidos; o receptor, que é a pessoa que recebe e decifra a mensagem e, por último, uma resposta ou feedback, que é a mensagem retornada pelo receptor e indica se a mensagem do emissor foi compreendida e assimilada pelo receptor (Stefanelli *et al.*, 2005).

Para além destes elementos básicos, no processo comunicativo intervém ainda outro de igual importância, o ambiente. Neste contexto, o ambiente diz respeito ao local onde sucede a interacção entre o emissor e o receptor (Potter e Perry, 2004, p. 380). De facto, o ambiente pode influenciar as condições emocionais, físicas e psicológicas dos envolvidos, neste caso, pode influir sobre o contacto entre o enfermeiro e o utente. Stefanelli *et al.* (2005), ao considerar que,

“ (...) cada acto comunicativo é único e não passível de repetição, o ambiente no qual nos comunicamos com o paciente deve ser o que propicia as melhores condições possíveis dentro de cada realidade vivida, tentando manter a segurança, o conforto e a privacidade do paciente.”

Neste âmbito, concorda-se com o autor supracitado, quando refere que o ambiente influencia a relação que se poderá estabelecer com o utente. De facto, são inúmeras as circunstâncias que os profissionais de enfermagem e, principalmente os que exercem a sua profissão num SU, têm que enfrentar para estimular o utente a expressar sentimentos e vivências em relação ao seu problema de saúde. De entre as incalculáveis situações que podem estar presentes num SU destacam-se os ruídos existentes, a presença de pessoas estranhas ou até mesmo outros

membros da equipa de saúde, a restrição do espaço, bem como, a proximidade dos utentes em maca, pode inibir a conduta do utente.

6.1.2. Formas de Comunicação

A comunicação não é constituída apenas pela dimensão verbal, na verdade as mensagens, também, são transmitidas por meio de comunicação não verbal, isto é, por meio da linguagem corporal. Na utilização destas duas formas de comunicação pode-se constatar que estas se complementam pois, a comunicação verbal utiliza as palavras expressas por meio da linguagem escrita e falada e a comunicação não verbal pode ou não completar, contradizer e substituir a comunicação verbal, além de evidenciar sentimentos e emoções (Potter e Perry, 2004, p. 380). Seguidamente irá ser abordado cada uma das formas comunicacionais.

6.1.2.1. Comunicação Verbal

A comunicação verbal diz respeito a toda a comunicação que se emprega por meio de palavras ou signos. Em cuidados de enfermagem, esta forma de comunicação sustenta múltiplas finalidades, entre as quais, ela permite corroborar o utente na sua existência e na sua identidade; pela escuta e pelas reacções, a comunicação facilita a expressão de respeito e aceitação do outro, assim como, permite ao profissional de enfermagem ter uma adequada interpretação da necessidade experimentada pelo utente (Riley, 2004, p. 83).

No contexto prático, esta comunicação acontece, muitas vezes de forma difícil. Neste sentido, o profissional de enfermagem, quando se encontra em interacção com o utente ou respectiva família, deve exprimir-se de maneira a ser compreendido, isto é, deve utilizar no acto comunicativo linguagem simples, clara, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias, bem como, seja adaptável às reacções do utente (Riley, 2004, p. 84).

6.1.2.2. Comunicação Não Verbal

A comunicação não se refere apenas às palavras, à sua estrutura e sentido mas, também, à vertente não verbal, à linguagem do corpo e ao contexto onde é produzida, constituindo um sistema comunicacional único. Deste modo, quando os indivíduos interagem entre si, a comunicação entre eles não passa só pelas palavras mas, também, pelas mensagens não verbais, de natureza diversa que as acompanham, podendo estas constituir, só por si, um acto de comunicação particularmente eficaz. Tal como menciona Potter e Perry (2004, p. 381),

“A comunicação não verbal é a transmissão da mensagem através da linguagem corporal, sem utilizar palavras. Ela inclui expressões faciais, indícios vocais, contacto visual, gestos, postura, toque, odor, aparência física, vestimenta, silêncio e o uso do espaço, tempo e objectos.”

De facto, é a comunicação não verbal do indivíduo que contem “ (...) a expressividade de todo o seu ser, o jogo de todas as suas relações, a dialéctica das suas transferências, o nível das suas aspirações e o grau das suas expectativas” (Fernandes, 1990, p. 150).

Por vezes, a comunicação não verbal torna-se mais importante que a verbal, pois os comportamentos não verbais são mais espontâneos, não são tão seleccionados nem controlados como os comportamentos verbais (Potter e Perry, 2004, p. 381). De um modo geral, a comunicação não verbal traduz o impacto de tudo que se verbaliza através das palavras. Deste modo,

“ (...) o Homem na sua necessidade de combinar essas duas linguagens como emissor ou como receptor, deve traduzir constantemente uma para a outra e ao fazê-lo depara-se com dilemas (...) pois na comunicação humana a dificuldade de tradução existe nos dois sentidos (...)” (Watzlwick *et al.*, 1982).

Em consonância com estes autores, também, se considera que a comunicação não verbal se torna mais relevante que a verbal e, este facto, revela-se de extrema importância na triagem do serviço como o SU, uma vez que, grande parte dos utentes que aí afluem estão incapacitados

de verbalizar o que sentem, pelo que, o enfermeiro deve estar particularmente desperto para todos os sinais de comunicação não verbal.

Neste sentido, o profissional de enfermagem quando acolhe o utente na triagem do SU, deve ter em consideração quais os tipos de comunicação não verbal existentes e, conforme alega Silva (2003, p. 56), estes podem ser divididos em seis tipos. O primeiro, a paralinguagem consiste em qualquer som produzido pelo aparelho fonador, ou seja, o ritmo da voz, a intensidade, a entoação, os grunhidos, tosse provocada por tensão, entre outros. O segundo, a cinésica diz respeito à linguagem do corpo, ou seja, gestos, expressões faciais, o olhar, o sorriso. O terceiro diz respeito à proxémica, isto é, o uso que o homem faz do espaço, como por exemplo, a distância mantida aquando da comunicação. A tacêsica, ou seja, tudo que envolve a comunicação táctil, como o toque, o tempo de contacto e a forma de aproximação. As características físicas, que fornecem informação acerca da origem étnica e social, estado de saúde, entre outros. Por fim, num sexto tipo, encontra-se os factores do meio ambiente, que englobam a forma como os objectos estão dispostos no espaço, bem como as características do próprio espaço, como a cor, tamanho e forma, uma vez que, que quanto mais desconhecido for o ambiente, mais as relações se tornam superficiais (Stefanelli *et al.* 2005).

6.1.3. Comunicação e a Prática de Enfermagem

Ao nível da prática de enfermagem, tem-se verificado um interesse crescente pela qualidade dos cuidados e paralelamente pela necessidade de melhorar a qualidade da formação dos profissionais, no âmbito das competências comunicacionais.

Ao longo dos últimos anos, o ensino de enfermagem, à semelhança de outros tipos de ensinos, tem sofrido grandes mudanças devido, principalmente, aos paradigmas da formação, seus pressupostos sócio-pedagógicos e ao próprio contexto profissional. Neste encadeamento, a formação inicial de enfermagem deve ser entendida como um processo inacabado, de modo a corresponder às exigências de um “ (...) mundo marcado pela transformação permanente das técnicas, o que implica uma educação igualmente permanente” (Lapassade, *cit. in* Costa, 1998).

De facto, são estas mudanças que têm provocado, na sociedade em geral e na saúde em particular, alterações sociais, tecnológicas e científicas, estabelecendo, deste modo, novos desafios, novas responsabilidades e novas expectativas aos profissionais de enfermagem, os quais se vêm confrontados com uma prática cada vez mais exigente, o que implica, um processo de formação, também, cada vez mais exigente e diferenciado (Abreu, 2001, p. 10).

Elliot (1990, p. 17) refere que o conhecimento do profissional “ (...) deve formar-se num complexo e prolongado conhecimento na acção (saber - fazer) e de reflexão na e sobre a acção (saber pensar e investigar)”. Deste modo, a formação em enfermagem só tem sentido na articulação entre o “ (...) mundo do saber e o mundo do fazer” (Malglave, 1991, p. 166).

Por tudo isto, é necessário que os futuros profissionais de enfermagem se dotem de capacidades e habilidade para compreender e determinar acerca do cuidar do utente numa determinada circunstância e, simultaneamente, agir e pensar em contextos de trabalho com características culturais, organizacionais e sociais próprias (Fonseca, 2004, p. 51).

É neste contexto, no domínio do cuidar em enfermagem, que a competência em comunicação emerge como um aspecto crucial na prática de enfermagem, pelo que, devem ser empregues todos os esforços para catalisar e amplificar esta competência. De facto, a competência comunicativa pode, de acordo com Zuanelli (*cit. in Bitti et al, 1997*), ser definida como “ (...) o conjunto de pré-condições, conhecimentos e regras que fazem com que a qualquer indivíduo seja possível e realizável significar e comunicar”.

Neste sentido, a aquisição de competências comunicacionais visa, essencialmente, o uso de comportamentos verbais e não verbais, indispensáveis aos relacionamentos quotidianos. Rosas (1990, p. 42), considera a existência de duas grandes formas de competências comunicativas, a primeira relaciona-se com o nível de envolvimento, isto é, o conjunto de comportamentos que favorecem um ambiente promotor de troca de mensagens significativas e, a segunda diz respeito ao nível de atendimento, ou seja, o conjunto de comportamentos que permitem explorar todas as mensagens significativas.

Torna-se essencial, neste contexto, reflectir sobre o significado de competência. Como afirma Le Boterf (1994), a competência do profissional de enfermagem resulta de “ (...) um saber agir, de um querer agir e de um poder agir”. O saber agir envolve as tomadas de decisão e exige um pensamento reflexivo. O querer agir pressupõe a motivação para a acção, a intervenção e o reconhecimento. Por sua vez, o poder agir subentende a existência de contextos favoráveis ao desenvolvimento de competências (Figueira, 2004, p. 20). Malglaive (*cit. in* Toupin, 1998), alega que a competência do profissional de enfermagem consiste numa “ (...) totalidade complexa e movente, mas estruturada, operatória, isto é, ajustada à acção e às suas diferentes ocorrências”.

Face a estes conceitos de competência comunicativa, parece não existirem dúvidas acerca da importância dos saberes da experiência e dos contextos de trabalho no desenvolvimento de capacidades no domínio da comunicação em saúde.

Todavia, são, ainda, muitos os enigmas da comunicação dos profissionais de enfermagem, uma vez que, esta temática contínua a constituir uma das queixas mais comuns dos utentes e respectivos familiares (Corney, 2000, p. 16). Para contrariar esta tendência, é essencial que os enfermeiros aprendam a empregar, conscientemente, a competência em comunicação humana, ou seja, têm que tornar a sua comunicação, quer seja verbal ou não verbal, a mais lucrativa possível para que, deste modo, possam contribuir para um crescente bem-estar do utente que necessita dos seus cuidados. Nesta vertente, o enfermeiro está a incrementar o seu potencial para os relacionamentos interpessoais, no entanto, deve ter sempre presente, que a forma mais adequada para comunicar com o utente e família deve ser convicta e planeada, isto é, deve ter como base, a comunicação terapêutica (Stefanelli *et al.*, 2005). Ainda, segundo o memo autor, a comunicação terapêutica

“ (...) é a competência do profissional de saúde em usar o conhecimento sobre comunicação humana para ajudar o outro a descobrir e utilizar a sua capacidade e potencial para solucionar conflitos, reconhecer as limitações pessoais, ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os desafios à auto-realização, procurando aprender a viver de forma mais saudável possível, tendo como meta encontrar um sentido para viver com autonomia”.

Para tornar a comunicação terapêutica mais eficiente, o enfermeiro pode e deve recorrer a algumas estratégias. É certo que, as estratégias são instrumentos que auxiliam e possibilitam o desenvolvimento do processo de enfermagem (Stefanelli *et al.*, 2005), no entanto, estas devem ser usadas adequadamente pois, caso contrário, não satisfazem os requisitos a que concedem relevância.

De entre os vários autores consultados considera-se que Ellen Mandel (*cit. in* Marrucho, 2001) e Hays *et al.* (*cit. in* Stefanelli, 2005) se encontram em conformidade anunciando o formato mais completo das estratégias a seguir pelos profissionais de enfermagem, as quais incluem, saber usar o silêncio; manifestar atenção para com o utente; minimizar as distrações visuais ou auditivas; proporcionar ao utente um ambiente que consagre segurança e conforto; falar devagar e com clareza, mantendo o contacto visual com o utente; usar palavras e frases simples; estimular o utente a expressar sentimentos, bem como, o motivo que o levou a recorrer ao SU; discutir um tópico de cada vez; colocar uma questão de cada vez para minimizar a confusão e sumariar frequentemente os pontos importantes da entrevista

Ao analisar todas as estratégias precedentemente mencionadas, pode-se concluir que todas elas cooperam para manter o utente em diálogo, assim como, permitem que este expresse as suas ideias ou mensagens de forma completa e pertinente ao momento e ao ambiente em que ocorrem. De facto, o uso da comunicação terapêutica por parte do enfermeiro, é essencial para auxiliar o utente a atingir, dentro do possível, a máxima independência (Stefanelli, 2005, p. 101).

7. Satisfação dos Utentes

Durante as últimas décadas, a saúde deixou progressivamente de ser considerada um bem não negociável, para ser perspectivada como um bem de consumo, comparável a todas as outras empresas do mercado. Na verdade, foi essencialmente a partir da revolução industrial ocorrida no século XVIII, e devido à concepção de uma grande competitividade gerada desde então no mundo, que o conceito de qualidade e de prestação de cuidados de qualidade, difundiu-se entre as várias instituições de saúde, constituindo, desde modo, um dos factores mais

importantes, pois qualificava o sucesso ou o fracasso da estrutura organizativa. Aspectos como confiança, actualização, competência, humanidade, agilidade, pontualidade, cordialidade, preparo técnico-científico e organização do ambiente de trabalho são todos, sem excepção, factores de referência para a satisfação do utente que utiliza um serviço de saúde (Russo, 2003, p. 155), que neste caso, se remete ao SU, mais especificamente, ao contacto que se estabelece entre este e o enfermeiro triador.

É neste sentido, que se considera que a satisfação dos utentes, relativamente aos cuidados de enfermagem, constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados. De facto, é esta satisfação que, segundo Mota (1991, p. 18), faz com que os responsáveis das várias instituições de saúde “ (...) apresentem um conhecimento mais aprofundado sobre se, estão ou não, a corresponder às expectativas da sua clientela”.

De facto, conhecer o grau de satisfação dos utentes permite, aos dirigentes da instituição prestadora de cuidados de saúde, detectar possíveis insuficiências na sua organização, analisar a sua actuação e adoptar medidas correctivas capazes de satisfazer as expectativas e necessidades dos seus utilizadores. Neste contexto, a satisfação constitui

“ (...) uma possibilidade de abrir a organização para o cidadão e deve incorporar a sua opinião e reivindicações, contribuindo para uma tomada de consciência mútua dos profissionais e cidadãos (...)” (Puccini *et al.*, 2004).

Como se pode constatar, os serviços de saúde devem expressar um papel mais activo na prestação de cuidados de qualidade, isto é, devem responder a um conjunto muito mais vasto e complexo de questões, que não meramente a supressão de sintomatologia patológica mas, sim, devem cuidar do utente de forma holística, bem como, dar ênfase à saúde percebida pelos utentes, ou seja, considerar que os utentes compreendem as suas necessidades e são capazes de optar quanto à natureza dos serviços mais adequados para satisfazer essas mesmas necessidades (Roseira *et al.*, 1999).

Tal como mencionam os mesmos autores (Roseira *et al.*, 1999), a importância de se obter alguns indicadores sobre a satisfação dos utentes dos serviços de saúde, só se tornará

verdadeiramente significativa, a partir do momento em que essa prática seja levada a cabo com regularidade. Isto, permitirá o controlo dos avanços implementados e, em simultâneo, a actualização do conhecimento acerca do efeito das políticas e das intervenções na área dos serviços de saúde. Neste sentido, ouvir a voz do utente não só passará a ser uma necessidade da qualidade ambicionada mas, também, um aperfeiçoamento da sua dignidade enquanto cidadão e consumidor de cuidados de saúde.

É consensual a ideia de que o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, dada a respectiva natureza multidimensional. São inúmeros os aspectos que podem influenciar o grau de satisfação dos utentes. Alguns dos factores apontados incluem tanto as características e os atributos do próprio indivíduo, as experiências anteriores, como as variáveis do contexto e as expectativas dos utentes sobre as diferentes dimensões da satisfação. De facto, enquanto fenómeno humano, a satisfação constitui, por si só, um processo bastante complexo de medir e avaliar devido, à subjectividade de conceitos apresentados por variadíssimos autores.

Segundo Ribeiro (2003, p. 21), o termo satisfação

“ (...) tem a sua proveniência etimológica do latim *satisfactio*, que exprime a ideia de acto ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, querendo significar – saciedade; ou ainda o sentimento de bem-estar, contentamento que se manifesta nas pessoas como resultado do que se espera e/ou deseja do bom êxito de qualquer actividade, significando: alegria, contentamento ou sentimento de agrado e aprazimento”.

Na mesma vertente, Vala *et al.* (1998), consideram que a satisfação resulta de uma sensação agradável que se manifesta quando, qualquer que seja o acontecimento, este ocorra de acordo com a vontade do utente resultando, deste modo, num sentimento de aprovação. Para Cleary (*cit. in* Coelho, 1994), a satisfação do utente resulta da sua reacção “ (...) a aspectos particulares da sua experiência com prestadores ou com organizações prestadoras desses cuidados”.

Interessante e valiosa para a compreensão do conceito de satisfação é a perspectiva apresentada por Roseira *et al.* (1999). De acordo com estes autores,

“O conceito de satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objecto, neste caso, os serviços de saúde nas suas várias vertentes, nomeadamente, a) os profissionais de saúde e outros, b) os cuidados prestados e c) respectivos resultados. A satisfação resulta da avaliação feita pelo sujeito em função das suas necessidades percebidas, expectativas e resultados obtidos. É um estado interno que pressupõe elementos afectivos e cognitivos na avaliação dos recursos e respostas do meio, às necessidades do indivíduo.”

As atitudes a que o autor se refere, são relativas a experiências subjectivas face a um objecto, incluindo a dimensão avaliativa - afectiva. Estas existem suportadas por crenças, as quais constituem a sua componente cognitiva, isto é, as atitudes ocorrem em função das crenças a que determinados objectos estão associados. Isto implica que, no tempo presente, as atitudes face aos serviços de saúde estejam intimamente ligadas às crenças e representações sociais, relativas à saúde/doença e ao papel da medicina e dos profissionais de saúde.

Considerando, assim, as três componentes das atitudes, a afectiva, cognitiva e a comportamental, verifica-se que as atitudes dos utentes face aos serviços de saúde incluem uma dimensão emocional, de adesão empática, comparativamente à relação humana que se estabelece com os profissionais de saúde. Relativamente ao comportamento dos utentes, pode-se, ainda acrescentar, que este é influenciado pela forma como cada utente percebe a realidade que o rodeia, sendo esta percepção, na maior parte das vezes, em função do que lhes é significativo e importante (Roseira *et al.*, 1999).

Para além das atitudes, Roseira *et al.* (1999), consideram que as impressões constituem um outro aspecto a ter em consideração na avaliação da satisfação dos utentes. Neste âmbito, consideram que as impressões acerca das pessoas e objectos são criadas sem que para tal se necessite de muita informação, podendo esta ser obtida directa e/ou indirectamente através do “ouvi dizer”. De facto, a impressão inicial serve de filtro para perceber e explicar a informação do meio circundante, bem como prever os acontecimentos e comportamentos futuros.

Desta forma, pode-se afirmar que, as atitudes e as impressões dos utentes face ao contacto com o enfermeiro triador são altamente influenciadas pelas suas emoções, expectativas e necessidades percebidas, sendo que, a relação que se estabelecerá neste primeiro contacto,

reveste-se de particular importância, uma vez que, ditará, por um lado, uma avaliação subjectiva da qualidade dos cuidados por ele compreendidos e, por outro, as atitudes, os afectos e os comportamentos que o utente manifestará ao longo da sua permanência no SU.

De forma a sintetizar o referido por estes autores, McIntyre (1999, p.11), criou uma fórmula, através da qual, defende que a satisfação dos utentes (S) com os cuidados de saúde é o resultado da diferença entre as expectativas do utente em relação aos cuidados (E) e a sua percepção dos cuidados realmente recebidos (P), isto é, $S = E - P$.

Neste sentido e, segundo argumenta Nascimento (2000, p. 70),

“ (...) a avaliação do cliente sobre a qualidade do serviço é muitas vezes considerada como resultado de uma comparação, baseada num certo número de atributos, entre as suas expectativas face ao serviço e a sua percepção do serviço realmente prestado”.

De facto, como afirma Carr-Hill (1992, p. 237), avaliar a satisfação dos seres humanos estabelece uma concepção complexa, confrontando-se com um elevado número de factores, entre os quais, o estilo de vida, experiências anteriores, expectativas futuras e valores individuais e da sociedade, incluindo as variáveis sócio-demográficas, cultura e as crenças que integram.

Para além destes factores, a OE (2005), refere a existência de outros elementos importantes que conduzem à satisfação dos utentes. Entre outros, o respeito pelas capacidades, pelas crenças, pelos valores e desejos da respectiva natureza individual; a procura constante da empatia nas interacções; o estabelecimento de parcerias com o utente no planeamento de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do utente no processo de cuidados, assim como, o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no utente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades de processo de assistência na saúde.

7.1. Dimensões da Satisfação

Como se averiguou previamente, não existe unanimidade entre os diferentes autores, relativamente, a uma única significação do conceito de satisfação, comprovando, deste modo, que este se reveste de natureza multidimensional. Neste sentido, o termo satisfação é caracterizado por infinitas variáveis dependendo, também, de um conjunto de dimensões e condicionantes de cada indivíduo.

De acordo, com Pego (1998, p. 163), para se compreender e entender as fontes de satisfação e insatisfação do utente, deve-se ter conhecimento das distintas dimensões da satisfação, avaliando e interpretando-as separadamente pois, assim, pode-se extrair informações pertinentes e mais específicas. Seguidamente, irá ser efectuada uma abordagem a algumas das dimensões da satisfação, segundo alguns autores e organizações.

Assim sendo, Carâp (1997, p. 97) categorizou a satisfação dos utentes relativamente aos serviços de saúde em variadíssimas áreas, entre as quais, a satisfação com o acesso, que inclui as conveniências, isto é, o tempo, a distância e a disponibilidade; a satisfação com as relações humanas, ou seja, referentes ao respeito, à gentileza, à disponibilidade para o ouvir, assim como, as habilidades do enfermeiro para o estabelecimento de uma relação interpessoal; a satisfação com a competência do profissional; satisfação acerca da quantidade de informação relativa a tratamentos, procedimentos, exames e diagnóstico; satisfação com o resultado do tratamento e, por fim, a satisfação com as facilidades, isto é, aspectos funcionais e estruturais do serviço.

Em conformidade com o mencionado precedentemente, Yépes *et al.* (2004), acrescentam ainda que

“ (...) quando ocorre uma desconsideração da subjectividade e da experiência de vida do usuário há uma série de consequências negativas na relação entre o profissional e o usuário. Sempre que isso ocorre é porque está associada à crença de que só o profissional de saúde sabe a respeito do seu estado de saúde, quando este utiliza uma comunicação unilateral e inadequada, que ocorre sempre que é usada uma linguagem técnica não compreensível por ele e quando há limitação de tempo e de disponibilidade dos profissionais para atendê-lo”.

Por outro lado, Waldow (1999, p. 202), em estudos efectuados constatou que o utente, para se sentir bem cuidado, necessita que os profissionais de saúde, neste caso, os profissionais de enfermagem lhe dediquem paciência, atenção, carinho, vontade, compreensão, dedicação, colaboração, destreza, se preocupem com a sua privacidade, bem como, demonstrem simpatia. Na verdade, são estes aspectos do comportamento do enfermeiro que mais contribuem para a satisfação do utente, no entanto, um grau de satisfação atenuado não compromete, obrigatoriamente, uma diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Nesta vertente, Pisco (2003, p. 25), afirma que

“ (...) é bom ter em atenção que um fraco ou um menos bom desempenho na satisfação não implica necessariamente que as organizações estejam em falta em relação ao cumprimento de padrões de qualidade de cuidados ou que não sejam seguras; apenas indicam que experiência por que os seus utentes passaram foi fraca”.

Um outro autor, Gasquet (2000, p. 77), ressalta a importância de quatro grandes dimensões da satisfação, a satisfação global, a estrutura, o processo e os resultados. A satisfação global abrange a visão geral do utente sobre os cuidados recebidos, podendo ser avaliada de duas formas, de forma directa, examinando a forma como o utente vê e avalia os cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem e, de forma indirecta, isto é, através do estudo do comportamento do utente face aos cuidados de que foi alvo, assim como, através da inquirição do utente acerca do seu desejo em continuar ou não, a receber cuidados na mesma instituição de saúde. Relativamente à estrutura, ou seja, a organização e o financiamento dos cuidados, está essencialmente, relacionada com o acolhimento, o tempo de espera pelos cuidados e os aspectos administrativos. De facto, e como ressaltam várias investigações nesta área, quanto mais elevado os custos dos serviços, menor é a satisfação dos utentes. Por outro lado, a satisfação dos utentes tende a ser mais elevada, quando existem melhores condições de acessibilidade, continuidade dos cuidados, assim como, um seguimento do utente pelo mesmo profissional de saúde.

No respeitante ao processo, este relaciona-se com os procedimentos técnicos dos cuidados prestados aos utentes. Deste modo e, tendo em consideração o baixo ou inexistente conhecimento dos utentes nesta área, torna-se difícil a sua avaliação, uma vez que, este apenas pode julgar se os cuidados recebidos, vão ou não, de encontro às suas expectativas. Em

relação a esta dimensão, os utentes tendem a valorizar os aspectos relacionais, isto é, quando o enfermeiro estabelece uma comunicação e relação afectiva adequada, demonstrando simpatia, escuta, interesse no utente, apoio emocional e sensibilidade para as suas necessidades. Por último, Gasquet (2000, p. 78) refere que os resultados são uma outra dimensão que exerce influência na satisfação dos utentes, ou seja, uma melhoria no estado geral do utente está associada a um nível superior de satisfação dos utentes.

Ainda, relativamente às dimensões da satisfação, a OE (2005) defende que a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem deve ser abordada em duas dimensões, nomeadamente, a opinião dos utentes sobre os cuidados e a sua experiência acerca desses mesmos cuidados. Neste sentido, para avaliar estas duas dimensões é necessário analisar a satisfação dos utentes relativamente a alguns elementos fundamentais dos cuidados de enfermagem, particularmente, a comunicação/relação; informação facultada pelo profissional; amenidades e condições ambientais; segurança transmitida; respeito pela vontade e individualidade do utente; privacidade proporcionada pelo enfermeiro, responsabilidade pela tomada de decisão, competência no desempenho; resolução do problema; importância dada ao problema do utente; envolvimento dos familiares ou pessoas significativas, assim como, a qualidade na assistência dos cuidados de enfermagem.

Para outros autores, precisamente para Roseira *et al.* (1999), a satisfação do utente pressupõe três tipos de qualidade: a qualidade percebida, a qualidade técnica e a qualidade real. Apesar da ideia de que a qualidade corresponde à satisfação das necessidades e expectativas dos utentes, esta dificilmente coincide com o que muitos entendem efectivamente por qualidade. No entanto, não significa que não se deva ouvir a voz do utente, para conhecer as suas necessidades e expectativas e dar-lhe as respostas adequadas e, muito menos, iliba a prestação de serviços de qualidade.

Assim sendo, a qualidade percebida varia, por um lado, com o contexto específico em que ocorre a utilização dos serviços, mas também, com os conteúdos do discurso científico, que atravessam o discurso leigo e formam impressões, imagens, estereótipos sobre o certo, o errado, o bem e o mau, dando corpo às atitudes dos utentes (Fig. 1). A qualidade técnica

baseia-se sobretudo na competência das pessoas que desempenham as diferentes tarefas num serviço (neste caso, os enfermeiros do SU), traduzindo-se numa qualidade real.

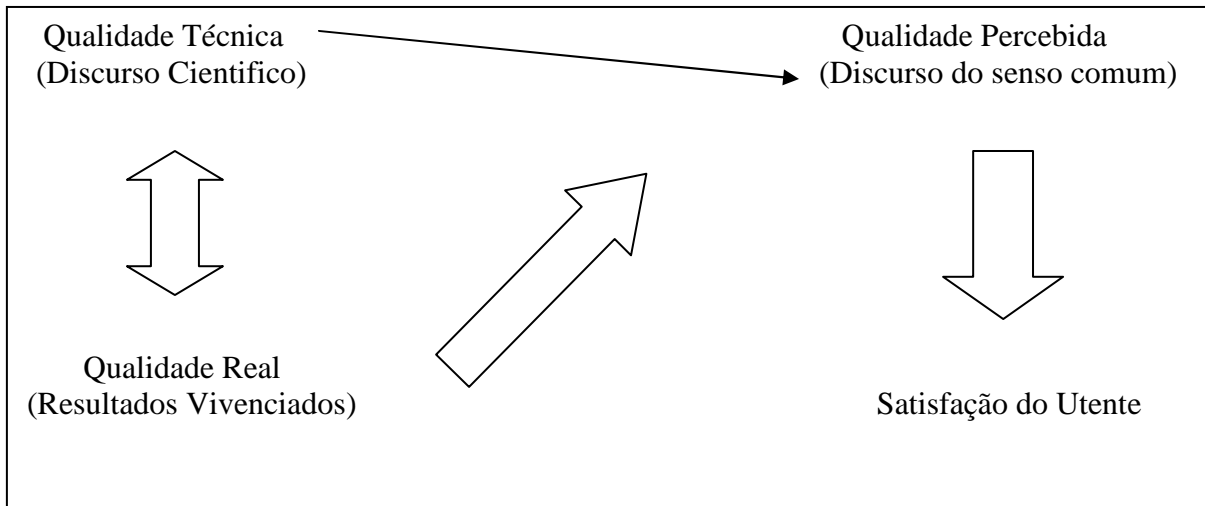


Fig. 1: Modelo de satisfação do Utente que resulta da Qualidade percebida dos Serviços de Saúde. Fonte: Roseira, *et al.* (1999).

De facto, esta é uma questão que se encontra na base das diferenças constatadas na avaliação da satisfação dos utentes, caso estes tenham ou não utilizado recentemente os serviços, ou seja, parte das atitudes dos utentes nesta avaliação corresponde a preconceitos e estereótipos que existem, independentemente da experiência concreta que cada um teve com a resposta aos cuidados obtidos.

Sendo assim, conclui-se que a satisfação do utente relativamente ao contacto com o enfermeiro triador, varia com a qualidade real dos cuidados prestados. Quer isso dizer que, independentemente da sua proximidade com a qualidade técnica destes mesmos cuidados, a satisfação será tanto maior quanto maior for a proximidade entre qualidade real e a qualidade percebida.

No entanto, para Roseira *et al.* (1999), avaliar a satisfação dos utentes com os SU não representa uma tarefa fácil, utilizando como argumentos, a seguinte citação

“As avaliações feitas pelos profissionais de saúde dos próprios serviços, esbarram sistematicamente com a desconfiança dos utentes, em situação de crise e de ausência de controlo, desconfiando das intenções dos profissionais que os abordam e inibem avaliações negativas que imaginam que os viessem a prejudicar no tratamento que pretendem receber. A estratégia de confronto com o poder, por parte dos mais fracos e debilitados, dificilmente é eficaz”

Desta forma, e uma vez que os enfermeiros constituem o maior grupo de profissionais deste serviço, o potencial impacto da enfermagem de urgência na satisfação do utente é ainda maior. O facto da triagem realizada por enfermeiros do SU constituir o primeiro contacto com o utente e, sendo este método relativamente recente, a probabilidade de suscitar inúmeras expectativas nos utentes que aí recorrem torna-se uma realidade.

Neste âmbito, segundo Neto *et al.* (2003), “ (...) seja qual for a razão que leva o utente a recorrer ao SU, o primeiro contacto é determinante para o desenrolar da situação.”

II – Fase Metodológica

2. Problemática em Estudo

Toda a investigação que se pretende elaborar tem como ponto de partida uma situação considerada ambígua, ou seja, uma situação que careça de uma melhor explicação e compreensão do fenómeno que se pretende analisar. Neste sentido, Adebo (*cit. in* Fortin, 1999) defende que um problema de investigação “ (...) é uma situação que necessita de uma solução, de um melhoramento ou de uma modificação (...)”.

Neste âmbito, o investigador necessita de formular um conjunto de métodos que o levem a atingir os objectivos traçados para o seu estudo. De facto, segundo Trujiet (*cit. in* Lakatos *et al.*, 1991),

“ (...) os métodos constituem os instrumentos válidos que ordenam de início o pensamento em sistemas, traçam de modo ordenado a forma de proceder do cientista ao longo de um percurso para alcançar um objectivos”.

Na verdade, estes métodos são a base de suporte de qualquer tipo de investigação, surgindo esta como “ (...) uma tentativa sistemática de atribuição de respostas às questões” (Tuckman, 2002).

Será nesta conjuntura, que através da delineação de estratégias e planos de acção inseridos na área de investigação, se tentará definir o tema a investigar, as respectivas questões de investigação, assim como, os objectivos. Será mencionado ainda, o tipo de estudo, o meio onde se irá efectuar, a população a que se destina, o método e instrumento de colheita de dados, bem como, a análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

2.1. Definição do Tema

A definição do tema desperta do constante questionar e da necessidade de obter respostas a um determinado assunto. De facto, como alega Andrade (1995, p. 36),

“A escolha do tema pode fundamentar-se no desejo de aprofundar o estudo de uma questão; no interesse particular ou profissional sobre determinado assunto ou seguir sugestões de leituras ou, ainda, aprofundar estudos realizados anteriormente, de maneira superficial”.

Neste sentido, para o presente trabalho monográfico, considerou-se pertinente realizar um estudo acerca do **“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência: Satisfação do Utente”**.

A escolha sobre esta temática fundamentou-se, principalmente, nas preferências pessoais do investigador, dado o seu crescente interesse por este mundo tão fascinante de que fazem parte a prestação de cuidados a utentes em situações urgentes/emergentes. Foi, neste sentido e, constituindo a triagem o primeiro contacto que o utente tem com a instituição de saúde, que surgiu o interesse em investigar qual a satisfação dos utentes relativamente ao contacto que este estabelece com o enfermeiro triador. Na verdade, pensa-se que a relação que se estabelece entre o utente e o enfermeiro da triagem é de extrema importância, uma vez que, irá determinar toda a permanência do utente no SU, pelo que, o investigador considerou pertinente pesquisar, clarificar, compreender e reflectir sobre esta temática, com a finalidade de assimilar mais conhecimentos nesta área e assim, futuramente, exercer a sua profissão ao mais alto nível, promovendo, sempre que possível, a satisfação do utente.

2.2. Pergunta de Partida

Uma vez precisado o domínio da investigação, é imprescindível que o pesquisador se interrogue sobre a questão a colocar. Neste sentido, Fortin (1999, p.51) afirma que uma questão de investigação “ (...) é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações”.

Deste modo, para o estudo que se consumou, considerou-se pertinente a formulação da seguinte pergunta de partida: **“Qual a satisfação dos utentes acerca do contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência?”**.

2.3. Questões de Investigação

As questões de investigação são premissas sobre as quais se apoiam os resultados da investigação, isto é, são questões que precisam de recorrer à metodologia científica e que produzem informação passível de ser generalizada (Fortin, 1999, p. 51). Assim sendo, para dar resposta ao tema de investigação, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual o grau de satisfação dos utentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência?
- Qual o grau de satisfação dos utentes face ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro na triagem?
- Qual o grau de satisfação dos utentes face ao comportamento adoptado pelo enfermeiro?
- Qual o grau de satisfação dos utentes relativamente às explicações que o enfermeiro lhe faculta?
- Qual a opinião dos utentes relativamente ao perfil que o enfermeiro manifesta?
- Qual o grau de satisfação dos utentes a nível global acerca do atendimento efectuado pelo enfermeiro na triagem?
- Quais as vantagens/desvantagens que os utentes consideram existir na triagem realizada por enfermeiros?

- Quais as sugestões sugeridas e/ou críticas referidas pelos utentes para melhorar o atendimento realizado pelos enfermeiros?

2.4. Objectivos

Após a definição e delimitação do tema, da pergunta de partida e das questões que lhe estão subjacentes, é necessário formular um conjunto de objectivos que indiquem o porquê da investigação a realizar. De facto, são os objectivos que “ (...) definem, muitas vezes, a natureza do trabalho, o tipo de problema a ser seleccionado, o material a colectar, etc.” (Cervo, 1983, p. 76).

2.4.1. Objectivo Geral

Assim sendo, para a elaboração desta investigação estabeleceu-se o seguinte objectivo geral:

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem do serviço de urgência.

2.4.2. Objectivos Específicos

Os objectivos específicos, nos quais assenta esta pesquisa, são os subsequentes:

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes face ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro na triagem;
- Saber qual a satisfação dos utentes face ao comportamento adoptado pelo enfermeiro;

- Conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente às explicações que o enfermeiro lhe faculta;
- Identificar qual a opinião dos utentes relativamente ao perfil que o enfermeiro manifesta;
- Conhecer o grau de satisfação dos utentes a nível global acerca do atendimento efectuado pelo enfermeiro na triagem;
- Saber quais as vantagens/desvantagens que os utentes consideram existir na triagem realizada por enfermeiros;
- Identificar quais as sugestões e/ou críticas referidas pelos utentes para melhorar o atendimento realizado pelos enfermeiros;

2.5. Tipo de Estudo

Tendo em conta as características da presente investigação, considerou-se pertinente empregar uma abordagem quantitativa, referindo-se como um estudo do tipo descritivo simples exploratório, na qual se irá quantificar os dados relativos à satisfação dos utentes face ao contacto com o enfermeiro da triagem do SU.

Assim sendo, optou-se por uma abordagem quantitativa, uma vez que, este método compreende a recolha sistemática de informação numérica, na qual existem condições de muito controle (Polit & Hungler, 1993, p. 18), bem como, se baseia em factos objectivos observáveis, acontecimentos ou fenómenos que existem independentemente do pesquisador; permite um processo ordenado, no decorrer de toda a investigação; existe objectividade, predição, controlo e generalização de resultados (Fortin, 1999, p.22). Ainda segundo a mesma autora (Fortin, 1999, p. 164) um estudo descritivo simples baseia-se, principalmente, na descrição de fenómenos ou de um conceito respeitante a uma determinada população, com o objectivo de deliberar as características dessa mesma população ou através de uma amostra

significativa desta. Exploratório, uma vez que, se pretende explorar o grau de satisfação, bem como a opinião dos utentes face à problemática em questão pois, só assim, se conseguirá ter uma noção exacta de como os utentes realmente se sentem em relação ao enfermeiro triador.

2.6. População/Amostra

Um dos aspectos essenciais numa investigação é a definição da população a considerar. Para Lakatos *et al.* (2002), o termo população ou universo refere-se “ao conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum”. Tendo em conta o referido pelos autores, a população que integra este estudo é constituída pelos utentes que recorreram ao SU de uma instituição de saúde da zona Norte do País.

Na verdade, estudar toda a população seria uma condição bastante complexa, uma vez que, o investigador não tem tempo nem recursos suficientes para recolher e analisar os dados para cada um dos casos da população, pelo que, nestes casos, só é possível determinar uma parte de todos os casos que constituem a população, ou seja, uma amostra. Neste sentido Fortin (1999, p. 202) afirma que a amostra “ (...) é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população”. Porém, quando o investigador selecciona a amostra deve ter a noção que esta deve ser representativa da população, ou seja, as características da população devem estar presentes na amostra seleccionada.

Para tal, foi necessário formular quais os critérios que iriam funcionar como guias importantes para a selecção dos elementos que formaria a amostra. Deste modo, estabeleceram-se como critérios de inclusão os que a seguir se enumeram: utentes com mais de 18 anos, entendendo-se a partir desta idade capazes de fazer um juízo de valores, capazes de um “raciocínio moral” (Kohlberg, *cit in* Bolander *e tal*, 1996, p. 23); utentes com idade adulta, a qual corresponde aproximadamente ao período entre os 20 e 40 anos de idade (Papila e Olds, 2000, p. 369); utentes na meia-idade, a qual corresponde aproximadamente ao período entre os 40 e 65 anos (Papila e Olds, 2000, p. 369); utentes com alta clínica, possibilitando deste forma, menor probabilidade de influencia do seu estado emocional; Utenes com capacidade de raciocínio lógico, sem alterações do seu estado de consciência, pois encontram-se mais competentes para

fazer uma avaliação dos cuidados de saúde recebidos. Neste sentido, a amostra para este estudo é formada por uma parcela de 42 elementos da população alvo.

Após definida a população e seleccionada a amostra, o investigador deve definir o processo de amostragem a utilizar no estudo. Assim sendo e, tendo em conta as características do estudo, considera-se importante utilizar o processo de amostragem não aleatório acidental, ou seja, é um processo pelo qual os elementos da população não têm uma probabilidade igual de serem escolhidos para integrar a amostra, amostra esta, que irá ser formada por sujeitos que responderem afirmativamente e colaborem na investigação, estão facilmente acessíveis e presentes no local onde se irá realizar a colheita de dados e, por consequência, incluídos no estudo à medida que se apresentam e até a amostra atingir o tamanho pretendido. (Almeida & Freire, 2003, p. 112).

2.7. Método/Instrumento de Colheita de Dados

Tendo em conta o tipo de estudo e a problemática em questão o instrumento de recolha de dados seleccionado será o questionário pois, crê-se ser o mais relevante para atingir os objectivos delineados. Para a aplicação deste instrumento de colheita de dados, que decorreu entre os dias 25 e 26 de Maio de 2008, optou-se, como processo de preenchimento, fazer chegar aos inquiridos o questionário em mão própria do investigador. O questionário, segundo Marconi & Lakatos (2003, p. 201),

“ (...) é um instrumento de colecta de dados, constituído por uma serie ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador. Em geral, o pesquisador envia o questionário ao informante, pelo correio ou por um portador; depois de preenchido, o pesquisado devolve-o do mesmo modo. ”

O questionário a aplicar para este estudo, será misto, ou seja, constituído por perguntas abertas e fechadas (anexo I). A diferença entre as perguntas abertas e fechadas situa-se particularmente na forma como a resposta é dada. Este tipo de questionário é vantajoso quando se deseja obter informação qualitativa para complementar a informação quantitativa (Hill, 2000, p. 93-95). Para as perguntas fechadas optou-se pelo formato das respostas de

escala tipo Lickert de cinco pontos. Neste tipo de escalas, pretende-se que o inquirido seleccione uma de entre cinco alternativas, de acordo com a sua opinião. As escalas devem conter um número ímpar de respostas possíveis permitindo, desta forma, um ponto neutro para o inquirido, isto é, não têm respostas que convidem só a uma resposta positiva ou só uma resposta negativa (Polit & Hungler, 1993, p. 173-174). Deste modo, a escala para medir o nível de satisfação dos utentes é constituída por cinco itens, em que o número **1** significa que o utente ficou nada satisfeito e o número **5** designa que o utente ficou totalmente satisfeito.

2.8. Pré-teste

Depois de redigido o questionário, torna-se essencial testá-lo antes da sua utilização definitiva, para isso, foi efectuado um pré-teste. De acordo com Fortin (1999, p. 253) o pré-teste,

“ (...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (entre 10 a 30 sujeitos), a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas.”

Neste contexto, o pré-teste foi empregue a uma fracção de 10 elementos da população alvo, que recorreram ao SU de uma instituição de saúde da zona Norte do País, no dia 15 de Dezembro. Após aplicado o pré-teste, o investigador apresentou o cuidado de verificar o nível de compreensão dos termos utilizados, através das respostas referidas pelos utentes. Neste sentido, considerou-se pertinente reformular algumas questões do questionário pois, só assim, seria possível atingir os objectivos preconizados para este estudo. Para além deste aspecto, o investigador, também, teve o cuidado de não integrar na amostra os elementos seleccionados para a realização do pré-teste.

2.9. Previsão e Tratamento de dados

Os dados recolhidos durante toda a investigação não respondem, em si e por si, às indagações do estudo. De facto, e como argumentam Polit & Hungler (1993, p. 225), “esses dados

precisam ser processados e analisados, (...), de modo que possam ser detectadas tendências e padrões de relação.”

Deste modo, após a colheita de toda a informação necessária através dos questionários, irá ser efectuado o tratamento de dados. Uma vez que o questionário elaborado é um questionário misto, a análise de dados irá incidir sobre duas vertentes, a análise estatística para as perguntas fechadas e a análise de conteúdo para as perguntas abertas.

Para a exposição das informações obtidas nas perguntas fechadas, irá ser criada uma base de dados, recorrendo para isso, a um programa informático, que neste caso, se remete ao Microsoft Excel. Nesta base de dados irão ser introduzidos os dados recolhidos junto dos sujeitos da amostra e, posteriormente, irá ser efectuada a sua análise segundo a estatística mais adequada.

Assim sendo, para este estudo, a análise estatística dos dados, irá ser efectuada com o recurso à estatística descritiva, estatística esta, que como alegam Polit & Hungler, (1993, p. 227), “ (...) capacita o pesquisador a reduzir, resumir, organizar, avaliar, interpretar e comunicar a informação numérica. (...) é utilizada para descrever e sintetizar os dados.”

Segundo, Fortin (1999, p. 277), a estatística descritiva “ (...) permite descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis”.

Para as perguntas abertas será empregue a análise de conteúdo. De facto, segundo Polit & Hungler, (1993, p. 281), a análise de conteúdo faz referências “ (...) a procedimentos sistemáticos e objectivos para a conversão de comunicações escritas ou verbais em dados quantitativos para uma análise estatística subsequente.”

De acordo com outro autor, Bardin (2004, p. 38), a análise de conteúdo,

“ (...) trabalha a palavra, quer dizer, a prática da língua realizada por emissores identificáveis. (...) procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça. (...) visa o conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, etc., por meio de um mecanismo de dedução com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.”

2.10. Questões éticas da investigação

O aumento rápido das pesquisas envolvendo os utentes de uma instituição de saúde, tem levado a preocupações éticas, pois os voluntários aceitam os riscos e inconvenientes com a finalidade de avançar no conhecimento científico e beneficiar os outros (Hulley *et al*, 2006).

Antes de mais torna-se crucial definir o conceito de ética. Neste sentido, vários autores tentam interpretar este conceito, no entanto, considera-se pertinente enunciar a opinião de Thompson *et al* (2004),

“A ética refere-se ao sistema colectivo de crenças e de valores de qualquer comunidade moral, ou grupo socioprofissional. A ética estuda a forma como determinamos aquilo que é bom para o desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade bem como as regras necessárias para prevenir que as pessoas sejam prejudicadas.”

Simplificando a afirmação do autor, a ética “ (...) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta” (Fortin, 1999, p. 114). É o agir que realiza cada pessoa – a questão ética ocupa-se da administração que cada um faz da sua vida, em benefício próprio. De acordo com Savater (2000, p. 147-149), o cenário deste debate é, fundamentalmente íntimo, isto é, do domínio da consciência de cada um. A educação, a experiência, o conhecimento, tudo converge para condicionar a pessoa, mas não a pode determinar por completo.

Qualquer investigação que se efectua junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados de investigação podem, bem compreendido, contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos, mas também lesar os direitos fundamentais das pessoas. Por conseguinte, é

importante tomar todas as medidas necessárias para proteger os direitos e liberdades dos demais que participem na investigação (Polit & Hungler, 1993, p. 292-294).

Assim sendo, esta investigação será conduzida, tendo por base, os três princípios éticos, o princípio de respeito à dignidade humana; o princípio da beneficência e o princípio da justiça (Hulley *et al*, 2006).

O princípio de respeito à dignidade humana engloba o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa (Polit & Hungler, 1993, p. 297). O direito à autodeterminação, de acordo com os mesmos autores, Polit & Hungler, (1993, p. 297), significa

“ (...) que futuros sujeitos têm o direito de decidir, voluntariamente, se querem ou não participar de um estudo, sem o risco de sujeitar-se a penalidades ou a tratamento que venha a prejudicá-los. (...) os sujeitos têm o direito de decidir, a qualquer momento, encerrar sua participação, recusar-se a dar informações (...)”

Relativamente ao direito à revelação completa, o investigador tem o dever de informar os sujeitos acerca da natureza do estudo em questão, das responsabilidades do investigador e os possíveis riscos e benefícios advindos, bem como, a possibilidade de estes recusarem a participação no estudo (Polit & Hungler, 1993, p. 297).

Outro princípio que o investigador deve ter em atenção é o princípio da beneficência. Este princípio baseia-se na máxima: acima de tudo não causar dano ou prejuízo, isto é, o investigador não deve colocar os sujeitos em desigualdade ou expô-los a situações para as quais os sujeitos não foram devidamente explicitados. Deste modo, antes de dar início a uma investigação, o pesquisador deve analisar se os riscos não se sobrepõem aos benefícios daqueles que aceitarem participar no estudo (Hulley *et al*, 2006).

O terceiro princípio, o princípio da justiça, demanda que os benefícios e o acesso à investigação sejam distribuídos de forma justa (Hulley *et al*, 2006). Este princípio engloba dois direitos, o direito a tratamento justo, no qual os sujeitos usufruam o direito a um tratamento imparcial e justo, antes, durante e após a colaboração no estudo e, o direito à

privacidade. Neste segundo direito, os investigadores têm o dever de manter em sigilo toda a informação fornecida pelos sujeitos do estudo, utilizando para isso, procedimentos confidenciais, como é o caso, do anonimato (Polit & Hungler, 1993, p. 300).

III – Fase Empírica

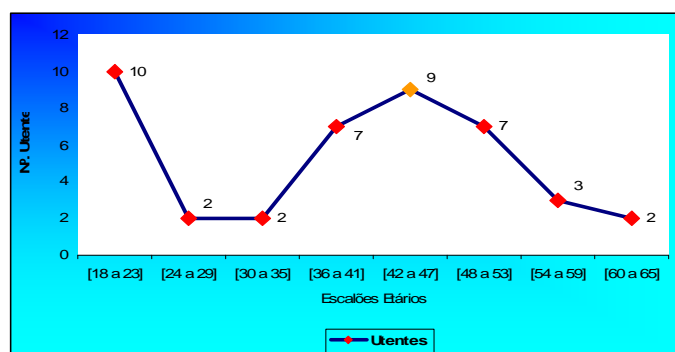
3. Apresentação e Análise dos Resultados

Após a colheita de dados junto dos sujeitos da amostra, a etapa seguinte, consiste na apresentação e análise dos resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, com o objectivo final de oferecer um retrato da amostra, não devendo, no entanto, esta ser generalizada. Assim sendo, como referido anteriormente, a análise dos dados irá ser efectuada recorrendo à estatística descritiva, para as perguntas fechadas e, a análise de conteúdo para as perguntas abertas.

Numa fase inicial da apresentação e análise dos resultados, irá ser realizada a caracterização dos sujeitos da amostra, seguida dos dados relativos ao nível de satisfação dos utentes e, por fim, os dados relativos à opinião dos utentes, tendo como vertente, a análise de conteúdo. Desta forma, os dados irão ser apresentados e analisados de acordo com a ordem estabelecida nos questionários, à excepção da análise de conteúdo, que se optou por apresentá-la no final da análise estatística.

3.1. Caracterização dos sujeitos da amostra

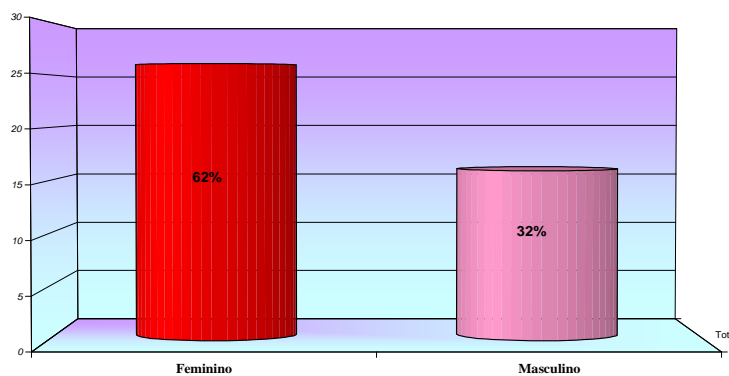
Gráfico 1: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Idade



Como se pode constatar no gráfico 1, a amostra empregue para esta investigação é constituída por 10 (24%) utentes entre [18 a 23] anos de idade; 2 (5%) utentes entre [24 a 29] e [30 a 35] anos de idade; 7 (17%) utentes entre [36 a 41] anos de idade; 9 (21%) utentes entre [42 a 47] anos de idade; 7 (17%) utentes entre [48 a 53] anos de idade; 3 (7%) utentes entre [54 a 59]

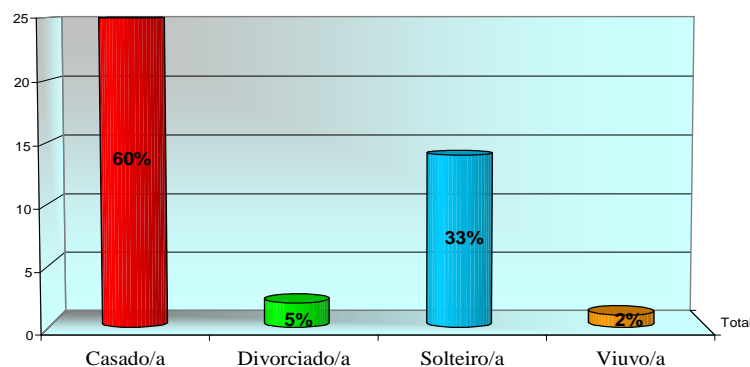
anos de idade e, por fim, 2 (5%) utentes com idade compreendida entre [60 a 65], sendo que, 39 é a idade média, 18 a idade mínima e 65 a idade máxima dos utentes inquiridos. É de salientar que os intervalos de classes resultam da subtração da idade mínima à idade máxima (amplitude), que deu um total de 47. Como se pretende um número de classe total de 8, dividiu-se o número 47 por 8, que deu aproximadamente 6, o que pressupõe que o intervalo de classes seja de 6 em 6 anos.

Gráfico 2: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Sexo



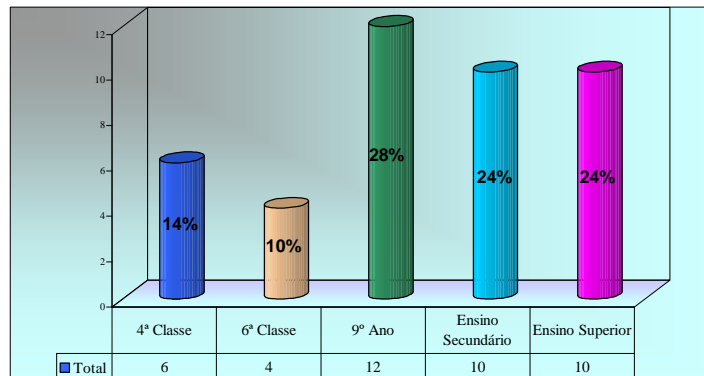
Dos utentes inquiridos verificou-se que 62% (26) pertencem ao sexo feminino e que 32% (16) pertencem ao sexo masculino.

Gráfico 3: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com o Estado Civil



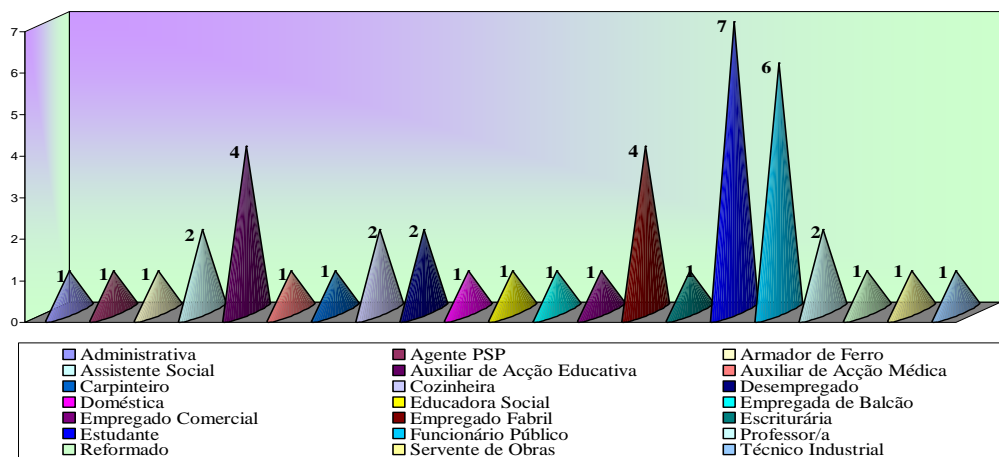
De acordo com o gráfico 3, pode-se analisar que 60% (25) dos utentes são casados; 5% (2) divorciados; 33% (14) dos utentes são solteiros e, por último, 2% (1) dos utentes são viúvos.

Gráfico 4: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com as Habilitações Literárias



Relativamente às habilitações literárias, aferiu-se que 6 (14%) dos utentes possuem a 4ª classe; 4 (10%) dos utentes a 6ª classe; 12 (28%) dos utentes ostentam o 9º ano; 10 (24%) dos utentes têm o ensino secundário e, finalmente, 10 (24%) dos utentes inquiridos possuem o ensino superior.

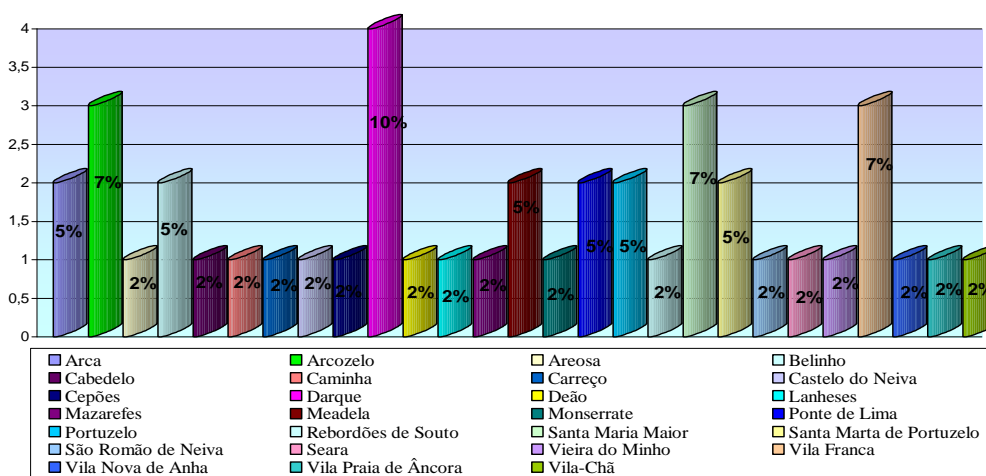
Gráfico 5: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Profissão



No respeitante à profissão dos utentes inquiridos, pode-se observar que 2% (1) dos utentes desempenham diversas profissões, particularmente, administrativa, agente da PSP, armador de ferro, AAM, carpinteiro, doméstica, educadora social, empregado comercial, empregado de balcão, escriturária, reformado, servente de obras e técnico industrial; 5% (2) dos utentes são

cozinheiras, assistentes sociais, professores e, também, desempregados; 10% (4) dos utentes são AAE e empregados fabris; 14% (6) dos utentes são funcionários públicos e, finalmente, 17% (7) dos utentes são estudantes.

Gráfico 6: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes de acordo com a Freguesia de Residência

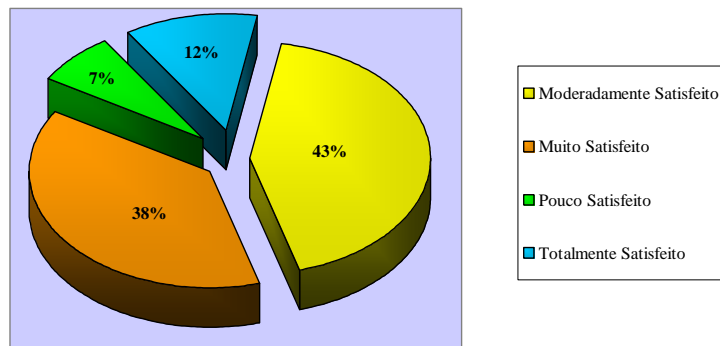


No que concerne à freguesia de residência dos utentes inquiridos, pode-se observar que 5% (2) dos utentes são de Arca, Belinho, Meadela, Ponte de Lima, Portuzelo e Santa Marta de Portuzelo; 7% (3) dos utentes são de Arcozelo, Santa Maria Maior e Vila Franca; 2% (1) dos utentes são de Caminha, Areosa, Cabedelo, Carreço, Castelo do Neiva, Cepões, Deão, Lanheses, Mazarefes, Monsserrate, Rebordões de Souto, São Romão de Neiva, Seara, Vieira do Minho, Vila Nova de Anha, Vila Praia de Âncora, Vila Chã e, por fim, 10% (4) dos utentes pertencem à freguesia de Darque.

3.2. Dados relativos ao Nível de Satisfação dos Utentes

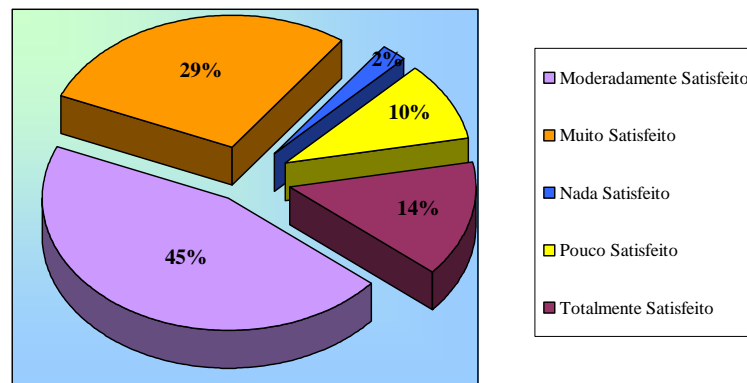
Após a caracterização dos sujeitos da amostra, seguidamente, irá ser efectuada a apresentação e análise das questões presentes no questionário, tendo como finalidade, identificar dados relativos quanto à satisfação dos utentes, assim como, quanto ao parecer que estes atribuem a cada um dos itens que se pretende investigar.

Gráfico 7: Distribuição dos dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à forma como o Enfermeiro o recebeu na Triagem do Serviço de Urgência



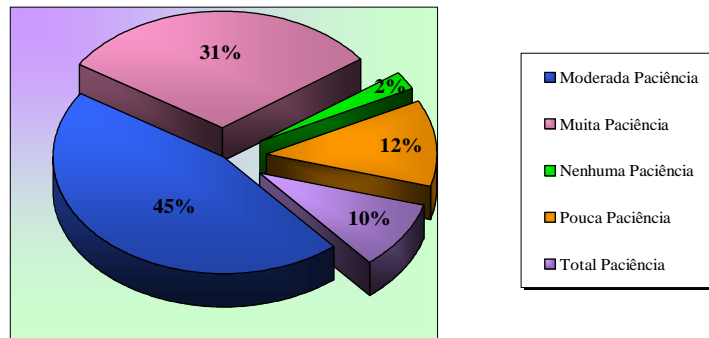
Em relação à forma como o enfermeiro acolheu os utentes na triagem, pode-se afirmar que 43% (18) dos utentes inquiridos consideram que estão moderadamente satisfeitos; 38% (16) dos utentes encontram-se muito satisfeitos; 7% (3) dos utentes estão pouco satisfeitos e 12% (5) dos utentes dizem estar totalmente satisfeitos com o acolhimento na triagem.

Gráfico 8: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à simpatia demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência



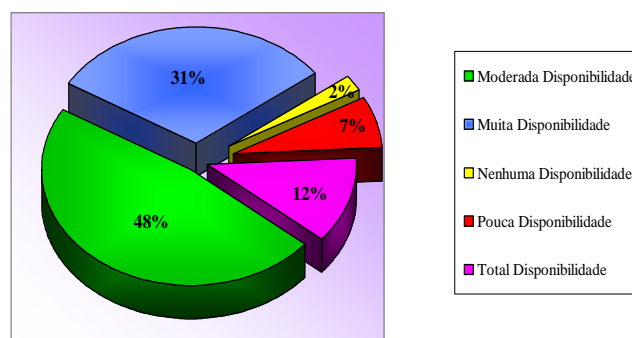
Como se pode averiguar no gráfico 8, existem 19 (45%) utentes que se encontram moderadamente satisfeitos com a simpatia evidenciada pelo enfermeiro; 12 (29%) utentes argumentam estar muito satisfeitos; 1 (2%) utente refere não estar satisfeito; 4 (10%) dos utentes encontram-se pouco satisfeitos e 6 (14%) utentes dizem estar totalmente satisfeito quanto à simpatia do enfermeiro triador.

Gráfico 9: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Paciência demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência



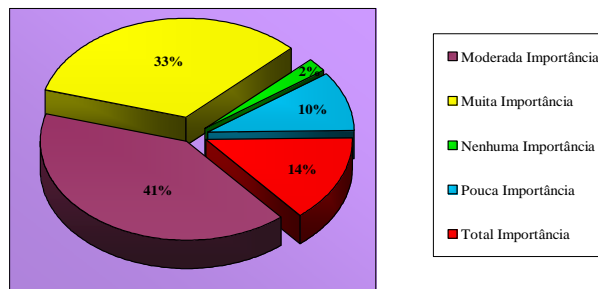
Analisando o gráfico 9, verifica-se que 45% (19) dos utentes afirmam que o enfermeiro triador manifestou moderada paciência; 31% (13) dos utentes consideram que este apresentou muita paciência; 2% (1) dos utentes referem que este não apresentou nenhuma paciência; 12% (5) dos utentes alegam que o enfermeiro demonstrou pouca paciência e 10% (4) dos utentes certificam que o enfermeiro exteriorizou total paciência no atendimento.

Gráfico 10: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Disponibilidade demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência para o ouvir



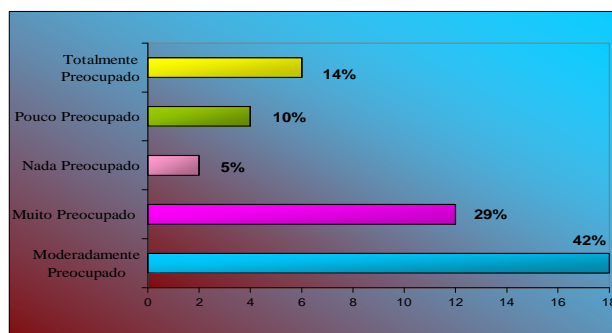
Em relação à disponibilidade, pode-se observar que 48% (20) dos utentes consideram que o enfermeiro manifestou moderada disponibilidade; 31% (13) dos utentes alega que este demonstrou muita disponibilidade; 2% (1) dos utentes afirma que o enfermeiro não expôs nenhuma disponibilidade; 7% (3) dos utentes dizem que este evidenciou pouca disponibilidade e, por último, 12% (5) dos utentes defendem que o enfermeiro exibiu total disponibilidade.

Gráfico 11: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Importância demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência relativamente ao seu problema



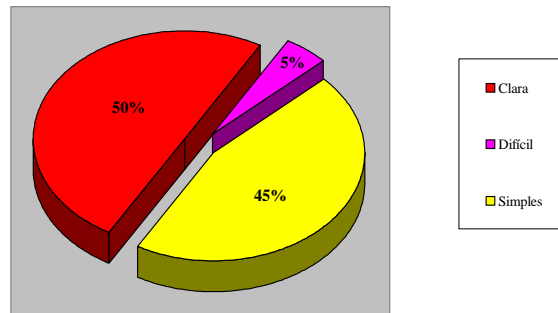
Como se pode apurar no gráfico 11, 17 (41%) utentes argüem que o enfermeiro demonstrou moderada importância ao seu problema; 14 (33%) utentes afirmam que este mostrou muita importância; 1 (2%) utente certifica que o enfermeiro não evidenciou nenhuma importância ao seu problema; 4 (10%) utentes dizem que este deu pouca importância e, por fim, 6 (14%) utentes alegam que o enfermeiro demonstrou total importância para o seu problema.

Gráfico 12: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto à Preocupação demonstrada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência relativamente à sua Privacidade



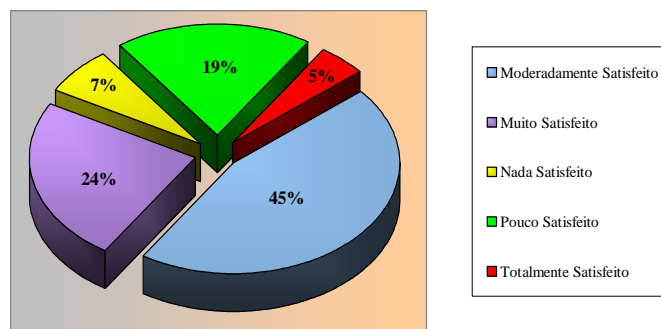
Examinando o gráfico 12, verifica-se que 14% (6) dos utentes consideram que o enfermeiro se demonstrou totalmente preocupado com a sua privacidade; 10% (4) dos utentes defendem que este se apresentou pouco preocupado; 5% (2) dos utentes avaliam que o enfermeiro não estava nada preocupado; 29% (12) dos utentes afirmam que este encontrava-se muito preocupado e 42% (18) dos utentes argüem que o enfermeiro se encontrava moderadamente preocupado com a sua privacidade.

Gráfico 13: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes quanto à Linguagem utilizada pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência



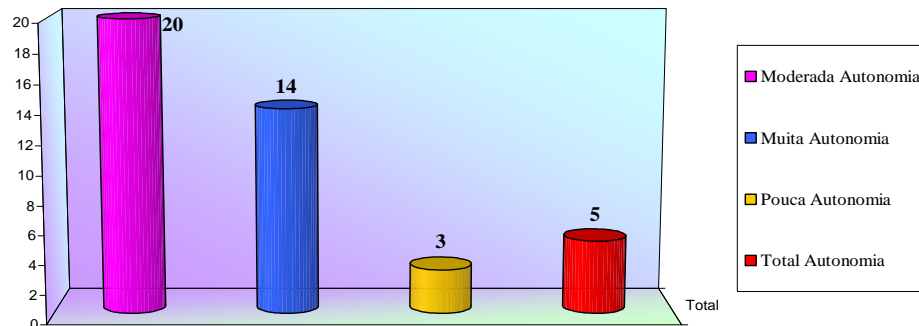
Dos utentes inquiridos verificou-se que 21 (50%) utentes consideram que o enfermeiro utilizou linguagem clara; 2 (5%) afirmam que este empregou linguagem difícil e 19 (45%) argumentam que este usou linguagem simples no seu discurso.

Gráfico 14: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação dos Utentes quanto às Explicações proporcionadas pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência acerca dos procedimentos efectuados



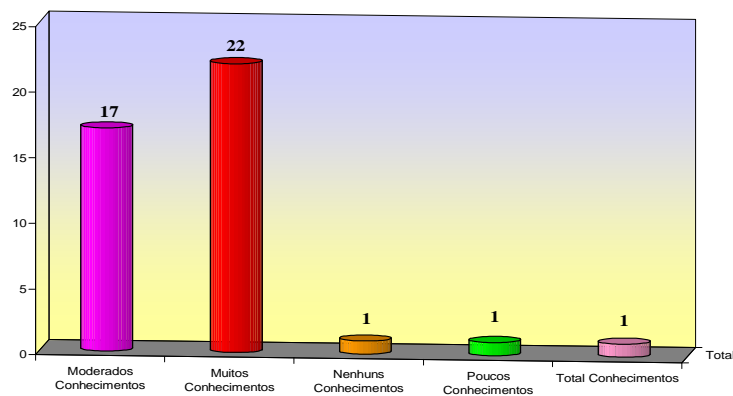
Observando o gráfico 14, pode-se concluir que 45% (19) dos utentes se encontram moderadamente satisfeitos com as explicações facultadas pelo enfermeiro; 24% (10) dos utentes consideram estar muito satisfeitos; 7% (3) alega não estar nada satisfeito; 19% (8) dos utentes dizem estar pouco satisfeitos e 5% (2) afirmam estar totalmente satisfeitos com as explicações do enfermeiro.

Gráfico 15: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Autonomia



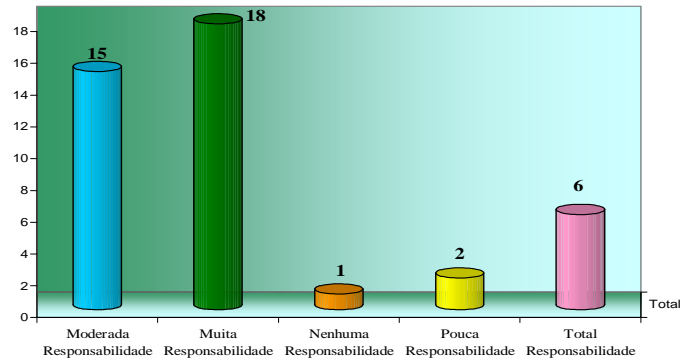
Relativamente à autonomia, 20 (48%) utentes consideram que o enfermeiro apresentou moderada autonomia; 14 (33%) utentes afirmam que este exibiu muita autonomia; 3 (7%) utentes argüem que o enfermeiro mostrou pouca autonomia e 5 (12%) utentes argumentam que o enfermeiro demonstrou total autonomia.

Gráfico 16: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Conhecimentos



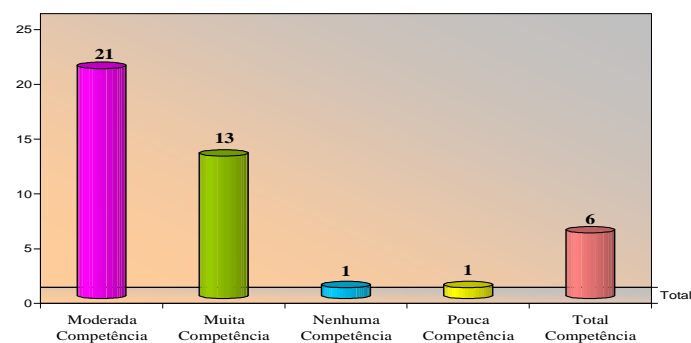
Quanto aos conhecimentos do enfermeiro, 17 (41%) utentes consideram que este possui moderados conhecimentos; 22 (53%) utentes conferem muitos conhecimentos ao enfermeiro e 1 (2%) utente argumenta que o enfermeiro não tem nenhuns conhecimentos, poucos conhecimentos, assim como, possui total conhecimentos.

Gráfico 17: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Responsabilidade



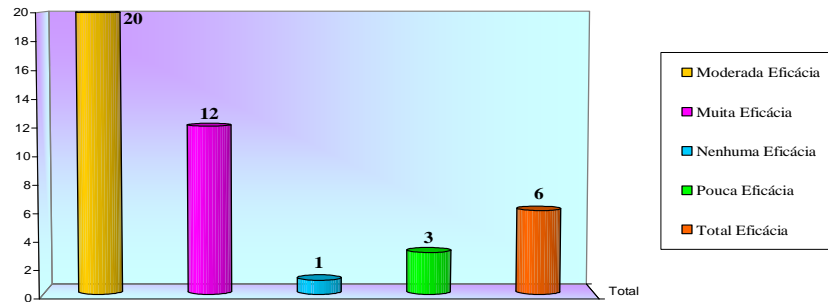
Dos utentes inquiridos aferiu-se que 15 (36%) utentes defendem que o enfermeiro manifestou moderada responsabilidade; 18 (43%) utentes consideram que este ostentou muita responsabilidade; 1 (2%) utente considera que o enfermeiro não teve nenhuma responsabilidade; 2 (5%) utentes alegam que este apresentou pouca responsabilidade e 6 (14%) arguem que o enfermeiro exteriorizou total responsabilidade.

Gráfico 18: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Competência



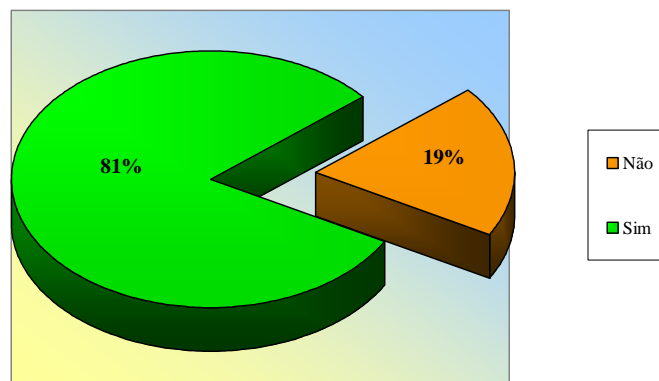
Como se pode observar no gráfico 18, 51% (21) dos utentes dizem que o enfermeiro possui moderada competência; 31% (13) dos utentes argumentam que este usufrui de muita competência; 2% (1) dos utentes afirmam que o enfermeiro não tem nenhuma competência ou tem pouca competência e 14% (6) dos utentes conferem total competência ao enfermeiro.

Gráfico 19: Distribuição dos Dados relativos à opinião dos Utentes acerca do Perfil do Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência – Eficácia



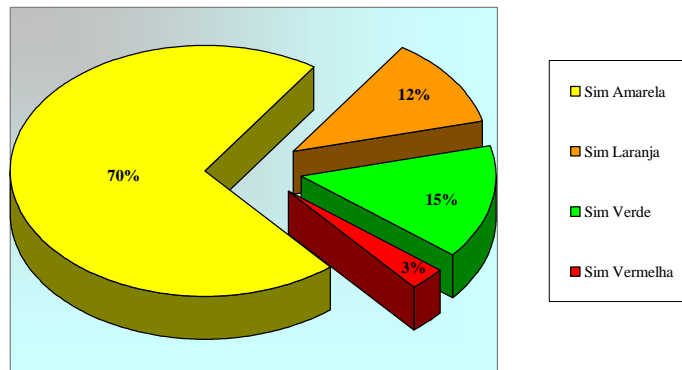
Em relação à eficácia, 20 (48%) utentes consideram que o enfermeiro apresenta moderada eficácia; 12 (29%) utentes alegam que este possui muita eficácia; 1 (2%) utente certifica que o enfermeiro não tem nenhuma eficácia; 3 (7%) utentes defendem que este tem pouca eficácia e 6 (14%) utentes consideram que o enfermeiro possui total eficácia.

Gráfico 20: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que receberam pulseira quando submetidos à Triagem de Manchester



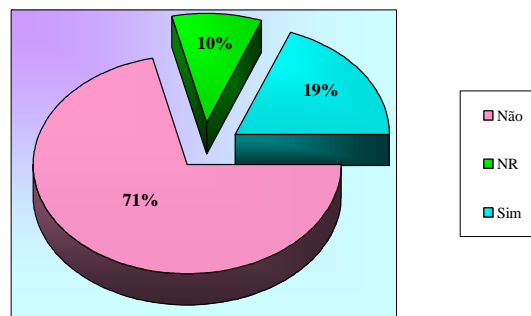
Analisando o gráfico 20 pode-se aferir que 81% (34) dos utentes receberam pulseira e que 19% (8) dos utentes não receberam pulseira quando submetidos à TM.

Gráfico 21: Distribuição dos Dados relativos à cor da pulseira adquirida pelos Utentes quando submetidos à Triagem de Manchester



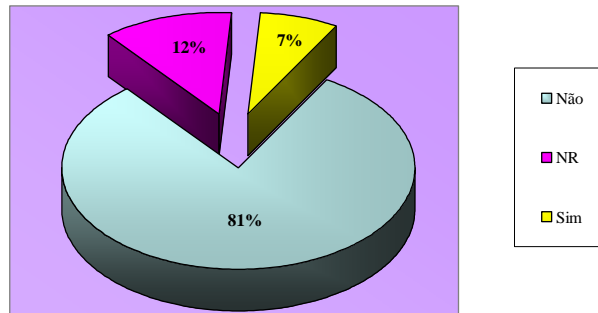
Relativamente aos utentes que receberam pulseira aquando da realização da TM, 70% (24) recebeu a cor amarela; 12% (4) adquiriu a cor laranja; 15% (5) recebeu a cor verde e a 3% (1) dos utentes foi atribuída a cor vermelha.

Gráfico 22: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto à utilidade da pulseira



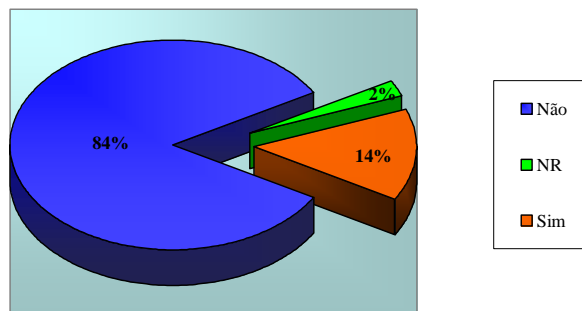
Dos utentes inquiridos concluiu-se que 71% (30) não receberam informação acerca da utilidade da pulseira; 10% (4) não responderam e 19% (8) dos utentes foram explicitados quanto à utilidade da pulseira.

Gráfico 23: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto ao significado das cores



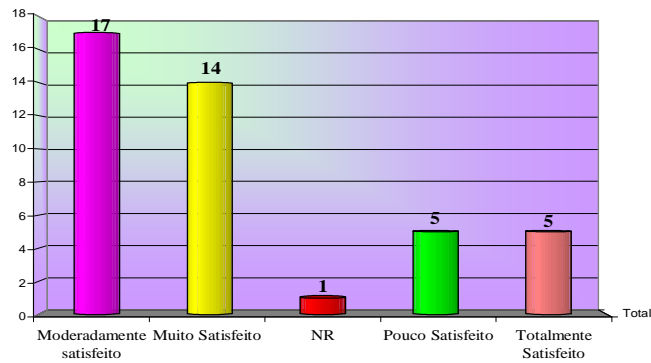
De acordo com o gráfico 23 conclui-se que 34 (81%) utentes não foram esclarecidos quanto ao significado das cores; 5 (12%) utentes não responderam e 3 (7%) dos utentes receberam informação acerca do significado das cores.

Gráfico 24: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que foram explicitados pelo Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência quanto ao tempo de espera até atendimento médico



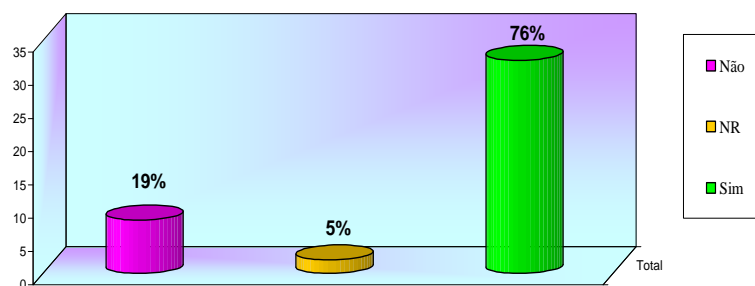
Observando o gráfico 24 verifica-se que 84% (35) dos utentes receberam informação acerca do tempo de espera até atendimento médico; 2% (1) dos utentes não responderam e a 14% (6) dos utentes foi-lhe comunicado quanto tempo teriam que aguardar até serem observados pelo clínico.

Gráfico 25: Distribuição dos Dados relativos à Satisfação Global dos Utentes relativamente ao contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência



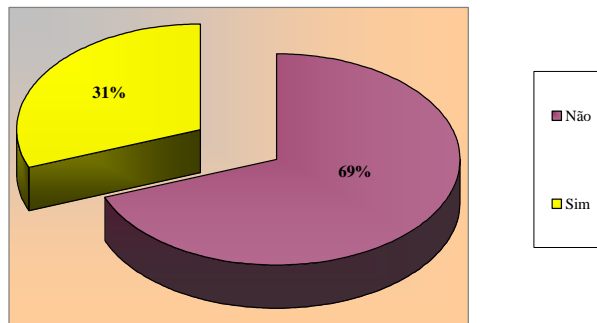
De uma forma global, 41% (17) dos utentes encontram-se moderadamente satisfeitos com o contacto com o enfermeiro triador; 33% (14) alegam estar muito satisfeitos; 2% (1) não responderam; 12% (5) dos utentes consideram estar pouco satisfeitos ou totalmente satisfeitos com o enfermeiro da triagem.

Gráfico 26: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que conferem vantagens no atendimento realizado por Enfermeiros



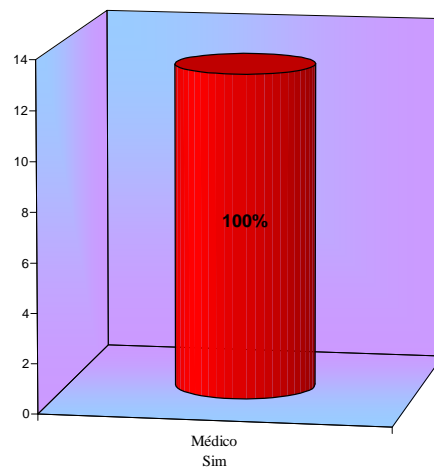
Do total dos utentes interrogados, 19% (8) não conferem vantagens ao atendimento pelo enfermeiro; 5% (2) não responderam e 76% (32) atribuem vantagens à triagem executada pelo profissional de enfermagem.

Gráfico 27: Distribuição dos Dados relativos aos Utentes que consideram que a Triagem deveria ser realizada por outro profissional de saúde



Relativamente a esta questão, 31% (13) dos utentes consideram que a triagem deveria ser efectuada por outro profissional de saúde, enquanto que, 69% (29) dos utentes alegam que a triagem deve continuar a ser realizada por enfermeiros.

Gráfico 28: Distribuição dos Dados relativos a outro profissional de saúde elegido pelos Utentes para a realização da Triagem



Como se pode visualizar, dos 13 (31%) utentes que consideram que a triagem deve ser realizada por outro profissional de saúde, todos (100%) elegeram o médico com o profissional de preferência.

3.3. Dados relativos à opinião dos Utentes

Após a colheita dos dados qualitativos torna-se necessário analisá-los, isto é, codificá-los. Neste sentido, Holsti (*cit. in* Bardin, 2004), afirma que a codificação dos dados é o processo através do qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades, as quais possibilitam uma descrição precisa das características pertinentes do conteúdo. Para esta codificação foi necessário empregar os pilares que assentam neste processo, especificamente, o recorte, a enumeração e a classificação das categorias. Assim sendo, após as duas primeiras fases, procedeu-se à classificação das categorias, ou seja, à categorização que, segundo Bardin (2004, p. 111) consiste numa

“ (...) operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo, no caso da análise de conteúdo) (...)”

Deste modo, procedeu-se à seguinte categorização:

Unidades de Registo	Unidades de Contexto	Score
Explicações sobre procedimentos efectuados	Q2: “ <i>Explicou-me o que tinha que fazer, utilizou alguns termos técnicos e traduzia o que queria dizer</i> ”;	3
	Q4: “ <i>(...) não me explicou nada</i> ”;	11
	Q6: “ <i>Utilizou termos técnicos e não percebi nada</i> ”;	
	Q10: “ <i>Por vezes a explicação é muito vaga ou nenhuma</i> ”;	2
	Q20: “ <i>(...) julgo que o enfermeiro foi claro e explicou de forma a eu entender</i> ”;	6
	Q21: “ <i>O enfermeiro explicou-me de forma sintética o que havia de mais importante a ser transmitido</i> ”;	
	Q39: “ <i>Porque nos explica os sintomas e os passos seguintes</i> ”	

	<i>ao que iria fazer fora da triagem”.</i>	
Explicações sobre a utilidade da pulseira	<p>Q2: “ (...) diz respeito à gravidade do caso de cada pessoa, para que os casos mais graves sejam tratados primeiro”;</p> <p>Q3: “ (...) para saber de que urgência se trata”</p> <p>Q11: “Caso grave vermelha, menos grave verde”;</p> <p>Q18: “Qual a prioridade a que correspondia”;</p> <p>Q37: “Disse que a cor é equivalente à prioridade nos tratamentos e atendimento por parte do médico”.</p>	<p>2</p> <p>3</p>
Explicações sobre o significado das cores	<p>Q18: “Grau de prioridade e urgência no atendimento”;</p> <p>Q21: “Explicou-me que consoante a cor atribuída estava definido quer o tempo de espera, quer a urgência no atendimento”;</p>	2
Explicações sobre tempo de espera para atendimento médico	<p>Q2: “Que tinha que esperar cerca de 30 minutos”;</p> <p>Q13: “Que aguardasse na sala de espera (...) que logo que fosse possível iria ser atendida”;</p> <p>Q18: “A cor da prioridade correspondia mais ou menos ao tempo de espera”;</p> <p>Q20: “Que iria ser atendido em função da cor da pulseira e o numero de doentes que estavam a ser atendidos”;</p>	<p>2</p> <p>2</p>
Vantagens no atendimento realizado por enfermeiros	<p>Q1: “Têm formação”;</p> <p>Q2: “Têm uma melhor percepção daquilo que os doentes sofrem”;</p> <p>Q4: “A classe médica não é tão prestável, carinhosa, preocupada, atenciosa como são os enfermeiros”;</p> <p>Q7: “Diminui a lista de espera, o que pode ser útil”;</p> <p>Q8: “ (...) são poucas, porque só fazem a triagem e abandonam-nos”;</p> <p>Q9: “Porque assim justifica se deve ser atendido com mais</p>	<p>2</p> <p>5</p> <p>2</p>

<p>Vantagens no atendimento realizado por enfermeiros (cont.)</p>	<p><i>ou menos urgência”;</i></p> <p>Q13: <i>“Sim, porque se fica elucidado com o que se passara depois”;</i></p> <p>Q14: <i>“Nenhumas, porque não resolve nada”;</i></p> <p>Q17: <i>“Sim, pois assim encaminha o doente de imediato à especialidade”;</i></p> <p>Q25: <i>“ (...) pois possuem conhecimentos para isso e também experiência para melhor interpretar as queixas e sinais que os utentes apresentam”;</i></p> <p>Q28: <i>“Têm mais eficácia”;</i></p> <p>Q30: <i>“Têm competência (...), no entanto, deviam também ser acompanhados pela equipe médica”;</i></p> <p>Q35: <i>“Não, porque os enfermeiros não têm os conhecimentos necessários e pode enganar-se a fazer a triagem”;</i></p> <p>Q39: <i>“Conversa connosco, mostra disponibilidade, mostra interesse em ajudar”;</i></p> <p>Q42: <i>“Pois assim os médicos ficam mais disponíveis para as situações urgentes”.</i></p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p> <p>2</p>
<p>Sugestões e/ou Críticas</p>	<p>Q1: <i>“Deviam ter um pouco mais de paciência (...)”;</i></p> <p>Q4: <i>“Explicar sempre os procedimentos aos utentes de forma adequada a qualquer pessoa, utilizarem um tom de voz adequado, receber o doente com um sorriso, atenção, meiguice, simpatia. Explicar o porquê da atribuição da cor e quanto tempo vai esperar”;</i></p> <p>Q5: <i>“Mais enfermeiros nas urgência, porque por falta destes, nem têm tempo de dar atendimento aos doentes”;</i></p> <p>Q7: <i>“As pulseiras que põem nos doentes não são adequadas”;</i></p>	<p>3</p> <p>5</p>

<p>Sugestões e/ou Críticas (cont.)</p>	<p>Q8: “<i>O enfermeiro apenas faz a triagem, no final vira costas, por vezes vai para a companhia de outros colegas conversar ou até criticar</i>”;</p> <p>Q9: “<i>Penso que os enfermeiros devem continuar a fazer a triagem, porque assim os doentes são melhor atendidos</i>”;</p> <p>Q10: “<i>Explicar melhor as situações dos doentes</i>”;</p> <p>Q13: “<i>(...) quando são os enfermeiros a fazer a triagem é muito bom. Espero que continuem sempre assim para que haja um bom atendimento</i>”;</p> <p>Q14: “<i>A triagem não resolve nada, em vez de ser atendido pelo enfermeiro porque não directamente com o médico?</i>”;</p> <p>Q16: “<i>Um pouco mais de humanismo não faria mal a ninguém! E se pensarmos que hoje são eles e que amanhã somos nós! Talvez tudo fosse diferente! (...)</i>”;</p> <p>Q17: “<i>(...) na triagem o enfermeiro devia estar apoiado por um médico, dado este nem sempre estar capacitado para fazer um diagnóstico (...)</i>”;</p> <p>Q19: “<i>Não comento pois seria demasiado negativo</i>”;</p> <p>Q21: “<i>Dar mais informação, como por exemplo, através de cartazes e panfletos simples e objectivos</i>”;</p> <p>Q28: “<i>Não esperar muito tempo no corredor à espera de exames</i>”;</p> <p>Q30: “<i>Apesar do tempo para a triagem ser escasso, penso que a informação dada é escassa. Se dessem essa informação evitar-se-iam muitos conflitos e insatisfação por parte dos utentes</i>”;</p> <p>Q31: “<i>Serviço bem efectuado com eficácia e clareza</i>”;</p> <p>Q35: “<i>Deveriam dar mais informação, mas penso que a culpa do mal atendimento não é dos enfermeiros mas sim de</i></p>	<p>2</p> <p>2</p> <p>2</p>
--	--	----------------------------

<p>Sugestões e/ou Críticas (cont.)</p>	<p><i>todo um sistema (...)</i>”;</p> <p>Q36: “ (...) <i>mais enfermeiros e mais salas (...). Deviam informar o porquê de outra pessoa passar à nossa frente</i>”;</p> <p>Q37: “<i>Não deviam sobrecarregar tanto os enfermeiros que são tão importantes e imprescindíveis. O bom atendimento passa pelo tempo que estes têm para dispensar aos utentes</i>”;</p> <p>Q38: “<i>Demorar pouco tempo</i>”;</p> <p>Q42: “<i>Pouco ou nada há a dizer (...) o enfermeiro faz a triagem, determina o grau de urgência e encaminha o doente, não havendo mais contacto com ele</i>”.</p>	<p>2</p>
--	---	----------

Tabela1: Categorização

4. Discussão dos Resultados

Após a apresentação e análise dos resultados obtidos, pode-se constatar que dos 42 utentes inquiridos a média de idade de é de 39 anos, num mínimo de 18 e num máximo de 65 anos. É de salientar que, dado o movimento assistencial ao SU e analisando a distribuição da afluência dos utentes por grupos, verifica-se que (Gráfico1) os utentes entre os [18 a 23] (24%) e os [42 a 47] (21%) constituem o grupo mais representativo, seguido pelos utentes com idade compreendida entre os [36 a 41] (17%) e os [48 a 53] (17%) anos. Relativamente ao sexo dos utentes inquiridos, verifica-se que o sexo dominante é o feminino, com 62%, comparativamente ao sexo masculino, 32% (Gráfico 2). Quanto ao estado civil (Gráfico 3) aferiu-se que a maior parte dos inquiridos eram casados (60%) e solteiros (33%). Em relação às habilitações literárias (Gráfico 4) concluiu-se que a maioria dos utentes possuem o 9º ano

(28%), o ensino secundário (24%) e o ensino superior (24%). No respeitante à profissão dos utentes inquiridos, estas são variadíssimas, das quais se salienta a profissão de AAE (10%), estudante (7%), funcionário público (14%) e empregado fabril (10%). Quanto à freguesia de residência verificou-se que uma fracção significativa de utentes residia na zona de Darque (10%), Arcozelo (7%), Santa Maria Maior (7%) e Vila Franca (7%), constituindo estas, zonas de fácil e rápida acessibilidade ao SU da instituição de saúde.

Grau de Satisfação dos Utentes: Quanto ao atendimento proporcionado pelo enfermeiro na Triagem do Serviço de Urgência, relativamente à forma como o recebeu

Relativamente a este aspecto, apurou-se que a média de satisfação dos utentes é de 3,55, estando, por isso, a grande maioria dos utentes (18%) moderadamente satisfeitos com a forma como o enfermeiro o recebeu na triagem. Ainda nesta vertente, é de salientar que nenhum dos utentes inquiridos referiu estar nada satisfeito com o enfermeiro.

Pensa-se que este grau de satisfação dos utentes atribuído ao atendimento facultado pelo enfermeiro está relacionado, essencialmente, com as suas expectativas, isto é, se o atendimento não for de encontro às expectativas dos utentes, torna-se impossível satisfazê-los (Mezomo, 2001, p. 34). Para além das expectativas, considera-se que as emoções e as necessidades percebidas também têm um papel fundamental na satisfação dos utentes (Roseira *et al.*, 1999). É neste contexto, e concordando com Davis e Fallowfield (1991, p. 358), que o enfermeiro triador, constituindo o primeiro profissional de saúde com o qual o utente estabelece o primeiro contacto, se deve dotar de competências e habilidades comunicacionais, pois só assim, poderá estabelecer uma boa relação com o utente promovendo, deste modo, cuidados personalizados, adequados e humanizados. De facto, é neste sentido que o enfermeiro deve procurar fundamentar a sua prática, criticando sempre cada aspecto que delega durante o atendimento do utente pois, deste modo, conseguirá alterar o seu comportamento e interpretar adequadamente as mensagens reveladas pelos utentes, caminhando, assim, para o aumento da satisfação dos mesmos.

Grau de Satisfação dos Utentes: Face ao comportamento adoptado pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência

Para se analisar o comportamento do enfermeiro de forma harmonizada optou-se por abordá-lo em diversas dimensões, nomeadamente, quanto à simpatia, quanto à paciência, quanto à disponibilidade manifestada para ouvir os utentes, quanto à importância que atribuiu ao problema ostentado pelos utentes, quanto à linguagem utilizada, assim como, quanto à preocupação em respeitar a privacidade dos mesmos.

No que concerne à simpatia demonstrada pelo enfermeiro, constatou-se que 3,43 era a média de satisfação dos utentes, ou seja, verificou-se que os utentes (45%) se encontravam moderadamente satisfeitos. Quanto à paciência durante o atendimento aferiu-se que os utentes (45%) consideraram que o enfermeiro demonstrou moderada paciência, tendo uma média de satisfação de 3,31. Com uma média de satisfação de 3,43 encontrou-se a disponibilidade que o enfermeiro exteriorizou para ouvir o utente, ou seja, 48% dos utentes consideraram que o enfermeiro demonstrou moderada disponibilidade para o ouvir. Em relação à importância que o enfermeiro deu ao seu problema, apurou-se que os utentes (41%) ponderaram que este mostrou moderada importância, tendo uma média de satisfação de 3,48. Quanto à linguagem utilizada verificou-se que os utentes (50%) consideraram que o enfermeiro empregou uma linguagem clara. Por último, quanto à preocupação em respeitar a privacidade, os utentes (42%) consideraram que o enfermeiro se demonstrou moderadamente preocupado, conduzindo, por isso, a uma média de satisfação de 3,38.

De um modo geral, pode-se concluir que os utentes se encontram moderadamente satisfeitos com o comportamento adoptado pelo enfermeiro triador, conduzindo o investigador a considerar que o enfermeiro da triagem deve utilizar um raciocínio crítico para analisar cada aspecto mencionado, pois só assim, consegue melhorar aspectos e atitudes que estejam menos apropriadas ou que devam ser aperfeiçoadas (Daniel *cit. in* Ferreira, 2001). De fato, como se constata em estudos anteriores de Waldow (1999, p. 202), os utentes para se sentirem bem cuidados e com um nível crescente de satisfação, necessitam que o profissional de enfermagem lhes proporcionem paciência, atenção para o ouvir, se preocupem com a sua privacidade, demonstrem simpatia, compreensão e que lhes dêem importância. Para tornar

tudo isto possível, o enfermeiro necessita ter em atenção as características individuais dos utentes, isto é, deve utilizar linguagem acessível e adequada ao nível de compreensão do utente (Potter e Perry, 2004, p. 379).

Grau de Satisfação dos Utes: Relativamente às explicações facultadas pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência

De forma a avaliar este aspecto, procedeu-se à identificação das explicações que o enfermeiro proporcionou acerca dos procedimentos efectuados, assim como, das explicações acerca da metodologia do STM. Deste modo, para a explicação sobre os procedimentos efectuados, concluiu-se que a média de satisfação é de 3, estando, por isso, a grande maioria dos utentes (43%) moderadamente satisfeitos com as explicações fornecidas pelo enfermeiro da triagem, explicações essas que se podem visualizar na Tabela 1.

Relativamente às explicações acerca da metodologia da TM, optou-se, primeiramente, por descobrir quais os utentes que receberam pulseira. Deste modo, verificou-se que a maioria dos utentes (81%) recebeu pulseira, tendo, por isso, uma média de 1,19. É de salientar que os utentes que foram triados e que não receberam pulseira (19%), eram todas residentes na área de Ponte de Lima, o que se pode aferir que a triagem executada pelo enfermeiro na instituição de saúde de Ponte de Lima, não é efectuada da forma mais correcta, pois não é seguido o protocolo inerente ao STM em todas as suas vertentes. Seguidamente apurou-se que dos utentes (81%) que receberam pulseira, esta foi predominantemente (70%) de cor amarela, com uma média de 2,40, concluindo-se, deste modo, que os utentes que afluíram ao SU se encontravam na prioridade urgente. Em relação às explicações sobre a utilidade da pulseira, concluiu-se que a grande maioria dos utentes (71%) não foram explicitados pelo enfermeiro, tendo, por isso, uma média de 1,79. Dos utentes (19%) que receberam informação acerca da utilidade da pulseira, verificou-se que esta correspondeu, essencialmente, à prioridade de atendimento (Tabela 1). Quanto ao significado das cores da pulseira, constatou-se que, também neste aspecto, os utentes (81%) não foram informados acerca do seu significado, tendo uma média de informação de 1,92. Comparativamente aos utentes (7%) que foram explicitados acerca do significado das cores, verificou-se que esta se prendeu sobretudo com o grau de prioridade e tempo de espera a que correspondiam (Tabela 1). Por último, procurou-se

analisar quais as explicações que o enfermeiro facultou aos utentes relativamente ao tempo de espera para observação médica. Neste aspecto, analogamente ao verificado nas anteriores questões, também se constatou que os utentes (84%) não receberam explicações acerca do tempo de espera, apresentando como média de informação 1,85. Dos utentes (14%) que receberam essa informação aferiu-se que esta se baseou na correspondência da cor da prioridade clínica (Tabela 1).

Pensa-se que estes resultados estão relacionados, essencialmente, com a necessidade que existe em rentabilizar o tempo disponível, em grande parte, consequência da sobrecarga de trabalho devido ao número de utentes que afluem diariamente aos SU. Para além disto, considera-se que os utentes, na maior parte das vezes, se sentem receosos em questionar ou abordar os profissionais de saúde. Neste sentido e, parafraseando Roseira *et al.* (1999) concorda-se com os autores, quando referem que em situação de crise e de ausência de controlo, como se constata inúmeras vezes no SU, os utentes desconfiam muitas vezes das intenções dos profissionais que os abordam e inibem avaliações negativas e/ou atitudes que, do seu ponto de vista, os viessem a prejudicar no tratamento. Neste sentido, Omar *et al.* (2003), quando se referem a algumas das estratégias que tornam o processo de triagem mais positivo fazem alusão a um estudo, através do qual, revelaram que os utentes ficam mais satisfeitos quando são informados acerca da metodologia da triagem, principalmente, no respeitante ao tempo de espera pois, segundo estes autores, os utentes tendem a ficar mais satisfeitos quando têm uma estimativa do tempo de espera maior e são recebidos mais cedo do que se tiverem uma estimativa de tempo de espera mais curto e forem atendidos tardiamente.

Opinião dos Utes: Relativamente ao perfil do enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência

De forma a investigar a opinião dos utentes acerca do perfil do enfermeiro decidiu-se por abordar distintos aspectos, particularmente, no respeitante à autonomia, aos conhecimentos, à responsabilidade, à competência, bem como, à eficácia que o enfermeiro demonstrou. Perante os resultados averiguou-se que a maioria dos utentes (48%) consideram que o enfermeiro apresentou moderada autonomia, tendo uma média de 3. Relativamente aos conhecimentos do enfermeiro, os utentes (53%) atribuíram-lhe uma média de 3,5, evidenciando, deste modo, que

o enfermeiro possuía muitos conhecimentos. Quanto à responsabilidade manifestada pelo enfermeiro, os utentes (43%) consideram que este apresentou muita responsabilidade, tendo uma média de 3,62. No respeitante à competência os utentes (51%) apreciam que o enfermeiro ostentou moderada competência durante o atendimento, sendo a média de 3,52. Por último, os utentes classificaram o enfermeiro como tendo moderada eficácia, com uma média de 3,45.

Em consequência destes resultados considera-se que o enfermeiro triador, na procura da excelência em todo o acto profissional, deve analisar o trabalho que executa, procurando falhas que mereçam uma mudança de atitude. Na verdade, é este olhar para si mesmo, que vai possibilitar ao enfermeiro ajustar as suas atitudes às necessidades concretas dos utentes (OE, 2003, p. 99). Neste âmbito, Rocha (1996, p. 8) nos estudos que efectuou, afirma que o perfil do enfermeiro deve basear-se numa óptima responsabilidade, autonomia, competência, eficácia, assim como, em conhecimentos teórico-práticos perspicazes e actualizados. De facto, é este conjunto de atitudes que os utentes assimilam e, a partir dos quais, se sustentam para a sua recuperação.

Grau de Satisfação dos Utes: a nível global acerca do atendimento efectuado pelo enfermeiro da Triagem do Serviço de Urgência

Relativamente a este aspecto, apurou-se que a média de satisfação global dos utentes é de 3,46, estando, por isso, a grande maioria dos utentes (41%) moderadamente satisfeitos. Ainda nesta vertente, é de salientar que nenhum dos utentes inquiridos referiu estar nada satisfeito com o enfermeiro.

Considera-se que este grau de satisfação global atribuído pelos utentes está relacionado, em grande parte, a todos os aspectos mencionados precedentemente, isto é, a satisfação global abrange a visão total dos utentes acerca dos cuidados recebidos, assim como, do comportamento e atitudes manifestadas pelo profissional de saúde que o recebe na instituição prestadora de cuidados (Gasquet, 2000). De facto, em consonância com Roseira *et al.* (1999), considera-se que a obtenção dos níveis de satisfação dos utentes se reveste de extrema

importância, uma vez que, é a partir destes indicadores de satisfação que a instituição de saúde e os profissionais que dela fazem parte, poderão ter conhecimento do efeito das intervenções e políticas incrementadas na área dos serviços de saúde.

Opinião dos Utentes: Acerca das vantagens/desvantagens que estes consideram existir na triagem realizada por enfermeiros do Serviço de Urgência

De forma a analisar este aspecto procedeu-se, primeiramente, à identificação dos utentes que atribuem vantagens à triagem efectuada por enfermeiros. Assim sendo, verificou-se que 76% dos utentes consideram que a triagem deve continuar a ser realizada por profissionais de enfermagem, tendo uma média de aceitação de 1,20. Dos utentes (19%) que responderam negativamente, verificou-se que todos defendem que a triagem deveria ser realizada por outro profissional de saúde, neste caso, o médico. Argumentando estas decisões, surgiram diversas respostas por parte dos inquiridos, as quais se encontram detalhadas na Tabela 1. Destas respostas salienta-se a opinião de cinco inquiridos, quando alegam que “*A classe médica não é tão prestável, carinhosa, preocupada, atenciosa como são os enfermeiros*”.

Estes resultados vão de encontro ao preconizado por Cabral *et al.* (1999), quando referem que a triagem só poderá ser efectuada por profissionais de excelência como são os enfermeiros, uma vez que, empregam uma linguagem orientada para os sintomas e não para os diagnósticos, para além, de serem os profissionais de saúde que melhor conseguem estabelecer uma relação com o utente.

Opinião dos Utentes: Acerca das sugestões/críticas que estes consideram existir para melhorar o atendimento realizada por enfermeiros da triagem do Serviço de Urgência

Analisando as respostas dos inquiridos relativamente a este aspecto, verificou-se que como sugestões salienta-se o facto dos utentes considerarem que o enfermeiro deve demonstrar mais paciência, mais humanismo, deve explicar os procedimentos efectuados, assim como, toda a metodologia inerente ao STM, devem ser implementadas mais salas e enfermeiros para realizar a triagem, bem como, sugerem que o enfermeiro deve estar apoiado pelo médico para

efectuar a triagem. Como críticas, destaca-se o facto dos utentes considerarem que a triagem não resolve nada e que as pulseiras não são adequadas ao estado clínico que apresentam.

De facto, conhecer a opinião dos utentes é deveras essencial, uma vez que, é a partir deste saber que os profissionais e a instituição de saúde podem ter consciência de todos os cuidados que prestam aos utentes e, assim, aperfeiçoar ou adoptar novos comportamentos e atitudes melhorando, por um lado a qualidade dos cuidados prestados e, por outro, promove o aumento dos níveis de satisfação dos utentes (Melo, 2001, p. 29).

Sugestões/Conclusão

Após a apresentação, análise e discussão sobre os resultados obtidos, considera-se, neste momento, conveniente mencionar algumas sugestões, no sentido de contribuir para a promoção do contacto estabelecido entre o profissional de enfermagem e os utentes.

Deste modo, e, tendo em conta a opinião e a satisfação expressa pelos utentes face ao contacto entre este e o enfermeiro triador, considera-se relevante sugerir que os profissionais de enfermagem alicercem a sua prestação de cuidados tendo sempre como horizonte o cuidar numa visão holística e humanística do utente. Como referido precedentemente na contextualização, devem ser desenvolvidos esforços com a finalidade de acabar com o atendimento mecanicista, frustrante e quase sempre impessoal que caracteriza o SU. Neste âmbito, o enfermeiro triador apresenta um papel determinante, uma vez que, constituindo o profissional de saúde que estabelece o primeiro contacto com o utente, deve procurar em toda a excelência do acto profissional, efectuar o atendimento de forma empática, promovendo a expressão de sentimentos, deve comunicar com o utente tendo em consideração as suas características individuais, deve fornecer todas as explicações inerentes quer aos procedimentos efectuados, quer à metodologia do STM. Só assim, o enfermeiro pode atenuar sentimentos como a ansiedade, o receio pelo desconhecido, a agressividade ou impaciência do utente e família, para além, de aumentar a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de saúde, bem como, ao contacto que estabelece com o enfermeiro da triagem do SU.

Todavia, considera-se igualmente importante, garantir processos contínuos de informação aos utentes, como por exemplo através de placards, folhetos e mesmo através dos profissionais de saúde, para que deste modo, os utentes utilizem os serviços de saúde de forma adequada e, neste caso particular, os SU. Assim sendo, os utentes devem ter conhecimento das verdadeiras finalidades de cada instituição prestadora de cuidados para, deste modo, poder deliberar qual o local mais apropriado e que melhor responda às necessidades que apresenta num determinado momento. De facto, só assim, se tornará possível restaurar a finalidade para a qual os SU subsistem, isto é, proporcionar atendimento aos utentes que se encontram em estado urgente/emergente. Desta forma, iria ser possível proporcionar um atendimento mais

eficaz, dado a afluência dos utentes ao SU ser menor, o que levaria, também, à diminuição do tempo de espera.

De facto, esta era a situação ideal, no entanto o que se tem verificado ao longo dos anos é uma crescente afluência dos utentes aos SU, transformando-o numa das áreas mais problemáticas do SNS. Este facto, predispõe a um impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, uma vez que, existe, por um lado, deslocação de recursos materiais e, por outro, deslocação de recursos humanos, tudo obstáculos à humanização dos cuidados. De forma a reverter este quadro amplamente desfavorável, considerou-se de extrema importância a implementação de um sistema de triagem, neste caso, o que se encontra em vigor em Portugal é o STM. Este sistema de triagem tem como objectivo único priorizar os utentes consoante a gravidade clínica com que acorrem ao SU, tendo como finalidade, cuidados de saúde mais equitativos e adequados a cada situação. Contudo, este sistema de triagem só se torna verdadeiramente eficaz quando realizado por um profissional de saúde que possua destreza, competência e tenha a capacidade para realizar observações rápidas dos utentes, assim como, possua capacidades e habilidades comunicacionais, de forma, a estabelecer uma óptima relação com o utente. Por todas estas razões o enfermeiro constitui o profissional de saúde de excelência para a realização da triagem. Para além destas considerações, considera-se que o acolhimento quando realizado pelo enfermeiro apresenta níveis crescentes de qualidade e de humanização.

Para um melhor entendimento de como todas estas didácticas estão a ser empregues pelos profissionais de enfermagem, nada melhor do que realizar um estudo, com o objectivo de identificar o grau de satisfação e a opinião dos utentes, relativamente ao contacto que este estabelece com o enfermeiro. Assim sendo, após a colheita, análise e discussão dos resultados obtidos, é de realçar que, de uma forma global, os utentes se encontram moderadamente satisfeitos com o contacto com o enfermeiro triador.

É claro que, para a realização deste trabalho monográfico se sentiram dificuldades, pois correspondeu ao primeiro trabalho desta envergadura com a vertente de investigação associada à inexperiência do investigador, o que se revelou um grande e importante desafio, que degrau a degrau se tentou ultrapassar, sempre com o auxílio do orientador científico. Contudo, constituiu uma experiência bastante enriquecedora, uma vez que, permitiu

desenvolver competências e saberes na área de investigação, obrigando o investigador a manifestar uma atitude crítico-reflexiva acerca da actual situação do SNS, mais especificamente, a nível do SU, bem como da excelência dos cuidados de enfermagem e da importância de um bom relacionamento entre o enfermeiro e o utente, tendo como linha orientadora a satisfação do utente.

Finalizando, considera-se que o presente estudo poderá constituir um importante instrumento para posteriores trabalhos de investigação. De facto, tendo como alicerce este estudo, as entidades directoras de enfermagem, por exemplo, podem detectar falhas que subsistem no SU quanto ao contacto que se estabelece entre o utente e o enfermeiro triador. Deste modo, após análise detalhada do presente estudo, poderão considerar pertinente perspectivar novos estudos de investigação nesta área ou, de forma mais abrangente, noutros aspectos que considerem relevantes para avaliar o grau de satisfação que o profissional de enfermagem, nos diferentes aspectos, suscita no utente. Na verdade, só procurando e avaliando o nível de satisfação dos utentes com os profissionais de enfermagem, se poderá ter a noção de como realmente o enfermeiro exerce toda a sua profissão e, assim, tentar mudar aspectos que se encontrem menos bons, tendo sempre como horizonte, que uma prestação de cuidados de qualidade é sinónimo de um nível crescente de satisfação dos utentes.

Bibliografia Principal

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Lisboa. Formasau.

Almeida, L. e Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga. 3ª Edição. Psiquilíbrios Edições.

Andrade, M. M. (1993). *Introdução à metodologia do trabalho científico*. São Paulo. Editora Atlas S. A.

Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa. Edições setenta.

Bernardo, F. (1993). Intercomunicação e relações humanas entre enfermeiros – utente. *Divulgação*, Nº 27.

Bitti, P. *et al.* (1997). *A comunicação como processo social*. Lisboa. Estampa.

Bolander, V. R. (1996). *Enfermagem Fundamental: uma abordagem psicofisiológica*. Lisboa. Lusociência.

Canário, R. (2000). *Educação de Adultos. Um campo e uma problemática*. Educa formação.

Carâp, L. (1997). *A satisfação do usuário como meta da gestão da qualidade total: qual a real dimensão nos serviço de assistência médico hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo.

Carr-Hill, R. (1992). *The measurement of patient satisfaction*. Journal of Public Health Medicine, Nº14.

Castro, C. *et al.* (2002). Saber escutar para saber cuidar. *Nursing*, Nº 162.

Cerqueira, M. *et al.* (2005). Comunicar em Enfermagem: algumas reflexões. *Sinais Vitais*, Nº62. Lisboa.

Cervo, A. *et al.* (1983). *Metodologia Científica*. São Paulo. Editora McGraw-Hill Lta.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Boucherville: Gaetan Morin Éditeur.

Collière, M. F. (1989). *Promover a Vida*. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Corney, R. (2000). *O desenvolvimento de perícias da comunicação e aconselhamento em medicina*. Lisboa. Climepsi

Costa, M. (1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa. Fim de Século Ed.

Davies, P. (1995). Comunicação não verbal com doentes. *Nursing*, Nº 87.

Davis, H. Fallowfield, L. (1991). *Counseling and communication on health care*. West Sussex. John Wiley and Sons.

Ferreira, M. (2001). O relacionamento interpessoal: um instrumento básico em enfermagem. *Servir*, Nº49. Lisboa.

Figueira, F. (2004). Valores universais na prática de enfermagem; competências e aperfeiçoamento. *Ordem dos Enfermeiros*, Nº 15.

Fonseca, M. (2004). *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem. Perspectiva do docente*. Aveiro. Universidade de Aveiro. Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Dissertação de Mestrado.

Fortin, M.F. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures. Lusociência.

Freitas, P. et al. (1997). *Triagem no Serviço de Urgência – Grupo de Triagem de Manchester*. Editora Paulo Freitas.

Gasquet, M. (2000). Satisfaction des patients et performance hospitalière. [Em linha]. Disponível em <http://www.atmedica.com/article> [consultado em 15.05.2008].

Gil, J. (2004). A arte de viver no outro. *Nursing*, Nº 192.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.

Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Loures. Lusociência.

Hill, M. M. e Hill A. (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa. Edições Sílabo.

Honoré, B. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de Enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: Persistir em conjunto na existência*. Loures. Lusociência.

Hulley, S. *et al.* (2006). *Delineando a Pesquisa Clínica*. 2ª Edição. Brasil. Edições Artmed.

Lakatos, E. M. e Marconi M. A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5ª edição. São Paulo. Editora Atlas.

Littlejohn, S. W. (1988). *Fundamentos Teóricos da comunicação humana*. Rio de Janeiro. Guanabara.

Mcintyre, T. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: Relatório final sumario*. Porto. ARS Norte.

Mendes, C. (2004). Desafiar a mudança para um futuro com mais qualidade. *Nursing*, Nº189.

Mezemo, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Brasil. Manolete.

Morais, C. (2004). O paradigma holístico da enfermagem. *Nursing*, Nº 192.

Morisawa, M. (1991). *Como fazer uma Monografia*. Brasil. Martins Fontes Editora.

Nascimento, F. (2000). *Qualidade e valor: uma visão conceptual aplicável aos sistemas de saúde*. In: Lopes, H. Gestão da doença e qualidade em saúde. Lisboa. Comissão sectorial da Saúde do IPQ.

Neto, A. *et al.* (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro do serviço de urgência. *Servir*, Nº 51.

Nunes, R. (2003). *Política de Saúde*. Universidade Portucalense, Faculdade de Medicina do Porto. Editor: Universidade Portucalense Infante D. Henrique.

Nunes, R. e Serrão, D. (1998). *Ética em cuidados de saúde*. Porto. Porto Editora.

Ordem dos Enfermeiros (2005). Reflexões – Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. 8[Em linha]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/> [consultado em 11.03.2008]

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Edição Ordem dos Enfermeiros.

Papalia, D. E. e Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. 7ª Edição. Editora Artmed.

Pina, M. (2001). Qualidade! Para que te quero?, *Ordem dos Enfermeiros*, Nº 3/Junho.

Pisco, L. (2003). *A voz dos utentes dos Centros de Saúde. Qualidade em Saúde*. Porto.

Pego, Z. (1998). *Qualidade dos Serviço de Urgência: a perspectiva dos utentes*. Dissertação de Mestrado em gestão e economia da saúde. Universidade de Coimbra. Faculdade de Economia.

Polit, D. e Hungler, B. (1993). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Edição. Porto. Editora Artes Médicas.

Potter, P. e Perry, A. (2004). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan S. A.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Publicações Gradiva.

Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação de Mestrado apresentado à Escola de Enfermagem do São João. Porto.

Riley, J. (2004). *Comunicação em Enfermagem*. 4ª Edição. Loures. Lusociência.

Rocha, M. (1996). Enfermagem de urgência: Uma perspectiva de intervenção. *Informar*, Nº 7.

Rodrigues, V. M. (1999). *A complexidade dos problemas humanos no hospital: vivências e reflexões*. Editora Sorivir.

Rosas, M. (1990). A comunicação em enfermagem. Atitudes e competências. *Nursing*, Nº 30.

Roseira, L. et al. (1999). *Comunidade e Saúde, satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto. Edições Afrontamento.

Russo, F. (2003). *Gestão em Odontologia*. São Paulo. Lovise.

Sheely, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: Da teoria à Prática*. 4º edição. Lisboa. Lusociência.

Silva, M. (2003). *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 8ª Edição. São Paulo. Loyola.

Sorensen e Luckmann. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiologica*. Lisboa. Lusociência.

Stefanelli, M. C. (1993). *Comunicação com o paciente: teoria e ensino*. 3ª Edição. São Paulo. Robe.

Stefanelli *et al.* (2005). *A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. Brasil. Editora Manole Ltda.

Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lousã. Lidel.

Vala, J. *et al.* (1998). Os determinantes da Satisfação organizacional, confronto de modelos. *Análise Psicológica*, Nº4.

Vaz, C. *et al.* (2000). Cuidar no Serviço de Urgência. *Nursing*, Nº 147.

Yépes, M. *et al.* (2004). Reivindicando a subjectividade dos usuários da rede básica de saúde para uma humanização do atendimento. *Saúde Pública*, Nº1. Rio de Janeiro.

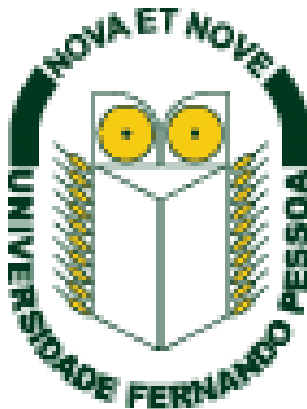
Watzlawick, P. *et al.* (1981). *Pragmática da comunicação humana. Um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da interacção*. São Paulo. Editora Cultrix.

Anexos

Anexos I

(Questionário)

Universidade Fernando Pessoa
Faculdade de Ciências e Saúde
4º Ano da Licenciatura em Enfermagem
Pólo de Ponte de Lima



Questionário

“Contacto com o Enfermeiro da Triagem do Serviço de
Urgência: Satisfação do Utente”

Ponte de Lima, Março de 2008

Instruções De Preenchimento

No âmbito do 4º Ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Pólo de Ponte de Lima, está a desenvolver-se um estudo unicamente para finals académicos.

Com este estudo pretende-se conhecer o grau de satisfação dos utentes face ao contacto com o enfermeiro da Triagem num Serviço de Urgência. Para tal, foi elaborado um questionário, no qual se deseja que os inquiridos respondam a um total de 14 questões.

Por estas razões, a sua resposta sincera é da maior importância.

Salientamos que o inquérito é anónimo e confidencial, por isso não deverá incluir nenhum elemento que o identifique.

O preenchimento deve ser individual;

Por favor leia atentamente as questões que lhe são colocadas;

Assinale, por favor, apenas a resposta mais adequada à sua opinião com uma cruz (X)

Por favor não deixe nenhuma pergunta por responder, uma vez que o questionário perderá toda a sua validade.

Agradecemos desde já a sua disponibilidade e colaboração.

A Aluna
Cristina Gomes

Questionário

1. Idade _____

2. Sexo

Feminino

Masculino

3. Estado Civil

Solteiro

Casado

Divorciado

Viúvo/a

Outros. Qual? _____

4. Habilitações Literárias

Não andou na escola

4ª Classe

6ª Classe

9º Ano

Ensino secundário

Ensino Superior

Outra. Qual? _____

5. Profissão _____

6. Freguesia de Residência _____

GRUPO I

- Atendimento na Triagem -

- 1. Considera que o atendimento feito na triagem pelo enfermeiro(a), relativamente à forma como o/a recebeu foi:**

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4	5

- 2. Considera que a simpatia demonstrada pelo enfermeiro(a) foi:**

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4	5

- 3. O enfermeiro(a) demonstra paciência no atendimento?**

Nenhuma Paciência	Pouca Paciência	Moderada Paciência	Muita Paciência	Total Paciência
1	2	3	4	5

4. O enfermeiro(a) demonstrou disponibilidade para o ouvir?

Nenhuma Disponibilidade	Pouca Disponibilidade	Moderada Disponibilidade	Muita Disponibilidade	Total Disponibilidade
1	2	3	4	5

5. Sente que o enfermeiro(a) deu importância ao seu problema?

Nenhuma Importância	Pouca Importância	Moderada Importância	Muita Importância	Total Importância
1	2	3	4	5

6. Considera que o enfermeiro(a) se preocupou em respeitar a sua privacidade?

Nada Preocupado	Pouco Preocupado	Moderadamente Preocupado	Muito Preocupado	Totalmente Preocupado
1	2	3	4	5

7. Em relação à linguagem utilizada, considera que o enfermeiro(a) utilizou uma linguagem:

- Clara
- Simples
- Difícil
- Confusa
- Outra. Qual? _____

8. Como se sente em relação à explicação que o enfermeiro (a) lhe deu sobre os procedimentos efectuados?

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4	5

8.1. Justifique a sua opção em relação à questão anterior.

9. No que diz respeito ao perfil do enfermeiro (a) que o (a) recebeu na triagem, ele apresenta:

9.1. Quanto à autonomia

Nenhuma autonomia	Pouca Autonomia	Moderada Autonomia	Muito Autonomia	Total Autonomia
1	2	3	4	5

9.2. Quanto aos conhecimentos

Nenhuns Conhecimentos	Poucos conhecimentos	Moderados Conhecimentos	Muitos Conhecimentos	Total Conhecimentos
1	2	3	4	5

9.3. Quanto à responsabilidade

Nenhuma Responsabilidade	Pouca Responsabilidade	Moderada Responsabilidade	Muita Responsabilidade	Total Responsabilidade
1	2	3	4	5

9.4. Quanto à competência

Nenhuma Competência	Pouca Competência	Moderada Competência	Muita Competência	Total Competência
1	2	3	4	5

9.5. Quanto à eficácia

Nenhuma Eficácia	Pouca Eficácia	Moderada Eficácia	Muita Eficácia	Total Eficácia
1	2	3	4	5

10. Quando foi submetido à Triagem de Manchester recebeu uma pulseira?

Sim

Não

10.1. Se respondeu SIM, de que cor era a pulseira?

Vermelha

- Laranja
- Amarela
- Verde
- Azul
- Roxo
- Branco

11. O enfermeiro(a) explicou-lhe para que servia a pulseira?

Sim Não

11.1. Se respondeu SIM, que explicações lhe deu o enfermeiro(a)?

12. O enfermeiro explicou-lhe o significado das cores?

Sim Não

12.1. Se respondeu SIM, que explicações lhe deu o enfermeiro(a)?

13. O enfermeiro(a) disse-lhe quanto tempo iria esperar até ser atendido pelo médico?

Sim Não

13.1. Se respondeu SIM, que explicações lhe deu o enfermeiro(a)?

14. Satisfação Global

14.1. De um modo geral, de que forma se encontra satisfeito com o atendimento proporcionado pelo enfermeiro?

Nada satisfeito	Pouco Satisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
1	2	3	4	5

14.2. Vê vantagens no atendimento feito pelos enfermeiros?

Sim Não

14.2.1. Justifique a sua opção

14.3. Considera que a triagem deveria ser feita por outro profissional de saúde?

Sim Não

14.3.1. Se respondeu SIM, pensa que a triagem deveria ser feita pelo/a:

- Médico
- Psicólogo
- Assistente Social
- Outros. Quem? _____

14.4. Nas linhas que se seguem, deixe as suas sugestões e/ou críticas, que, no seu entender, contribuam para a satisfação do utente relativamente ao atendimento do enfermeiro na triagem

O seu questionário termina aqui!

Obrigado pela sua colaboração!

