

# Satisfação dos Utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal

---

Relatório Final de Estágio Profissional apresentado à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Aluna: Tânia Martins Pais

Orientação Científica: Professor Doutor Carlos Pires Magalhães e Professora Doutora Maria Augusta Romão Veiga Branco

**Maio, 2022**

Pais, M.T. (2021). Satisfação dos Utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região Norte de Portugal. Relatório Final de Estágio Profissional. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança, 2022.

*“ A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concentrar toda a imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje.”*

Dale Carnegie

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, os meus melhores amigos, obrigado por tudo.

Ao meu irmão por me amparar em todas as horas da minha vida e pela paciência que tem comigo.

Ao meu namorado pelo apoio incondicional, e por todos os dias ter uma palavra de carinho e força para me dar e encorajar.

Ao Professor Doutor Carlos Magalhães por toda ajuda e apoio que me deu neste árduo caminho percorrido.

À Professora Doutor Maria Augusta Romão Veiga Branco por ser minha mentora e me transmitir o gosto por aprender.

A toda a gente que participou neste estudo e que contribuíram que este trabalho se realizasse.

**A todos, profundamente grata!**

## RESUMO

**Introdução:** A satisfação nos serviços de saúde é uma prioridade para os profissionais de saúde, donde, a necessidade de estudar a importância que a qualidade dos cuidados de saúde prestados tem na satisfação subjetiva dos utentes, uma vez que as suas opiniões são baseadas nas experiências. Assim, a avaliação da satisfação dos utentes permite obter indicadores importantes para implementar estratégias de melhoria contínua dos cuidados prestados, apoiados pela opinião de quem os recebe.

**Objetivo:** Identificar o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem e avaliar a relação entre as variáveis sociodemográficas e profissionais com a satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal.

**Metodologia:** Estudo observacional, analítico e transversal, de cariz quantitativo, a partir da aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE), a uma amostra de 100 utentes, entre o mês de Junho e Julho de 2021, num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal. Uma vez que estavam reunidos os requisitos formais e legais exigidos, obteve-se o parecer favorável da comissão de ética (Parecer nº20/2021).

**Resultados:** A amostra apresenta-se maioritariamente do sexo feminino ( $n=56$ ; 56,6%), com média de idades de  $45,74 \pm 18,5$  anos, com grande parte em conjugalidade (40% casados e 6% em união de facto), e a maioria (70%) a residir em ambiente urbano; com grau de escolarização intermédia (35% apresenta o ensino secundário e 23% o grau de licenciado). Foi obtida uma pontuação média de satisfação de  $217 \pm 57,8$ . Verificou-se uma relação entre a satisfação e as variáveis sociodemográficas e profissionais, encontrando-se uma relação negativa, estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a satisfação do utente: os respondentes com menor escolaridade apresentam a pontuação média mais elevada ( $239 \pm 60,8$ ).

**Conclusão:** Esta associação negativa e significativa, torna pertinente a necessidade de equipas e instituições, assumirem o reconhecimento da literacia em saúde das populações humanas, e o seu nível de exigência, como estímulos promotores da qualidade dos cuidados.

### Palavras-chave:

Satisfação do Utente; Cuidados de Enfermagem; Serviço Hospitalar de Urgência

## ABSTRACT

**Introduction:** Satisfaction in health services is a priority for health professionals, hence the need to study the importance that the quality of health services provided has in the subjective satisfaction of users, since their opinions are based on experiences. The assessment of user satisfaction allows us to obtain important indicators to implement strategies for the continuous improvement of healthcare, supported by the opinion of those who receive them.

**Objective:** To identify the level of user satisfaction regarding nursing care and assess the relationship between sociodemographic and professional variables with user satisfaction regarding nursing care in an Emergency Medical-Surgical Service of a Hospital in the Northern Region of Portugal.

**Methodology:** Observational, analytical and cross-sectional study, of a quantitative nature, based on the application of the Citizen's Satisfaction Scale for Nursing Care (CSNCS), to a sample of 100 users, between June and July 2021, in an Emergency Medical-Surgical Service of a Hospital in the Northern Region of Portugal. Once the formal and legal requirements were met, a favourable opinion from the ethics committee was obtained. (Opinion n°20/2021).

**Results:** The sample is mostly female (n=56; 56.6%), with a mean age of  $45.74 \pm 18.5$  years, with a large part in conjugality (40% married and 6% in a de facto relationship), and the majority (70%) living in an urban environment; with an intermediate level of education (35% have secondary education and 23% have a bachelor's degree). An average satisfaction score of  $217 \pm 57.8$  was obtained. There was a relationship between the satisfaction and sociodemographic and professional variables, as well as a negative, statistically significant relationship between educational qualifications and user satisfaction: respondents with less education have the highest average score ( $239 \pm 60.8$ ).

**Conclusion:** This negative and significant association makes the need for teams and institutions to assume the recognition of the health literacy of human populations, and their level of demand, as stimuli that promote the quality of care.

### Keywords:

User satisfaction; Nursing care; Emergency service



## **ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

<b>CITP</b>	- Classificação Internacional Tipo de Profissões
<b>CNP</b>	- Classificação Nacional de Profissões
<b>CPP</b>	- Classificação Portuguesa das Profissões
<b>DGS</b>	- Direção Geral de Saúde
<b>ESCCE</b>	- Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem
<b>ESSa</b>	- Escola Superior de Saúde
<b>IRD</b>	- Instrumento de Recolha de Dados
<b>IEFP</b>	- Instituto do Emprego e Formação Profissional
<b>INEM</b>	- Instituto Nacional de Emergência Médica
<b>OE</b>	- Ordem dos Enfermeiros
<b>OIT</b>	- Organização Internacional do Trabalho
<b>REPE</b>	- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
<b>SAV</b>	- Suporte Avançado de Vida
<b>SIEM</b>	- Sistema Integrado de Emergência Médica
<b>SU</b>	- Serviço de Urgência
<b>SUB</b>	- Serviço de Urgência Básica
<b>SUMC</b>	- Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica
<b>ULSNE</b>	- Unidade Local de Saúde do Nordeste

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	11
<b>PARTE I -ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO .....</b>	<b>15</b>
<b>1. Cuidar .....</b>	<b>16</b>
Padrões de Qualidade dos Cuidados.....	18
Doente Crítico .....	21
Cuidar no Serviço de Urgência.....	23
<b>2. Satisfação dos Utentes .....</b>	<b>26</b>
Modelos Explicativos da Satisfação .....	29
Conceito de satisfação .....	32
Determinantes da Satisfação dos utentes.....	35
<b>PARTE II - _ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>39</b>
<b>1. METODOLOGIA .....</b>	<b>40</b>
Tipo de estudo.....	40
População e amostra.....	40
Instrumento de Recolha de Dados.....	41
Estudo Psicométrico da ESCCE.....	44
Procedimento de recolha de dados .....	44
Variáveis do estudo .....	45
Considerações éticas.....	48
Procedimentos de análise dos dados.....	49
<b>2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
<b>3. DISCUSSÃO .....</b>	<b>64</b>
CONCLUSÕES DO ESTUDO .....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	78
ANEXOS.....	87

## **ANEXOS**

**Anexo I-** Parecer da Comissão de Ética

**Anexo II-** Instrumento de Recolha de Dados

**Anexo III-** Comprovativo de submissão e artigo de investigação

**Anexo IV-** Relatório Final de Estágio

## ÍNDICE DE FIGURAS

	Página
<b>Figura 1-</b> Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica	19
<b>Figura 2-</b> Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica	22
<b>Figura 3-</b> Síntese de estudos sobre Satisfação dos Utentes e aspetos a ser valorizados	27
<b>Figura 4-</b> Modelo de Satisfação Newsome e Wright (1999, p.164)	30
<b>Figura 5-</b> Domínios e suas relações na influência da satisfação dos utentes Johansson <i>et al.</i> (2002, p.343)	31
<b>Figura 6-</b> Determinantes e resultados da satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem	35
<b>Figura 7-</b> Descrição dos Comportamentos de Enfermagem	42
<b>Figura 8-</b> Variáveis sociodemográficas e profissionais	46

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
<b>Gráfico 1-</b> Apresentação dos valores de Correlação entre as dimensões “Experiência” vs “Opinião”	57

## ÍNDICE DE TABELAS

	Página
<b>Tabela 1-</b> Grandes grupos CITP/ISCO/2008	48
<b>Tabela 2-</b> Valores de <i>Alpha de Cronbach</i>	49
<b>Tabela 3-</b> Apresentação dos valores de frequências absolutas e relativas das variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra	52
<b>Tabela 4-</b> Resultados da Escala ESCCE	54
<b>Tabela 5-</b> Resultados da Escala das Opiniões sobre os cuidados de enfermagem	55
<b>Tabela 6-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do sexo	58
<b>Tabela 7-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da idade	58
<b>Tabela 8-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do estado civil	58
<b>Tabela 9-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do nível de escolaridade	59
<b>Tabela 10-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da localidade onde vive	59
<b>Tabela 11-</b> Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da classificação profissional	60
<b>Tabela 12-</b> Apresentação dos valores das relações entre a variável dependente (satisfação) e as variáveis independentes (sexo, faixa etária, estado civil, local de residência, habilitações literárias e profissão)	62
<b>Tabela 13-</b> Distribuição da amostra por níveis de satisfação	63

## INTRODUÇÃO

A expressão de insatisfação perante uma dada experiência, valoriza a experiência e todos os seus atores e variáveis contextuais. A este propósito, e considerando esta pertinência, importa iniciar pela compreensão dos tempos espaços onde este fenómeno se concretiza. A Rede de SU integra três níveis: o Serviço de Urgência Básica (SUB), o Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e o Serviço de Urgência Polivalente (SUP). O primeiro nível de SUB, reporta-se ao atendimento das situações mais simples e mais comuns no âmbito da urgência, para além de incluir a estabilização inicial das situações que exigem maior complexidade. Os SUMC constituem o segundo nível *“localizando-se como forma primordial de apoio diferenciado à rede de SUB e referenciando para SUP situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC, definidas nas respetivas redes de referência”* (p.20673). Em Portugal, o despacho nº10319/2014 emanado pelo Ministério da Saúde (p. 20673) *“determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM) ao nível da responsabilidade hospitalar e sua interface com o pré-hospitalar, os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência (SU), bem como estabelece padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade...”*.

A qualidade de prestação nos serviços de saúde é reconhecida como uma necessidade inerente aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes, relevando a importância de se ir de encontro às necessidades e expectativas dos mesmos, tendo por base a evidência científica atual. No mesmo sentido, Oliveira (2016, p.36) defende que *“...a relação entre as necessidades e expectativas e os cuidados prestados do utente, constitui um desafio e um importante indicador da qualidade de serviço”*. A proposta para estudar *“a satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal”*, incorpora a perspetiva que os utentes são os elementos principais dos sistemas de saúde e que as necessidades e expectativas dos mesmos têm que ser compreendidas de modo a alcançar a excelência dos cuidados prestados. Portanto, a identidade da Enfermagem no domínio da Saúde tem uma abordagem ampla, assim

sendo segundo o REPE, Artigo 4, do Decreto-lei n.º 161/96 de 4 de Setembro, (p.3), define-se a Enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

De acordo com os projetos de saúde e vida, a finalidade da profissão de enfermagem é o bem-estar de outros seres humanos, *“os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas, ao longo do ciclo vital, na saúde e na doença, de forma a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados”* (Nunes, 2016, p.10). Outro autor, Silva (2019, p.12), refere a este propósito que *“quando falamos em satisfação associamos à realização de uma expectativa ou satisfação de uma necessidade, cuja avaliação se realiza tendo em conta a perceção individual”*. Assim, e tendo como finalidade o incremento da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes, torna-se pertinente identificar a opinião dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem dos quais foram alvo, sendo este o propósito para a realização do presente estudo.

No sentido de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes, efetuou-se o desenvolvimento de um estudo de investigação no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde de Bragança, para o qual se formularam os seguintes objetivos:

- Conhecer o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal;
- Avaliar a relação entre o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal e as variáveis sociodemográficas;

- Avaliar a relação entre o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal e as variáveis profissionais.

A organização dos serviços está cada vez mais orientada para a satisfação do utente e preocupada com questões de qualidade. A DGS (2015, p.6) está cada vez mais preocupada com as questões de Qualidade na Saúde, estabelecendo através do Departamento da Qualidade na Saúde, a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde. A Portaria n.º 159/2012, de 22 de Maio, define as competências específicas do Departamento da Qualidade na Saúde, estabelecendo a necessidade de *“Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação”*, pelo que se considera fundamental envolver o cidadão nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde.

No sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a sua eficácia, a opinião dos utentes tem aumentado a sua relevância no Serviço Nacional de Saúde. A satisfação dos utentes é um indicador crucial da qualidade dos cuidados prestados, indo de encontro ao definido pela Ordem dos Enfermeiros (2005, p.52) *“a satisfação dos utentes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados”*.

De modo a refletir sobre o ato de cuidar, tendo em vista o aumento da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação dos utentes é necessário identificar a opinião que os utentes têm relativamente aos Cuidados de Enfermagem dos quais foram alvo, sendo o propósito para a realização do presente estudo. É imprescindível saber a opinião dos utentes, para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assim estabelecer uma boa relação entre utente e enfermeiro.

Um vez que o conceito de satisfação é um conceito complexo é consensual a ideia de que é de difícil operacionalização, segundo Ribeiro (2008, p.15) *“ a satisfação do utente é um ganho em saúde, pelo que se compreende ser imprescindível a sua monitorização nas instituições e/ou pelos profissionais que se preocupam com a*

*garantia da qualidade do serviço que presta aos cidadãos, baseando-se nos padrões da qualidade como referência para a sua prática quotidiana, apelando a uma prática refletida e à necessidade de implementação de mudanças.*

O estudo parte de uma construção inicial, que sustentou a pertinência para a aplicação de um questionário, cujas respostas serão apresentadas na segunda parte deste estudo de investigação. Assim sendo, o estudo em questão encontra-se estruturado em duas partes essenciais. A primeira parte diz respeito ao enquadramento teórico, onde se abordam os conceitos que corporizam os objetos de estudo, ou seja, onde é abordado o conceito de satisfação na sua multidimensionalidade, a essência do cuidar, as determinantes da satisfação dos utentes e a sua importância. É ainda feita uma abordagem aos Serviços de Urgência e ao papel do Enfermeiro nesse mesmo Serviço. A segunda parte designada pesquisa empírica, fundamenta a análise global do estudo quer na componente metodológica, quer na análise, tratamento e discussão de dados, isto é, onde está descrito todo o raciocínio metodológico, onde se incluem os objetivos formulados, os métodos, a tipologia do estudo, descrição das variáveis, representação da amostra, descrição do IRD, designadamente quanto ao questionário sociodemográfico e profissional e à Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem, enquadra ainda o estudo psicométrico, os procedimentos estatísticos, bem como a apresentação e análise dos resultados e as devidas conclusões.

Realça-se ainda que a Unidade Curricular de Estágio com relatório é constituída por dois elementos fundamentais: a prática clínica e a investigação. Em relação à clínica esta foi realizada no bloco operatório, serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, todos eles realizados na Unidade local de Saúde do Nordeste. No anexo IV do presente Relatório Final, apresenta-se o Relatório do Desenvolvimento de Competências Especializadas em Estágio de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Tendo sido na realização desta mesma prática clínica referida que se tomou consciência da problemática que suscitou interesse para a realização do presente estudo.

**PARTE I -**

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTUDO**

## 1. Cuidar

A sensibilidade para o ato de cuidar não pode ser ensinada, é uma forma de estar e de viver no mundo e como tal é produto da cultura, dos valores, das crenças, das experiências e das relações com os outros. Não existe uma norma para o enfermeiro se tornar num profissional dedicado. No entanto, o ato de cuidar é fundamental no desempenho da profissão de Enfermagem, visto que é atualmente reconhecido como a essência da Enfermagem. Ferreira, *et al*, (2009, p. 361), afirma que *“os enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são seres com qualidades especiais, que se dedicam às pessoas, com a intenção de as ajudar, orientar e auxiliar nas situações de vida próprias”*. É na mesma linha de pensamento que Oliveira (2009, p.30), afirma que *“o cuidar era considerado imprescindível para assegurar a vida humana e evitar a morte, fazendo-a recuar. O acto de cuidar é então uma das mais velhas experiências da história da humanidade: pelo que podemos inferir que a enfermagem é uma ocupação que surgiu como própria vida.”* Para Borges-Duarte (2010, p.124), *“cuidar é o mesmo que compreender o ser e compreender é amar”*. Na mesma perspetiva Carrilho (2010, p.108) refere que *“o cuidar é um cuidar dos outros porque existir, é desde logo, existir com os outros”*. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2019) *“Ser Enfermeiro é Ser Florence Nightingale, é ser gente que cuida de gente. É saber reconhecer a dimensão espiritual no encontro intersubjetivo que está na base do cuidado, dignificando-o. Para “tratar” feridas, temos de cuidar da mente da pessoa. Quando o choro é preciso abraçar, em momentos de revolta compreender, na dúvida assistir.”*

Por fim, o cuidar é o ideal moral da enfermagem. Nesta linha de pensamento Barbosa (2010, p.16) afirma que *“atualmente um dos objetivos maiores, no processo de saúde é a humanização dos cuidados de saúde. Cada vez mais, na nossa sociedade, exige-se e sente-se a necessidade de humanizar e ser humanizado aquando um momento de doença ou fragilidade.”* É fundamental a relação de ajuda que se estabelece entre o utente e o enfermeiro, sendo que cuidar do ser nos leva a reconhecer a nossa verdadeira natureza, uma vez que o ato de cuidar é intrínseco ao ser humano, permitindo estabelecer uma relação enriquecedora, colaborando no processo de cura.

O processo de cuidar, coloca o desafio no aperfeiçoamento de capacidades, conhecimentos e recursos, ou seja, no desenvolvimento de competências. Na prática, vários estudos fazem a relação entre competências e exercício profissional. Falando no Cuidar especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, estes tem como principais objetivos ajudar o utente atingir a sua máxima capacidade funcional dentro do possível, promover a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, prevenir complicações para a saúde da pessoa, maximizar o bem estar, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados

De acordo com o estudo apresentado por Oliveira (2009, p.77),

A tendência de definir as funções do enfermeiro, como sendo as de carácter psicológico, demonstra a preocupação da distensão desta ciência, no cuidar, o que valoriza e afirma a sua existência. Estas funções devem ser justificadas e relacionadas com o cuidar, sendo este o núcleo de todas as funções/intervenções dos enfermeiros, porque o cuidar é a parte integrante da arte e ciência de enfermagem.

## Padrões de Qualidade dos Cuidados

Recentemente foram muitas as estratégias adotadas a fim de proporcionar cuidados de saúde de excelência e com qualidade. A necessidade de fornecer uma qualidade de primor na área da saúde justifica-se por um conjunto de razões e fatores, entre as quais sobressaem as de ordem económica, tais como, a racionalização dos recursos e manutenção de custos, as de ordem social, como a crescente exigência e expectativa dos utentes, e as de ordem profissional, como o desenvolvimento e crescimento do nível de formação e conhecimentos, evolução e aperfeiçoamento de boas práticas (Yuri, *et al*, 2010, p.331-338). Segundo Fradique e Mendes (2013, p.45) *“o desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde, de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é uma ação prioritária e os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados.”* Na mesma linha de pensamento Tomaz (2018, p.22) afirma que *“a procura pela melhoria contínua é um esforço de todos, no entanto os enfermeiros têm demonstrado ao longo da sua história uma evolução tremenda e uma busca incessável por melhores condições a fim de melhorarem as suas capacidades técnicas e práticas, procurando sempre atuar em conformidade com os mais elevados padrões de qualidade estabelecidos.”* É, portanto, necessário para a melhoria dos resultados das instituições de saúde, tanto a nível da estrutura, como para a melhoria e satisfação relacionadas aos utentes, a implementação de planos de qualidade e a adequada gestão dos recursos do sistema. (Souza e Cossentini, 2017, p. 96).

Uma vez que a avaliação e definição dos cuidados pelos utentes são essenciais para a melhoria contínua da qualidade, tem se vindo a dar cada vez mais importância à experiência dos utentes com os cuidados de saúde. O utilizador de cuidados deve ser considerado como ser humano, deve ser ouvido, respeitado e compreendido e não ser apenas um objeto da prática de cuidados, uma vez que ele também é participante no seu processo de cuidados. As entidades prestadoras de cuidados de saúde e os respetivos profissionais não se podem abstrair do que os utilizadores pensam e o impacto dos cuidados nos mesmos. Além de uma boa prática clínica, a qualidade dos cuidados de saúde, depende de uma boa organização. A Ordem dos Enfermeiros (2005), defende que a segurança e responsabilidade ética, assegurada diariamente pelos enfermeiros é

fundamental para garantir a continuidade da prestação de cuidados de saúde com qualidade. Ainda de acordo com a Ordem dos Enfermeiros, Regulamento nº 361/2015 (p.17240-17243) os Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica representam prioridades relativamente ao desenvolvimentos profissional da Enfermagem, “*visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro especialista junto dos clientes/grupos/comunidade, dos outros profissionais, do público e dos políticos*”. Assim sendo, na procura da excelência no exercício profissional, a Ordem dos Enfermeiros definiu seis categorias de enunciados descritivos de qualidade:

**Figura 1-** Enunciados Descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Pessoa em Situação Crítica

<b>Satisfação dos Clientes</b>	O enfermeiro especialista procura os mais elevados níveis de satisfação da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica
<b>Promoção da Saúde</b>	O enfermeiro especialista promove a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica
<b>Prevenção de Complicações</b>	O enfermeiro especialista previne complicações para a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica
<b>Bem-estar e Auto-cuidado</b>	O enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa / complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente
<b>Readaptação Funcional</b>	O enfermeiro especialista conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde

<b>Organização dos Cuidados Especializados</b>	O enfermeiro especialista assegura/garante a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados
<b>Prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados</b>	O enfermeiro especialista maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção

Assim, os enunciados descritivos são responsáveis por estabelecer a base padronizada da qualidade dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no desempenho da sua profissão. Um dos enfoques dos cuidados de enfermagem reporta-se à necessidade de se incorporar na prática os resultados decorrentes da investigação, bem como para a produção de guias orientadores baseados na melhor evidência científica. No âmbito das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, destaca-se que estes devem ter presente que *“bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”* (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.13).

Existe uma elevada consciencialização sobre a qualidade, pois o grau de satisfação que o utente retira da sua experiência deve ser entendido como um importante indicador da qualidade dos cuidados. O utente é um elemento chave na avaliação dos cuidados de enfermagem, avaliando todos os momentos da sua experiência, formulando uma opinião sobre a qualidade dos cuidados recebidos e manifestando a sua satisfação ou insatisfação. Assim, falar de cuidados de saúde implica assumir, como nos refere Silva (2019, p.6), *“o paradigma atual relativamente à sua realização assente em pressupostos determinados por padrões de qualidade na prestação dos mesmos em saúde, na resposta aos cidadãos e à necessidade em emergência baseada na melhoria contínua e na oferta”*.

## **Doente Crítico**

Segundo o Regulamento nº 12472011 (p.8656-8657) a pessoa crítica é *“aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”*

Deste modo, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica ainda de acordo com o Regulamento nº 12472011 (p.8656-8657) *“são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.”* O Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica é portanto um elemento fundamental na melhoria contínua do utente.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (p.19359 - 19370), Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos utentes o que podem esperar.

O Regulamento mencionado anteriormente define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica:

- a) Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;
- b) Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da conceção à ação;
- c) Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Cada competência apresentada anteriormente é enunciada com descritivo:

**Figura 2-** Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica

<b>Competência</b>	<b>Descritivo</b>
<b>K1</b> - Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.	Considerando a complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica e/ou falência orgânica e à sua família/pessoa significativa, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística.
<b>K2</b> - Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação.	Perante uma situação de emergência, exceção ou catástrofe o enfermeiro especialista atua concebendo, planeando e gerindo a resposta, de forma pronta e sistematizada, no sentido da sua eficácia e eficiência, sem descurar a preservação dos vestígios de indícios de prática de crime.
<b>K3</b> - Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.	Considerando o risco de infeção face aos múltiplos contextos de atuação, à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, responde eficazmente na prevenção, controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos.

## Cuidar no Serviço de Urgência

No SU para se atingir a perfeição na prestação de cuidados, a rápida atuação e o saber agir são cruciais, onde o enfermeiro tem um papel muito importante. De acordo com a Rede de Referência Hospitalar (RRH) de Urgência/Emergência (DGS, 2001, p.8), urgências *“são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais.”* Emergências *“são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.”* Girardon-perlini e Pilato (2008, p.722) descrevem o Serviço de Urgência como *“local destinado a prestar atendimento a pessoas que necessitam de assistência médica imediata em situações críticas para evitar a morte, prolongar a vida ou prevenir consequências danosas à saúde”*. De acordo com Vaz (2008, p.83) *“a missão do Serviço de Urgência consiste na abordagem de situações urgentes e emergentes que, não sendo atendidas de imediato, colocam em risco a vida do doente. O grande objectivo deste serviço é proporcionar cuidados contínuos e de elevada qualidade ao doente crítico, num local privilegiado técnica e humanamente, para enfrentar e resolver a grande maioria das situações apresentadas.”* Diante de a peculiaridade do SU, os enfermeiros devem deter formação específica na sua área de atuação e formação que de acordo com Marques (2014, p.42) *“a enfermagem de emergência tem vindo a mudar ao longo dos anos tornando-se cada vez mais complexa e exigente, o que implica uma formação específica na área da emergência, para uma resposta real e de qualidade à pessoa em situação de risco de vida. Deste modo, a tomada de decisão é extremamente importante, já que vai conduzir os cuidados ao doente e interferir na sua eficácia.”* Segundo Reis (2017, p.13), *“a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica exige da parte dos profissionais a capacidades de mobilizar conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades do doente e da sua família”*. É necessário que os enfermeiros a exercer funções neste tipo de serviço assumam características específicas como, conhecimentos científicos e técnicos, responsabilidade, comunicação, autonomia e capacidade de trabalhar em equipa prestando os melhores cuidados possíveis ao doente. De acordo com Gonçalves (2017, p. 19) *“o enfermeiro tem, cada vez mais, um papel*

*preponderante nesta área da emergência médica e assistência pré-hospitalar. Este contexto de intervenção exige a mobilização de múltiplas competências, que os enfermeiros devem assumir, mobilizar e desenvolver no seu dia-a-dia de trabalho, mais concretamente no atendimento à Pessoa em Situação Crítica e família”. É fundamental desenvolver competências técnicas e pessoais, bem como relacionais para otimizar os cuidados de forma holística. Segundo Mendonça (2021, p.30) “a panóplia de necessidades das pessoas que recorrem ao serviço de urgência impõe aos enfermeiros uma diversidade de conhecimentos e competências. Os problemas vão do foro médico ao foro cirúrgico, onde também são usados recursos materiais e tecnologias de ponta. Este agir profissional impõe procedimentos perfeitos e seguros, tendo consciência dos riscos clínicos que podem advir de uma ação menos adequada.” Os Serviços de Urgência podem ser considerados serviços independentes, embora exista uma interligação com os outros serviços, devido aos cuidados diferenciados que prestam aos utentes que a eles recorrem. O Serviço de Urgência é um mundo, que as pessoas sabem que existe mas que desconhecem. Vaz (2008, p.84-85) “um mundo de muitas e fortes emoções, no qual são desafiados todos os dias os limites da própria vida”. Por esse motivo, causam aumento de ansiedade no utente, por medo da incapacidade ou da própria morte. Cabe assim aos enfermeiros e restantes elemento da equipa prestar cuidados que demonstrem um ambiente de confiança, que saibam escutar, de modo a que o utente perceba que foi compreendido, estabelecendo uma relação de ajuda, prestando cuidados de qualidade (Gomes, 2008, p.52). De acordo com Ferreira (2016) “a escuta ativa, disponibilidade, simpatia, acolhimento e acompanhamento, prontidão de informação e comunicação assertiva são gestos que, parecendo insignificantes, podem fazer a diferença. A nível organizacional, a formação, reflexão e partilha em equipa podem sensibilizar e envolver os profissionais na mudança que se impõe.” Mendonça (2021, p.31) afirma que “nos serviços de urgência o volume de pessoas assistidas em 24 horas é muito elevado, o que obriga a um grande número de intervenções de enfermagem por horas de trabalho. Consequentemente, aumenta neste contacto a responsabilidade a cada minuto. Nestes serviços tudo acontece de uma forma rápida, quase instantânea, pois a gravidade das situações impõe o atendimento imediato para evitar o risco de complicações ou, no limite, a morte da pessoa.”*

A Comissão Regional do Doente Crítico (2009) aconselha os enfermeiros a possuir formação em SAV, Trauma, Emergências Pediátricas e Transporte do Doente Crítico, uma vez que considera a formação na área de urgência de extrema importância. Segundo o INEM (2011) os conhecimentos e competências assimilados em SAV, deterioram-se em 6 meses, se não for feita atualização, tal como acontece com as competências “não-técnicas”, designadamente a gestão de tarefas, o trabalho em equipa, a capacidade de liderança, e comunicação estruturada fundamentais nestas situações.

De acordo com Mendonça (2021, p. 8) *“a prática de cuidados de enfermagem no serviço de urgência é fundada em raciocínio clínico desenvolvendo intervenções para situações reais e/ou potenciais. Mais ainda, antecipa problemas e promove intervenções precoces que previnem complicações futuras na saúde da pessoa. O enfermeiro identifica problemas e protege a pessoa em todas as suas dimensões, ao executar intervenções terapêuticas de acordo com os verdadeiros interesses da pessoa e das suas necessidades.”*

## 2. Satisfação dos Utentes

É reconhecido que os utentes estão cada vez mais exigentes e a organização dos serviços cada vez mais orientada para a satisfação do utente e preocupada com questões de qualidade.

De acordo com Ribeiro (2003, p.21) *“a literatura enumera um conjunto de factores que influenciam a satisfação dos utentes. Estes factores incluem: as expectativas dos utentes com o serviço e os cuidados recebidos, a idade, o género e outras variáveis”*. Silva (2013, p. 30) afirma que *“na realidade, vários estudos no domínio da satisfação dos clientes com os cuidados de saúde e com os cuidados de enfermagem em concreto revelam que são também vários os fatores que parecem influenciar esta variável. Por outro lado, a forma como cada variável exerce a sua influência continua a envolver um certo grau de ambiguidade.”* De acordo com Chaves, *et al.*, (2016, p.341) *“os enfermeiros detêm um papel extremamente importante na satisfação do utente com os cuidados de saúde, uma vez que estes constituem a maioria dos profissionais de saúde nas diferentes equipas e contactam diária e frequentemente com os utentes. Na área da enfermagem, a satisfação dos utentes resulta da relação entre as expectativas dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem e a perceção dos cuidados efetivamente recebidos.”* Na mesma linha de pensamento Bernardo e Lucas (2020, p. 823) afirma que *“na área da enfermagem, a satisfação dos usuários resulta da relação entre as expectativas dos usuários relativamente aos cuidados de enfermagem e a perceção dos cuidados efetivamente recebidos.”* São vários os aspetos que parecem influenciar a variável satisfação. A forma como cada variável exerce a sua influência continua a envolver um certo grau de incerteza. Ainda de acordo com Bernardo e Lucas (2020, p.828) *“a equipa de enfermagem ocupa uma posição de destaque em influenciar a satisfação do usuário com o cuidado recebido, pois é a responsável pelo cuidado direto ao usuário, pela organização do cuidado e pela coordenação do trabalho de enfermagem. Os Enfermeiros são um grupo profissional fundamental do sistema de saúde, que passa mais tempo com os usuários e fornecem cerca de 80% do serviço de cuidados de saúde.”*

Constata-se através da análise da Figura 3, que as competências técnico-cognitivas, as competências relacionais e a continuidade/organização dos cuidados serão os aspetos mais relevantes para a satisfação dos utentes face aos cuidados recebidos.

**Figura 3** – Síntese de estudos sobre Satisfação dos Utentes e aspetos a ser valorizados

Estudos	Fatores							
	Ambiente físico	Comunicação e informação	Participação e envolvimento	Relação interpessoal	Competência técnica	Organização do sistema de saúde/continuidade de cuidados	Disponibilidade	Eficácia/ resultados dos cuidados
Ware <i>et al.</i> (1983) – Defining and measuring patient satisfaction with medical	X			X	X	X	X	X
Yellen <i>et al.</i> (2002) – The measurement of patient satisfaction				X	X		X	
Johansson <i>et al.</i> (2002) - Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study	X	X	X	X	X	X		
Ribeiro (2015) – o percurso da construção e a validação de um instrumento para avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem	X	X			X	X	X	

**Fonte:** Adaptado de Silva (2013, p.33)

A organização e continuidade de cuidados incluem aspetos como a organização da instituição e a organização dos cuidados de saúde.

No sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a sua eficácia, a opinião dos utentes tem aumentado a sua relevância no Serviço Nacional de Saúde. Os cuidados de saúde são reconhecidos como um fator relevante no desenvolvimento económico e social dos países, bem como a mudança de atitude não só dos utentes, como também das instituições, visto que, a par da educação, a saúde tem sido apontada como a norma de desenvolvimento de um país e factor de transformação social. De forma a refletir acerca deste assunto sabe-se hoje, que o utente é um elemento central para a avaliação dos cuidados prestados pelos profissionais. Santos *et al.*, (2007, p. 10) afirma que *“a satisfação dos utentes é, actualmente, considerada como um objectivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos.”*. Na mesma linha de pensamentos Chaves, *et al.*, (2016, p.341) considera que *“a opinião dos utentes tem sido cada vez mais considerada, não só no domínio científico, como pelos vários parceiros sociais, no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas implementadas”*. Nesta perspetiva Bernardo e Lucas (2020, p.825) refere que *“a satisfação do usuário é uma das principais preocupações do sistema de saúde, particularmente nos países em desenvolvimento. Usuários satisfeitos são mais propensos a ter um bom relacionamento com enfermeiros, o que sugere melhora da qualidade de cuidado.”*

Posto isto, como instrumento de monitorização da qualidade dos serviços de saúde e da eficácia das medidas corretivas implementadas no Sistema Nacional de Saúde (SNS), a opinião do utente ganhou um peso considerável Pereira e McIntyre (2001, p. 69) *“a opinião do utente tem vindo a ser cada vez mais considerada no domínio científico e pelos vários parceiros sociais no sentido de monitorizar a qualidade dos serviços de saúde e de avaliar a eficácia das medidas correctivas que se têm vindo a implementar no Sistema Nacional de Saúde. Estes esforços têm gerado vários protocolos entre as instituições de saúde e centros de investigação”*. A opinião dos utentes facilita a identificação da fonte de insatisfação, permitindo abordar as fragilidades funcionais e de recursos identificáveis com fraquezas do sistema, o que torna possível a identificação de indicadores sensíveis de qualidade e dos seus serviços.

O juízo de valor do utente, em relação à capacidade e inspiração dos profissionais de saúde, deve-se, especialmente, ao que considera ser a resposta às suas necessidades e não da resposta a padrões universais. O grau de satisfação que o utente retira da sua experiência não deve ser compreendido de ânimo leve apenas como simples indicador de qualidade dos cuidados, visto que o utente é o elemento fundamental na avaliação dos cuidados porque avalia ativa e permanente todos os momentos da sua experiência com os cuidados e como tal deve ser integrado como um elemento fundamental dos referidos cuidados. Assim, se o utente tiver uma perceção positiva acerca dos cuidados, responderá mais positivamente aos cuidados que lhe forem prestados, estando predisposto ao desenvolvimento de uma relação empática que o profissional de saúde lhe oferece, o que aproxima, em significado e sentido, o utente de atitudes não só promotoras do seu tratamento, como também, e por consequência do cumprimento da legislação, da continuidade dos cuidados melhorando os resultados de saúde.

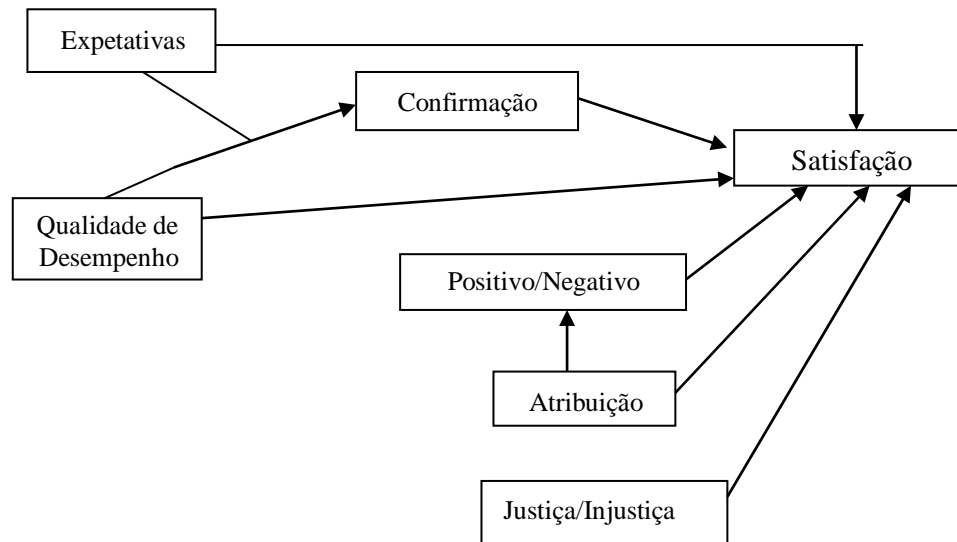
Portanto, enquanto fenómeno subjetivo, a satisfação, representa-se como um conceito complexo, pelo que é consensual a ideia de difícil operacionalização, pelo que para Simões (2020, p.43) *“são variadas as dimensões decorrentes das expectativas e necessidades dos utentes, que se devem considerar quando se fala em satisfação com os cuidados de saúde, sendo da responsabilidade das instituições de saúde apostar nas dimensões que mais se adequam à sua realidade, de modo a que a satisfação com o serviço prestado, e conseqüentemente, a sua qualidade, seja cada vez maior”*. Atualmente, considera-se de tal forma importante esta variável – e expressão do sentimento de satisfação, ou não – ao nível dos cuidados de saúde, que as instituições de decisão cuidativa, procuraram definir normativas para atender a este novo paradigma de Qualidade em Saúde.

### **Modelos Explicativos da Satisfação**

Para Ferreira (2014, p.9) *“os processos cognitivos subjacentes à satisfação dos utentes são as expectativas, a comparação entre o desempenho, a confirmação quer negativa quer positiva dessas mesmas expectativas e, por último, a atribuição e o sentido de equidade/justiça ou injustiça. As expectativas e o desempenho podem exercer um*

*efeito direto sobre a satisfação, ou podem ser medidas indiretamente através do processo de confirmação positiva, ou pelo contrário, por um processo de confirmação negativo que levará à insatisfação.” (Figura 4).*

**Figura 4** – Modelo de Satisfação Newsome e Wright (1999, p.164)



**Fonte:** Adaptado de Ferreira (2014, p.9)

A satisfação pode ser vista como uma resposta afetiva, em que as respostas emocionais (alegria, excitação, amor-próprio, angústia, tristeza, culpa) têm um papel imprescindível na determinação da satisfação. Outro mediador entre o desempenho e a atribuição é o afeto. A igualdade (justiça ou injustiça) é vista como um auxílio distinto e não está relacionada com os outros elementos cognitivos.

As expectativas que o doente tem em relação aos cuidados recebidos podem estar relacionados com outros fatores, tais como, a comunicação e informação, o ambiente físico, as competências técnico-científicas, as relações interpessoais, a participação e envolvimento, bem como a influência da organização de saúde. De acordo com Ferreira (2014, p.10) *“tudo isto são domínios onde os profissionais de enfermagem podem influenciar a percepção da satisfação dos utentes. No entanto, em alguns destes domínios, como o ambiente físico e a organização de cuidados de saúde, o enfermeiro tem menos oportunidade de exercer influência”*. No que concerne os fatores relacionais,

como a comunicação e as relações interpessoais, bem como o envolvimento e a participação, este são os elementos chave de uma boa prestação de cuidados por parte dos enfermeiros, uma vez que a comunicação é fundamental para a satisfação por parte dos utentes, visto que leva os utentes a um processo de maior adesão ao tratamento e cumprimento das atitudes terapêuticas. Cuidar é comunicar, portanto é imprescindível que a mesma seja eficaz, de modo a compreender a situação que os utentes enfrentam. Ainda de acordo com o mesmo autor “os enfermeiros têm uma maior responsabilidade de influenciar os domínios da comunicação e informação, participação e envolvimento e relações interpessoais, pois estes são os alicerces da sua profissão.”

As expectativas dos utentes são no **fin**o fator-chave. São vários os fatores que afetam as expectativas dos utentes, quer antes quer durante o processo de cuidados. Segundo Ferreira (2014, p.10) “os fatores anteriores que influenciam essas expetativas pertencem ao domínio sociodemográfico, assim como as expetativas anteriores em que receberam cuidados”. (Figura 5).

**Figura 5** – Domínios e suas relações na influência da satisfação dos utentes Johansson *et al.* (2002, p.343)



**Fonte:** Adaptado de Silva (2013, p.37)

## Conceito de Satisfação

Devido à subjectividade, e porque pode assumir diferentes significados conforme os contextos, tal como no caso da variável dependente em estudo: a percepção (subjectiva) de (uma) qualidade -, a satisfação é um conceito difícil de definir. Segundo Ribeiro (2003, p.23) *“a importância que é dada à avaliação da satisfação deriva do facto de se tratar de um indicador da qualidade dos serviços.”* Na mesma perspetiva Ferreira (2014, p.6) refere que *“a inclusão da opinião dos utentes na avaliação dos serviços de saúde tem vindo a ser cada vez mais frequente.”* Na mesma linha de pensamento Anes e Ferreira (2018, p.24) afirmam que *“a saúde despenha um papel fundamental no desenvolvimento dos países no campo económico-financeiro, social e cultural. Nas sociedades desenvolvidas tornou-se um tema dominante nos discursos social e político, pelo que as organizações de saúde devem estar atentas para se manterem e serem competitivas no mercado global demonstrando eficácia e eficiência dos seus serviços.”* Assim, os cuidados não podem atingir um nível elevado de qualidade se os utilizadores não se mostrarem satisfeitos. Quanto maior o nível de desempenho, mais provável é que as expectativas dos utentes possam ser superadas, resultando em maior satisfação. Nesta perspetiva Anes e Ferreira (2018, p.25) afirmam que *“considerando a satisfação como um indicador da qualidade de cuidados de saúde, o utente vai proceder à avaliação dos cuidados que lhe foram prestados com base nas suas necessidades e com base nas experiências prévias.”* No que diz respeito à avaliação da satisfação dos utentes nos serviços de saúde, o conceito satisfação, possui contornos muito vagos, contendo realidades muito diversas. Assim, Ribeiro (2003, p.24) afirma que *“a satisfação dos utentes influencia a qualidade dos cuidados prestados na medida em que um paciente satisfeito está mais motivado e menos inclinado para consultar outros profissionais de saúde. A satisfação dos utentes é uma meta em si – não é somente a forma como reflete a competência ou qualidade dos cuidados prestados.”* Constituindo por isso um indicador de qualidade dos cuidados prestados, no que resulta a satisfação reconhecida como parte integrante dos cuidados. Para Anjos (2010, p.1) *“atualmente a satisfação quer dos profissionais, quer dos utentes/clientes é uma das metas/objetivos das organizações, nomeadamente das organizações de saúde.”* Os comportamentos dos utentes são afetados pela sua satisfação, o que interfere com a

relação terapêutica, bem como a futura relação com os serviços. Vários autores salientam ainda que a satisfação com os cuidados de saúde está diretamente relacionada com os resultados finais prestados, pois segundo Ferreira (2014, p.5) *“a satisfação do utente em saúde pode ser encarada como um espelho, que reflete a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente a qualidade percecionada pelos utentes, a qual é potenciada de melhor bem-estar, que se pode e deve refletir nos ganhos em saúde, que acrescentam mais anos à vida, mas com mais e melhor qualidade de vida.”*

Como já referido anteriormente o conceito de satisfação é de difícil operacionalização, o termo em si provem do latim *satisfactio* e reflete o desejo de realização daquilo que se espera ou deseja, isto é, o efeito de satisfazer ou satisfazer-se. Para Anjos (2010, p. 116) *“as administrações deviam monitorizar frequentemente a satisfação, quer dos profissionais, quer dos utentes, no sentido de ter um constante feedback, uma vez que a satisfação é um dos principais pontos para o sucesso de uma organização”*. Segundo Frias, (2014, p.2) *“a satisfação traduz, deste modo, um complexo fenómeno psicossocial caracterizado pelas expetativas dos utentes; o produto dos cuidados de saúde; as experiências no sistema de saúde e as maiores ou menores expetativas do doente relativamente à sua cura ou recuperação”*. Na mesma linha de pensamento, Anes e Ferreira (2018, p.28) afirmam que *“sendo a satisfação do utente um indicador da qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do profissional determinante desta mesma qualidade, torna-se ide fulcros relevância a identificação dessas relações. Pelo que, nas organizações de saúde, constitui uma ferramenta sólida na tomada de decisão e, portanto, indispensável à prestação de melhores cuidados de saúde.”* O nível de satisfação dos utentes reveste-se de importância, não só porque corresponde a um direito que lhes assiste mas também porque constitui um requisito essencial à adesão aos cuidados, uma vez que os utentes satisfeitos tendem a ser mais colaborantes, seguindo as orientações terapêuticas.

Segundo Ferreira (2014, p. 5),

A satisfação do utente em saúde pode ser encarada como um espelho, que reflete a qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente a qualidade percecionada pelos utentes, a qual é potenciada de melhor bem-estar, que se pode e deve

refletir nos ganhos em saúde, que acrescentam mais anos à vida, mas com mais e melhor qualidade de vida. É inevitável a subjetividade visível neste conceito de satisfação, traduzida pela complexidade que lhe está inerente, porque a percepção de cada pessoa é baseada na relação entre as suas exigências, conhecimentos e as suas experiências e expectativas.

Segundo Sacadura (2021, p.17),

O tema da satisfação de utentes nos serviços de saúde e a sua relação com a qualidade de cuidados tem vindo a destacar-se como campo de investigação no âmbito da administração e gestão dos serviços de saúde. Em análise à literatura sobre avaliação da qualidade de cuidados de saúde, facilmente se verifica que o conceito tem sido frequentemente operacionalizado através da satisfação do utente e tem sido um tema largamente investigado por diversos autores ao longo das últimas décadas, que contudo, ainda está longe de reunir consenso.

Embora definir o conceito de satisfação não seja tarefa fácil, predomina o consenso de que a satisfação é um indicador fundamental da qualidade dos cuidados prestados, pois este, deve traduzir a relação entre o profissional de saúde e o utente. Este será sempre o resultado final de um processo de comparação e avaliação, do qual resulta a importância de avaliar a satisfação do utente.

## Determinantes da Satisfação dos utentes

Cada utente tem uma expectativa única e diferente dos cuidados de enfermagem. A satisfação dos utentes é definida pela expectativa dos cuidados de enfermagem que estão prestes a receber e a sua perceção dos cuidados recebidos. De forma a salientar o que o utente espera do prestador de cuidados, a identificação dos comportamentos que o utente identifica como reveladores, ajuda o profissional de saúde na prestação dos cuidados.

Frias (2014, p.14) apresenta os seguintes determinantes da satisfação dos utentes:

**Figura 6** – Determinantes e resultados da satisfação dos doentes com os cuidados de Enfermagem

Previamente	No Internamento	Resultado
<ul style="list-style-type: none"><li>• Expetativas do Doente</li><li>• Experiencias prévias</li><li>• Variaveis Sociodemográficas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Características dos Cuidados de Enfermagem</li><li>• Ambiente Fisico</li><li>• Disponibilidade do Enfermeiro</li><li>• Relação Enfermeiro-Doente</li><li>• Competencias tecnico-cientificas</li><li>• Organização dos cuidados de saúde</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Doente satisfaeito</b></li><li>• Melhor adesao ao tratamento</li><li>• Retorno ao trabalho</li><li>• <b>Doente Nao Satisfeito</b></li><li>• Nao adesao ao regime terapeutico</li><li>• Fim precoce do auto-cuidado</li><li>• Procura de cuidados em outras instituições</li><li>• Aumento dos custos do mercado</li><li>• Menor rendimento social</li></ul>

**Fonte:** Adaptado de Frias (2014, p.14)

É um processo difícil e complexo a identificação das variáveis que influenciam ou não a satisfação dos utentes, sendo que existem diversos investigadores que defendem que as variáveis sócio económicos tem uma influência direta na satisfação, no entanto, outros não valorizam estas variáveis. Segundo Oliveira (2012, p.37), “*relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, organização dos serviços e áreas específicas são os aspetos ponderantes a ter em conta sempre que se aborda esta temática*”. No estudo apresentado por Umbelino (2016, p.4)

os determinantes que apresentam maior influência na satisfação dos utentes são, a confiabilidade, a capacidade de resposta e a empatia.

De acordo com Sacadura (2021, p. 44) a satisfação dos utentes é influenciada por diversos determinantes:

- Aspetos interpessoais;
- Qualidade técnica do cuidado;
- Acessibilidade/conveniência;
- Aspeto Financeiro;
- Eficácia/resultado do cuidado;
- Continuidade dos cuidados;
- Ambiente físico/amenidades;
- Disponibilidade;
- Características sociodemográficas do utente;
- Estado físico e psicológico do utente;
- Atitudes de expetativas sobre os cuidados de saúde;
- Recolha/dadiva de informação;
- Características dos profissionais de saúde.

Segundo Sacadura (2021, p.43-44), *“no que concerne à identificação dos fatores/variáveis/dimensões que mais influenciam a satisfação do doente, ainda persiste dúvidas.”* Ainda de acordo com a mesma autora, *“a diversidade nas ferramentas de medida da satisfação do utente, constitui muitas vezes um obstáculo à obtenção de resultados de cariz científico. Os dados são colhidos por diversas entidades, com diferentes objetivos, e em níveis diferentes da prestação de cuidados.”*

Sendo que a qualidade destas características, dependem das experiências vivenciadas, estando diretamente relacionadas com a unicidade de cada utente. A DGS (2015, p.7) revela que cerca de 91% da população residente em Portugal ~~em~~ “bem atendida” pelos profissionais de Saúde e 74% consideram que o seu problema de saúde foi devidamente resolvido.

Entre as variáveis que constituem o contexto, algumas estão ligadas ao utente, outras aos intervenientes e as suas competências e outras estão diretamente relacionadas com a instituição. Todas estas variáveis referidas anteriormente têm influência sobre o grau de satisfação dos utentes.

Analisando estudos em que foi utilizado o mesmo IRD, afirma-se que tal como no presente estudo, existem variáveis sociodemográficas que tem significância estatística.

Soeiro (2015, p. 50) afirma,

No que respeita à análise dos resultados correspondentes à caracterização sociodemográfica, constatou-se que apenas uma variável teve repercussões estatísticas na satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem prestados. Os resultados evidenciaram que são os utentes com idades até 65 anos que se encontram mais satisfeitos (30,4%) com diferenças significativas ( $p=0.008$ ). Pode inferir-se que a idade é a variável sociodemográfica que influencia a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados. Em resposta às questões de investigação inicialmente apresentadas, infere-se que a idade foi a variável que influencia a satisfação dos utentes face aos cuidados prestados relativamente à experiência ( $p=0.008$ ), opinião ( $p=0.028$ ) e satisfação (global) ( $p= 0.004$ ).

Ainda de acordo com o estudo apresentado por Soeiro (2015, p.50)

Para se proceder à determinação do nível de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados, foi imprescindível determinar os três

níveis de variação para a satisfação (baixa satisfação, satisfação moderada e elevada satisfação). Assim, inferiu-se que 34,8% dos utentes se encontravam pouco satisfeitos, moderadamente satisfeitos (21,7%) e muito satisfeitos (43,5%).

Valente (2018) procurou conhecer o grau de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência, efetuou uma revisão sistemática da literatura com estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2007 e 31 de Dezembro de 2017. O autor, procurou ainda identificar os fatores que interferiam na satisfação dos utentes face a esses mesmos cuidados. Como principais resultados encontrados ficaram assumidos: elevado índice de satisfação com os enfermeiros relativamente aos cuidados recebidos, apesar das condicionantes intrínsecas ao serviço de urgência; a associação inversa, de variáveis sociodemográficas, como a idade e a escolaridade. Relativamente às dimensões dos cuidados de enfermagem encontradas, que contribuíram para a satisfação dos utentes, Valente (2018, p.89) concluiu que:

Corresponderam aos domínios técnico-científico e relacional, tais como a educação, o respeito, a cortesia, o interesse, a confiança/confiabilidade, a atenção, a disponibilidade, a preocupação, a empatia, a simpatia, a responsividade e a habilidade/agilidade. Outros aspetos mais específicos como dar resposta às solicitações, as precauções de segurança tomadas, a correta execução de procedimentos, a celeridade no atendimento, as medidas de conforto oferecidas, a privacidade concedida, o uso eficiente de estratégias de comunicação, a avaliação sistemática dos cuidados prestados, o tempo despendido a escutar o utente.

Para Bernardo e Lucas (2020, p.823), o conhecimento da satisfação dos utentes acerca dos cuidados de enfermagem, acerca dos pontos fortes e fracos, das potencialidades e limitações *“permite aos gestores, a reorganização das atividades assistenciais, de gestão e de ensino, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.”* Uma das principais preocupações do sistema de saúde reside na satisfação dos utentes, pelo que defendem que utentes satisfeitos estão mais dispostos a ter um bom relacionamento com os enfermeiros, o que melhora a qualidade de cuidados.

**PARTE II -  
ESTUDO EMPÍRICO**

## 1. METODOLOGIA

A selecção do instrumental metodológico deve-se adequar ao problema a ser estudado, aos objetivos delineados. Este capítulo tem como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento do estudo, nomeadamente, à implementação das estratégias metodológicas usadas.

### **Tipo de estudo**

O presente estudo é um estudo observacional, analítico e transversal, de cariz quantitativo. Segundo Ribeiro (2010, p.31), num estudo observacional, o investigador não intervém, desenvolve procedimentos para relatar os acontecimentos que acontecem de forma natural, sem a sua intervenção, e as relações que estes acontecimentos têm com as variáveis e qual o seu efeito nos indivíduos em estudo. De acordo como o mesmo autor, dentro deste tipo de estudos surgem os estudos analítico - transversais *“procuram explicar os resultados através do exame das relações estatísticas (correlações) entre variáveis num único momento”*.

### **População e amostra**

Para que os objetivos definidos no início do trabalho de investigação sejam atingidos, a selecção da amostra é imprescindível. Existem dois métodos de constituição da amostra, denominados métodos de amostragem, método de amostragem probabilístico e método de amostragem não probabilístico. Segundo Haro, *et al.*, (2016, p.142) *“o método de amostragem probabilístico é caracterizado pelo facto de todos os elementos da população terem igual probabilidade de integrar a amostra.”* Ainda de acordo com o mesmo autor *“o método de amostragem não probabilístico recorre a amostragens em que há uma escolha deliberada dos elementos que irão constituir a amostra.* No método de amostragem não probabilístico, na amostragem por conveniência, *“os elementos da amostra são seleccionados por conveniência ou*

*facilidade, ou seja, por estarem disponíveis ou acessíveis ao investigador*”. No presente estudo de acordo com os critérios de inclusão, optou-se por um método de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que a população presente no estudo são os utentes atendidos num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal entre o mês de Junho e o mês de Julho de 2021, sendo que a amostra ficou constituída por 100 utentes que de livre e espontânea vontade aceitaram participar no estudo e responderam ao IRD. Entre o dia 1 de Junho e 31 de Julho de 2021, 6842 utentes deram entrada no SUMC de um Hospital da Região do Norte de Portugal,

Consideraram-se como critérios de inclusão:

- Não sofrer de perturbações psiquiátricas;
- Domínio da língua Portuguesa;
- Ser adulto, isto é, com idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar orientado no tempo e espaço e em relação à pessoa;
- Aceitar participar no estudo e preencher o consentimento.

### **Instrumento de Recolha de Dados**

De forma a dar resposta às perguntas de investigação deste estudo o IRD envolve um questionário sociodemográfico e profissional, a Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) de Rodrigues e Dias (2003).

O instrumento de recolha de dados é constituído por duas seções de resposta rápida, sendo de fácil análise e compreensão. A primeira seção referente ao contexto sociodemográfico, constituído por 6 questões que permite descrever as características da amostra em relação às variáveis independentes, sexo, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão e local onde vive. Sendo que as variáveis podem apresentar contornos muito diferentes, podendo ser classificadas em quatro escalas de medida, nominais, ordinais, intervalares e de razão. A escala de medida do presente estudo é a nominal e a ordinal. Uma escala de medida é considerada nominal quando os dados são

integrados, em categorias predefinidas e mutuamente exclusivas, assumindo-se que todos os dados devem ser encaixados numa dessas categorias. E ordinal, como o próprio nome indica, é uma escala em que é possível ordenar os seus valores. (Fortin, 2009). A segunda seção é constituída pela Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) que foi validada para a população portuguesa por Rodrigues e Dias (2003) e tem como finalidade avaliar a perceção de satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem.

É uma Escala que apresenta os comportamentos de Enfermagem e classifica o nível de perceção da Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem de acordo com duas dimensões, a dimensão experiência e a dimensão opinião. A Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE), consiste em avaliar a satisfação do utente para com os Cuidados de Enfermagem recebidos, está dividida em 28 itens que descrevem os comportamentos de Enfermagem, tal como se pode observar (Figura 7). É pontuado, primeiro, fazendo uma inversão do escalonamento das pontuações nos itens negativos (insatisfação) e depois adicionando todas as pontuações dos itens para produzir uma pontuação total da satisfação.

**Figura 7-** Descrição dos Comportamentos de Enfermagem

	<b>Itens</b>		
<b>Satisfação (Número de Itens=18)</b>	1	12	21
	7	14	23
	8	15	24
	9	17	25
	10	18	26
	11	19	28
<b>Insatisfação (Número de Itens=10)</b>	2	13	
	3	16	
	4	20	
	5	22	
	6	27	

Na dimensão experiência, a escala possui 28 itens distribuídos por 18 afirmações positivas (1, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 25, 26) que expressam a satisfação e 10 negativas (2, 3, 4, 5, 6, 13, 16, 20, 22, 27) que revelam a insatisfação os itens são respondidos numa escala de Likert de sete pontos, utilizando os conceitos de concordância total e como oposto, discordância total. Nos itens negativos as pontuações são convertidas, o 1 (concordo plenamente) e o 7 (discordo completamente), ou seja, proceder à inversão da ordem das pontuações. As pontuações encontram-se compreendidas entre 28 e 196.

A dimensão opinião, é constituída por 19 itens que revelam as opiniões que os utentes possuem relativamente aos cuidados recebidos. Os itens são respondidos, de igual forma, numa escala de Likert, através de cinco pontos, utilizando os conceitos de completamente satisfeito e como oposto, insatisfeito. As pontuações encontram-se compreendidas entre o mínimo de 19 e o máximo de 95.

A Satisfação Total dos utentes questionados resulta da totalidade de todos os itens das duas sub-escalas e no seu total podem atingir uma pontuação máxima de 291 e uma pontuação mínima de 47, sendo que quanto mais elevado o valor obtido maior é o nível de satisfação dos utentes.

Com a aplicação do questionário ao conjunto de utentes que compõem a amostra é possível obter informação que permite caracterizar a satisfação dos utentes com os Cuidados de Enfermagem da população que recorreu ao SU Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal. A existência de instrumentos válidos e fidedignos de monitorização e avaliação da prática permite aos Enfermeiros demonstrar objetivamente o valor do seu trabalho nas organizações de saúde, bem como o impacto do seu trabalho na qualidade de vida dos utentes.

Uma vez que a Escala (ESCCE) foi validada para a população portuguesa por Rodrigues e Dias (2003) foi pedida autorização às mesmas para a utilização das alterações que realizaram da escala de ‘opiniões sobre os cuidados de Enfermagem’ de Thomas, Bond, McColl e Milne (1996), (Newcastle Satisfaction with Nursing Scales), a autorização foi realizada via e-mail e concedida.

## **Estudo Psicométrico da ESCCE**

As autoras da escala avaliaram as propriedades psicométricas do instrumento através do cálculo da: consistência interna. De forma a verificar a consistência interna da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) utilizada, foi realizada a determinação do coeficiente de correlação de Pearson e do coeficiente Alfa de Cronbach. Teoricamente os valores de fidelidade podem tomar valores entre 0 e 1, embora, o ideal seja que o coeficiente seja o mais elevado possível. A consistência interna de um questionário é tanto maior quanto mais perto de 1 estiver o valor da estatística. Segundo as mesmas autoras (Rodrigues & Dias, 2003) o instrumento de medida é suficientemente específico para identificar áreas que necessitam de intervenção. Sublinha-se que a nível nacional este instrumento já foi utilizado por vários investigadores (Coelho, 2013; Dinis, 2013; Lopes, 2013; Ribeiro, 2013; Soeiro, 2015).

## **Procedimento de recolha de dados**

Escolhido o instrumento de recolha de dados e para dar deferimento ao estudo foram tomadas todas as providências legais necessárias para a aplicação deste na população alvo: utentes que recorreram ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal. Os dados foram recolhidos no período decorrido entre Junho a Julho de 2021. Na aplicação da escala “Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) de Rodrigues e Dias (2003)” foi respeitado o seguinte procedimento:

- Foi pedida Autorização à Comissão de Ética da instituição para aplicação do IRD no Serviço de Urgência (SU) Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região da Norte de Portugal entre o mês de Junho e de Julho de 2021.

- Foi solicitado aos Enfermeiros a exercer funções no SU Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal a fim de obter ajuda para aplicação do IRD.
- Foi aplicado o IRD aos utentes que recorreram ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal;

Para o presente estudo selecionou-se como população alvo os utentes que recorreram ao Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico de um Hospital da Região do Norte de Portugal, todos aqueles que apresentavam os critérios pré-definidos para inclusão no estudo, o questionário foi aplicado após atendimento no Serviço de Urgência aos utentes que de livre vontade pretenderam participar no presente estudo, o consentimento foi pedido antes de iniciar a recolha de dados e após leitura do cabeçalho do formulário, explicação da natureza do estudo e dos seus objetivos, assim como do direito de aceitar ou recusar participar no estudo.

### **Variáveis do estudo**

Tendo por base o anteriormente descrito definiram-se dois tipos de variáveis, as dependentes e independentes, a variável dependente sofre o efeito das variáveis independentes. Coutinho (2011, p.67) define variável como um “*atributo que reflete ou expressa um conceito ou construto e que pode assumir diferentes valores*”. Assim, teve-se em conta que as mesmas devem ser definidas com clareza, objetividade e de forma operacional.

As variáveis em estudo apresentam diferentes graus de dependência:

- A variável Satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem no SUMC assume o estatuto de variável dependente em todo o estudo;
- As variáveis de caracterização sociodemográfica e profissional assumem, em todo o estudo, o papel de variáveis independentes.

A nossa variável dependente “satisfação” é operacionalizada da seguinte forma:

A Satisfação Total dos utentes questionados resulta da totalidade de todos os itens das duas sub-escalas e no seu total podem atingir uma pontuação máxima de 291 e uma pontuação mínima de 47, sendo que quanto mais elevado o valor obtido maior é o nível de satisfação dos utentes. O ponto de corte teve por base o cálculo do ponto médio. Para a classificação da satisfação em nível baixo, moderado ou elevado teve-se por base a formula  $M \pm 0,25 DP$  preconizado por Pestana e Gageiro (2008), a qual permitiu obter a seguinte classificação: Baixa Satisfação: ( $\leq M - 0,25 DP$ ); Satisfação Moderada: ( $> M - 0,25 DP$  e  $< M + 0,25 DP$ ) e Satisfação Elevada: ( $\geq M + 0,25 DP$ ).

Foram estudadas as variáveis sociodemográficas consideradas variáveis de caracterização amostral: Sexo, idade, estado civil, habilitações académicas e local onde vive e as variáveis profissionais (Figura - 8).

**Figura 8-** Variáveis sociodemográficas e profissionais

<b>Sexo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Masculino</li><li>• Feminino</li></ul>
<b>Idade</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Até aos 35 anos</li><li>• 36 a 50 anos</li><li>• Mais de 50 anos</li></ul>
<b>Estado Civil</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Solteiro (a)</li><li>• Casado (a)</li><li>• Divorciado (a)</li><li>• Viúvo (a)</li><li>• União de facto</li></ul>

<b>Habilitações Académicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não sabe ler nem escrever</li> <li>• 1º Ciclo 2º Ciclo (5º e 6º Ano)</li> <li>• 3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)</li> <li>• Secundário (10º, 11º e 12º Ano)</li> <li>• Bacharelato</li> <li>• Licenciatura</li> <li>• Pós-graduação</li> <li>• Mestrado/ Doutoramento</li> </ul>
<b>Local onde vive</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Urbano</li> <li>• Rural</li> </ul>
<b>Profissão</b>	Resposta Aberta (Esta variável será tratada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões)

Relativamente à categoria profissional, as profissões foram agrupadas de acordo com o instituído pelo Instituto Nacional de Estatística em 2011, especificamente, pela Classificação Portuguesa das Profissões (2010, p.11), “*a Classificação Portuguesa de Profissões (CPP), tal como se apresenta estruturada e organizada, constitui um instrumento fundamental para as estatísticas sobre profissões, quer em termos de observação, análise, consolidação de séries, comparabilidade internacional e de coordenação técnica estatística*”. A Classificação Portuguesa de Profissões (CPP) foi estruturada e organizada, para salvaguarda da comparabilidade estatística, a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões (CITP/2008) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), da Classificação Nacional de Profissões (CNP/94) do Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP) e das contribuições recebidas das entidades envolvidas na sua concepção. Segundo a CPP (2010, p.12) “*a Estrutura básica da CPP é a CITP/2008, quer em termos de codificação, quer de definição do âmbito dos níveis Grande Grupo, Sub-Grande Grupo, Sub-Grupo e Grupo Base (níveis comuns à CPP e à CITP/2008), adoptando-a em todas estes níveis para assegurar a comparabilidade estatística a nível europeu e internacional*”.

Para compreender a conceção e a aplicação da CPP/2010 importa definir os seus conceitos fundamentais: posto de trabalho, tarefa, profissão, nível de competências e competência especializada. Assim a CPP é o conjunto de todas as profissões existentes

em Portugal e a sua respetiva descrição funcional, apresentando-se agregada por dez grandes grupos profissionais (Tabela 1).

**Tabela 1-** Grandes Grupos CITEP/ISCO/2008

Grandes Grupos CITEP/ISCO/2008	
0	Profissões das Forças Armadas
1	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
2	Especialistas das atividades intelectuais e científicas
3	Técnicos e profissões de nível intermédio
4	Pessoal administrativo
5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
6	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
7	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
8	Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
9	Trabalhadores não qualificados

**Fonte:** Adaptado de Classificação Portuguesa das Profissões (2010, p. 21)

### Considerações éticas

É inevitável que na elaboração de uma pesquisa se levantem questões éticas e morais, sendo necessário tomar medidas para proteger o bem-estar, os direitos e a privacidade dos utentes que participam na investigação. Assim sendo, temos que garantir os quatro pressupostos básicos da avaliação ética, a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça. Segundo Vilelas (2009, p.371), *“quando se inicia a investigação, temos de respeitar: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, o direito a um tratamento justo e equitativo, o acesso à informação deve ser igual para todos”*.

A aplicação do IRD teve a solicitação prévia, - de modo a cumprir os processos éticos, - através de submissão do instrumento de colheita de dados à Comissão de Ética da instituição (Anexo I) para a autorização respetiva, uma vez que estavam reunidos os requisitos formais e legais exigidos, o parecer foi favorável (Nº 20/2021). A aplicação do IRD, respeitou o princípio de confidencialidade e explicação do objetivo e pertinência do estudo. Foi aplicado a uma amostra de utentes que recorrem ao Serviço

de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal que cumpriu os critérios de inclusão. O Instrumento de recolha de dados insere o consentimento informado que se assegura que os participantes entendam os riscos e benefícios do estudo em que participam, bem como a informação de todos os seus direitos, a sua privacidade e confidencialidade. Os dados recolhidos ficaram à guarda dos investigadores, tendo sido destruídos após tratamento da informação.

### **Procedimentos de análise dos dados**

Terminada a fase de recolha dos dados, procedeu-se ao tratamento da informação obtida, à análise descritiva das variáveis de caracterização da amostra através de valores de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e da análise da média, máximo, mínimo e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa). Todas as dimensões em estudo foram submetidas a uma análise de fiabilidade interna através do valor do coeficiente do *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ).

De acordo com Pestana e Cagueiro (2008, p.528),

O Alpha de Cronbach permite determinar o limite inferior da consistência interna de um grupo de variáveis ou itens que corresponderá à correlação que se espera obter entre a escala usada e outras escalas hipotéticas do mesmo universo com igual número de itens para medir a mesma característica.

O valor de *Alpha* deve ser positivo, variando entre 0 e 1, tendo as seguintes leituras (Tabela 2):

**Tabela 2-** Valores de *Alpha de Cronbach*

<b>Valor de Alpha</b>	<b>Fiabilidade</b>
Alpha superior a 0,9	Muito boa
Alpha entre 0,8 e 0,9	Boa
Alpha entre 0,7 e 0,8	Razoável

Alpha entre 0,6 e 0,7	Fraca
Alpha <0,6	Inadmissível

**Fonte:** Análise de dados para Ciências Sociais (2008, p.528)

**O Teste t de Student** aplicou-se para a comparação de médias em dois grupos, ou seja, para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos e quando se desconhecem as respectivas variâncias populacionais (Pestana e Gageiro, 2008). Para estudar a existência de diferenças estatisticamente significativas nas dimensões ‘Experiência’ e ‘Opinião’ foram utilizados testes t de *student* para duas amostras independentes, em variáveis independentes compostas por dois grupos (sexo e localidade).

**Análise de Variância (ANOVA)**, procedimento **One-Way**, possibilita comparar duas ou mais médias. A análise pretende verificar se existem diferenças significativas entre as médias e se os fatores influenciam alguma variável dependente. É utilizada para testar diferenças entre pelo menos três grupos, uma vez que a comparação entre dois grupos pode ser obtida através do teste t. Quando as variáveis independentes são compostas por três ou mais grupos (categorias etárias, estado civil e habilitações académicas) foram utilizados testes one-way ANOVA. Foi validado o pressuposto da normalidade populacional para a realização destes testes paramétricos em quase todas as situações.

**O Teste de Kruskal-Wallis** é o teste não paramétrico usado na comparação de três ou mais amostras independentes, foi usado com alternativa não paramétrica ao teste one-way ANOVA, na categoria profissional (Maroco, 2007).

**O Coeficiente de Variação**, medida de dispersão que equaciona a comparação entre amostras e permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra (Pestana e Gageiro, 2008). Para estudar a interdependência entre as dimensões ‘Experiência’ e ‘Opinião’ replicou-se um diagrama de dispersão e interpretou-se o coeficiente de relação para analisar o sentido e intensidade da relação entre as duas dimensões. Para avaliar a relação de dependência entre níveis de satisfação (baixo, moderado e elevado) e as variáveis sociodemográficas utilizaram-se testes de independência do Qui-Quadrado (Qui-Quadrado de Pearson).

**O Coeficiente de Correlação de Pearson (r)** mede o grau de correlação linear entre duas variáveis quantitativas. Este coeficiente assume apenas valores entre -1 e 1, que refletem a intensidade de uma relação linear entre dois conjuntos de dados (Fortin, 2009). Um coeficiente de correlação próximo de zero indica que não há relação entre as duas variáveis, e quanto mais próximo estiver dos seus extremos (1 ou -1), mais forte é a relação. Quando o coeficiente de correlação se aproxima de 1, observa-se um aumento no valor de uma variável quando a outra também aumenta, existe uma relação linear positiva.

Em toda a análise estatística, atribui-se 0,05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos. Foram tidos como valores de referência os seguintes níveis de significância:  $p \geq 0,05$  - não significativo;  $p < 0,05$  - ligeiramente significativo;  $p < 0,01$  - muito significativo e  $p < 0,001$  - muitíssimo significativo (Pestana & Gageiro, 2003, p.80).

Todas as análises estatísticas foram realizadas com IBM SPSS Statistics 24.0 (Chicago, IL). De forma a melhorar a compreensão e interpretação dos resultados e não duplicar a informação na apresentação dos mesmos irá ser realizada através de tabelas.

## 2. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Terminada a fase de recolha dos dados, procede-se ao tratamento da informação obtida, de modo a permitir a sua análise e compreensão. O tratamento estatístico é crucial para uma boa organização dos dados obtidos e para a análise dos mesmos.

No presente capítulo procura-se caracterizar os *scores* alcançados e analisar a associação existente entre as variáveis, bem como, fazer referência à caracterização da amostra, assim, apresentam-se em primeiro lugar os traços sociais e profissionais que caracterizam a amostra de 100 inquiridos.

Relativamente à caracterização social da amostra (Tabela 3), trata-se de uma amostra de indivíduos, maioritariamente do sexo feminino (n=56; 56,6%), com uma média etária de 45,7 anos (desvio padrão 18,5 anos). Grande parte dos inquiridos vive em conjugalidade (40% casados e 6% em união de facto). Mais de 70% dos inquiridos vive em ambiente urbano. A amostra perfila-se com um grau de escolarização intermédia (35% tem o ensino secundário e 23% o grau de licenciado). Em termos de caracterização profissional, a amostra enquadra-se de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, maioritariamente em três grupos: especialistas das atividades intelectuais e científicas (23,4%), trabalhadores não qualificados (18,1%) e trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (11,7%).

**Tabela 3** – Apresentação dos valores de frequências absolutas e relativas das variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b> (n=99)		
Masculino	43	43,4
Feminino	<b>56</b>	56,6
<b>Categorias etárias</b> (n=99)		
Até 35 anos	36	36,4
36 a 50 anos	25	25,3
Mais de 50 anos	<b>38</b>	38,4
<b>Idade</b> – Média 45,74 anos (desvio padrão 18,5); Mín: 19; Max: 87		
<b>Estado civil</b> (n=100)		
Solteiro	40	40,0
Divorciado	9	9,0
União de facto	<b>6</b>	6,0
Casado	<b>39</b>	39,0

Viúvo	6	6,0
<b>Localidade onde vive (n=99)</b>		
Rural	29	29,3
Urbano	<b>70</b>	70,7
<b>Habilitações literárias (n=100)</b>		
Não sabe ler nem escrever	1	1,0
1º Ciclo	22	22,0
2º Ciclo (5º e 6º Ano)	1	1,0
3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano)	6	6,0
Secundário (10º, 11º e 12º Ano)	<b>35</b>	35,0
Licenciatura	23	23,0
Pós -Graduação	7	7,0
Mestrado/ Doutoramento	5	5,0
<b>Profissão (n=94)</b>		
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	<b>22</b>	23,4
Trabalhadores não qualificados	17	18,1
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	11	11,7
Técnicos e profissões de nível intermédio	7	7,4
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	7	7,4
Desempregados	7	7,4
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	6	6,4
Estudantes	6	6,4
Pessoal administrativo	5	5,3
Reformados	3	3,2
Profissões das Forças Armadas	1	1,1
Representantes do poder legislativo e de órgãos	1	1,1
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	1	1,1

Recorrendo à Tabela 4, salienta-se a boa fiabilidade interna das dimensões, todos os valores de *Alpha de Cronbach* apresentam um mínimo de 0,810. Em ambas as sub-dimensões da dimensão experiência confirmou-se uma fiabilidade interna muito boa de acordo com Vilelas (2020). Na sub-dimensão “Satisfação” os itens com maior contribuição foram “Sentia-me à vontade com os Enfermeiros”, “Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente” e “Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim”. Na sub-dimensão “Insatisfação” destacam-se os seguintes itens, “Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado” e “Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.”,

Em relação ao *score* total da dimensão experiência, verifica-se que o mínimo alcançado (31) é bastante idêntico, quando comparado com o *score* mínimo possível (28), assim como o *score* máximo obtido (196) coincide com o *score* máximo possível (196), sendo a média de satisfação de 148,6. Estes dados, mostram-nos que a amostra em estudo considera a sua experiência com os cuidados de enfermagem boa.

**Tabela 4** – Resultados da Escala ESCCE

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
<b>Dimensão Experiência</b>	31	196	148,6	38,8	<b>0,810</b>
<b>Sub-Dimensão Satisfação</b>	18	126	94,0	27,6	<b>0,979</b>
<b>1. Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.</b>	1	7	<b>5,5</b>	1,7	
7. Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.	1	7	5,1	1,8	
8. Eu via os Enfermeiros como amigos.	1	7	5,1	1,8	
9. Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	1	7	5,3	1,8	
10. Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	1	7	5,0	1,9	
11. Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	1	7	5,3	1,8	
12. Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	1	7	5,1	1,8	
14. Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitavam.	1	7	4,7	1,9	
15. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	1	7	5,4	1,7	
<b>17. Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.</b>	1	7	<b>5,5</b>	1,7	
18. Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.	1	7	5,4	1,5	
19. Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	1	7	5,3	1,8	
21. Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.	1	7	5,4	1,8	
23. Os Enfermeiros faziam-me coisas que me faziam sentir mais confortável.	1	7	5,1	1,9	
24. Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	1	7	5,3	1,7	
25. Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	1	7	5,1	1,7	
<b>26. Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.</b>	1	7	<b>5,5</b>	1,7	
28. Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.	1	7	5,2	1,8	
<b>Sub-Dimensão Insatisfação (escalas invertidas)</b>	13	70	54,3	13,9	<b>0,933</b>
2. Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.	1	7	5,4	1,9	
3. Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	1	7	4,9	1,9	
4. Os Enfermeiros demoravam a atender-me	1	7	5,2	1,8	

quando eu pedia.					
5. Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	1	7	5,4	1,8	
<b>6. Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>6,0</b>	<b>1,4</b>	
13. Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que o utente tinha pedido.	1	7	5,5	1,7	
16. Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	1	7	5,4	1,7	
20. Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.	1	7	5,3	1,9	
<b>22. Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>5,7</b>	<b>1,6</b>	
27. Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.	1	7	5,4	1,8	

Relativamente aos resultados da escala das opiniões sobre os cuidados de Enfermagem (Tabela 5), observa-se que a sub-dimensão “Satisfação” apresenta uma fiabilidade interna muito boa (*Alpha de Cronbach* 0,986). Não existem itens que se destaquem pela sua contribuição positiva para esta dimensão, mas sim pela sua a contribuição negativa, nomeadamente os itens “a liberdade que lhe deram dentro do serviço”, “a privacidade que os Enfermeiros lhe deram” e “a quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação”.

É de salientar que, quando efetuada a pesquisa acerca dos *scores* totais da dimensão opinião, averiguou-se que o mínimo observado é de 19, exatamente igual ao mínimo possível que é 19 e o máximo é de 95, que também coincide com o *score* máximo possível, sendo a média de satisfação de 68,9. Também na dimensão referente à opinião dos utentes face aos cuidados de enfermagem, tal como se verificou na dimensão experiência os *scores* alcançados são indicadores de altos níveis de satisfação.

**Tabela 5** – Resultados da Escala das Opiniões sobre os cuidados de enfermagem

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Alpha de Cronbach
<b>Dimensão Opinião</b>	<b>19</b>	<b>95</b>	<b>68,9</b>	20,0	<b>0,986</b>
1. O Tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	1	5	3,7	1,2	
2. Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.	1	5	3,8	1,2	
3. Estava sempre um Enfermeiro por perto	1	5	3,6	1,2	

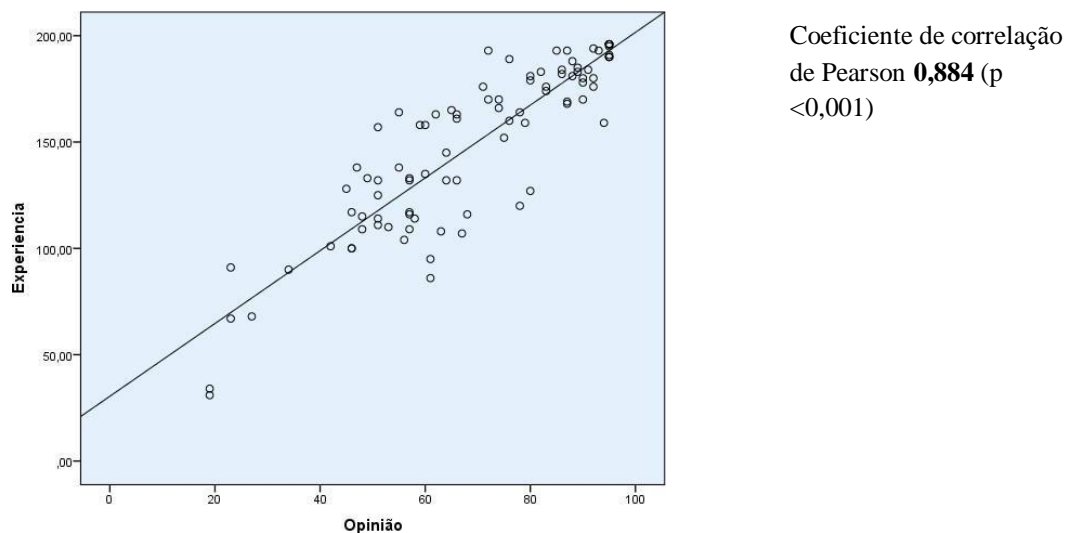
<b>quando dele precisou.</b>					
4. O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	1	5	3,8	1,1	
5. A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.	1	5	3,6	1,2	
6. A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivessem em sua casa	1	5	3,5	1,1	
7. A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	1	5	3,4	1,2	
8. A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.	1	5	3,5	1,2	
9. A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.	1	5	3,8	1,2	
10. A maneira como os Enfermeiros lhe explicavam as coisas.	1	5	3,5	1,2	
11. A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	1	5	3,7	1,2	
12. A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.	1	5	3,8	1,1	
13. O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	1	5	3,7	1,2	
14. Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.	1	5	3,8	1,2	
15. Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	1	5	3,6	1,2	
16. A liberdade que lhe deram dentro do serviço.	1	5	3,4	1,2	
17. A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.	1	5	3,7	1,2	
18. A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.	1	5	3,4	1,2	
19. O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	1	5	3,7	1,2	

A avaliação da satisfação total resulta da soma de todos os itens das duas subescalas, experiência e opinião, o *score* mínimo alcançado foi de 50 e o máximo de 291, sendo que o mínimo possível é de 47 e o máximo de 291, a média de satisfação é de 217,9, evidenciando uma pontuação média de satisfação superior ao respetivo ponto médio, mas ainda aquém do seu máximo. O valor de *Alpha de Cronbach* (0,980), traduz uma fiabilidade interna muito boa.

Verifica-se que existe – Gráfico 1, - uma correlação positiva, forte entre as dimensões “Experiência” e “Opinião” (coeficiente de correlação de Pearson 0,884) sendo que quando uma dimensão aumenta a outra segue a mesma tendência. Esta correlação é estatisticamente muitíssimo significativa ( $p < 0,001$ ).

Estas duas dimensões apresentam assim um comportamento muito próximo do linear e dão origem à satisfação total [**mín: 50; max: 291; média: 217,9; desvio padrão: 57,8**]

**Gráfico 1** – Apresentação dos valores de Correlação entre as dimensões “Experiência” vs “Opinião”



### **Satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem**

Relativamente à amostra inquirida por níveis de satisfação em função do sexo (Tabela 6), verifica-se que em ambos os sexos os *scores* obtidos são diferentes, embora seja possível encontrar médias superiores em todas as dimensões da ESCCE nos inquiridos do sexo masculino, essas diferenças não são consideradas estatisticamente significativas.

**Tabela 6** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do sexo

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>CV (%)</b>	<b>P</b>
Experiência	Masculino	<b>150,2</b>	40,2	163,0	26,7	0,813
	Feminino	148,3	37,8	159,0	25,5	
Opinião	Masculino	<b>71,6</b>	19,2	75,5	26,8	0,281
	Feminino	67,2	20,5	64,0	30,6	
Satisfação Total	Masculino	<b>220,8</b>	58,1	236,0	26,3	0,756
	Feminino	216,9	57,8	219,0	26,6	

Relativamente à análise dos resultados em relação à idade (Tabela 7) verifica-se que existe uma maior satisfação com os cuidados de enfermagem nos sujeitos da amostra que possuem uma idade superior aos 50 anos, no entanto não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ESCCE consoante a idade.

**Tabela 7** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da idade

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>CV (%)</b>	<b>p</b>
Experiência	Até 35 anos	146,7	37,3	159,0	25,4	0,327
	36 a 50 anos	141,0	30,6	135,0	21,7	
	Mais de 50 anos	<b>155,6</b>	44,5	156,0	28,6	
Opinião	Até 35 anos	69,6	18,5	71,0	26,6	0,458
	36 a 50 anos	64,3	16	61,5	24,9	
	Mais de 50 anos	67,2	18,5	71,0	27,6	
Satisfação Total	Até 35 anos	216,2	54,4	224,0	25,2	0,405
	36 a 50 anos	206,7	44,9	197,0	21,7	
	Mais de 50 anos	<b>227,1</b>	67,8	265,0	29,9	

No que diz respeito ao estado civil (Tabela 8), observou-se que existem médias superiores em todas as dimensões da ESCCE no grupo de inquiridos que vive em união de facto, mas essas diferenças não são estatisticamente significativas. Em duas dimensões da ESCCE, dimensão “experiencia” e “satisfação total”, são os viúvos que apresentam as médias mais baixas.

**Tabela 8** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do estado civil

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>CV (%)</b>	<b>P</b>
Experiência	Solteiro	151,0	29,2	159,0	19,3	0,490
	Divorciado	151,8	40,8	167,0	26,9	
	União de facto	<b>172,0</b>	23,0	171,0	13,4	
	Casado	143,5	45,1	159,0	31,5	
	Viúvo	138,2	57,3	144,0	41,5	
Opinião	Solteiro	69,6	16,8	70,0	24,1	0,885
	Divorciado	66,4	23,5	72,0	35,4	
	União de facto	<b>76,2</b>	15,5	72,5	20,4	

	Casado	67,4	22,6	66,5	33,5	
	Viúvo	69,8	25	75	35,8	
	Solteiro	220,0	43,9	219,0	29,6	
	Divorciado	221,4	65,4	238,0	15,2	
Satisfação Total	União de facto	<b>248,2</b>	37,7	243,0	31,7	0,686
	Casado	211,6	67,0	227,0	39,0	
	Viúvo	208,0	81,1	220,0	26,5	

Relativamente ao nível de escolaridade (Tabela 9), existem médias claramente superiores em todas as dimensões da ESCCE no grupo de inquiridos com menor escolaridade (até o ensino básico). Esta é uma constatação com significância estatística ( $p < 0,05$ ). Os que apresentam médias inferiores em todas as dimensões da ESCCE são os inquiridos com o ensino secundário.

**Tabela 9** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função do nível de escolaridade

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>CV (%)</b>	<b>P</b>
Experiência	Até Ensino Básico	<b>164,1</b>	39,6	183,0	24,2	<b>&lt;0,05</b>
	Ensino Secundário	138,4	38,4	136,0	27,7	
	Ensino Superior	145,1	35,3	148,0	24,4	
Opinião	Até Ensino Básico	<b>75,3</b>	21,9	85,5	29,0	<b>&lt;0,05</b>
	Ensino Secundário	64,7	19,5	64,0	30,1	
	Ensino Superior	67,2	17,8	63,0	26,4	
Satisfação Total	Até Ensino Básico	<b>239,0</b>	60,8	265,0	25,4	<b>&lt;0,05</b>
	Ensino Secundário	203,4	56,1	207,0	27,6	
	Ensino Superior	212,3	52,6	208,0	24,8	

Quanto à localidade onde vive (Tabela 10), verificou-se que quem vive em ambiente rural tem uma opinião mais favorável face aos cuidados de enfermagem em todas as dimensões da ESCCE. Embora os resultados sejam contrários ao esperado, visto que os indivíduos residentes em meios rurais, a priori têm menos acessos aos serviços e cuidados de saúde e por conseguinte uma menor nível de literacia em saúde, o que poderia levar a uma maior insatisfação. No entanto constatou-se que não apresenta diferença estatisticamente significativa.

**Tabela 10** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da localidade onde vive

		<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>CV (%)</b>	<b>P</b>
Experiência	Rural	<b>156,2</b>	43,3	176,0	27,7	0,234
	Urbano	145,7	36,8	157,5	25,3	
Opinião	Rural	<b>100,0</b>	29,3	112,0	29,3	0,097
	Urbano	91,7	26,8	97,0	29,2	
Satisfação Total	Rural	<b>229,2</b>	64,2	261,0	28,0	0,226
	Urbano	213,1	54,7	217,5	25,7	

Por último, no que respeita a categoria profissional (Tabela 11), as profissões tal como referido anteriormente, foram agrupadas de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2010). Neste sentido verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da ESCCE, no entanto, é de salientar que os desempregados apresentam uma opinião e satisfação desfavorável à prestação de cuidados em relação às restantes categorias profissionais. Observou-se ainda que a categoria que apresenta um nível de satisfação total mais elevado relativamente à prestação de cuidados de enfermagem é a categoria de Pessoal administrativo, tanto em relação à dimensão experiência como em relação à dimensão opinião. A amostra enquadra-se maioritariamente em 3 grandes grupos de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões, especialistas das actividades intelectuais e científicas, trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices e por último, trabalhadores não qualificados.

**Tabela 11** – Dimensões do ESCCE e satisfação total em função da classificação profissional

		Mé- di- a	Desvio Padrão	Media na	CV (%)	P
Experiência	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	146,6	38,4	145,0	26,2	0,20 1
	Técnicos e profissões de nível intermédio	158,9	32,6	158,0	20,5	
	Pessoal administrativo	<b>178,6</b>	15,6	158,0	8,7	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	120,8	36,4	180,0	30,2	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	167,3	44,6	165,0	26,6	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	160,7	35,1	108,5	21,8	
	Trabalhadores não qualificados	154,3	37,7	163,0	24,4	
	Estudantes	155,8	26,3	165,5	16,9	
	Reformados	162,3	47,4	159,0	29,2	
	Desempregados	118,1	50,1	184,0	42,4	
Opinião	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	66,9	18,9	64,0	28,2	0,63 1
	Técnicos e profissões de nível intermédio	70,6	18,1	63,0	25,7	
	Pessoal administrativo	<b>81,0</b>	19,3	71,0	23,9	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	61,0	20,0	92,0	32,8	
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	77,0	24,4	70,0	31,7	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	72,3	21,5	56,0	29,8	
	Trabalhadores não qualificados	69,8	20,0	66,0	28,7	
	Estudantes	78,5	13,0	70,0	16,5	
	Reformados	83,0	17,4	79,5	21,0	
	Desempregados	63,7	23,6	91,0	37,0	
Satisfação Total	Especialistas das atividades intelectuais e científicas	214,7	57,3	209,0	26,7	0,37 2
	Técnicos e profissões de nível intermédio	229,4	49,8	218,5	21,7	
	Pessoal administrativo	<b>259,6</b>	34,5	227,0	13,3	
	Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e	184,4	57,0	272,0	30,9	

vendedores				
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta	244,3	68,2	240,0	27,9
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	229,2	58,1	160,0	25,3
Trabalhadores não qualificados	223,8	57,3	229,0	25,6
Estudantes	235,4	38,3	240,0	16,3
Reformados	245,3	64,8	238,0	26,4
Desempregados	181,9	72,2	275,0	39,7

Na Tabela 12, estão apresentados os estudos de relações entre a satisfação e as variáveis demográficas, as pontuações médias de “satisfação total” obtidas em função das demais variáveis sociodemográficas e profissionais, bem como a sua significância.

O sexo masculino apresentou a pontuação média de “satisfação total” estatisticamente não significativa ( $p=0,756$ ), ligeiramente mais elevada (220,8).

Em relação à idade, verifica-se que o grupo de indivíduos com idade superior aos 50 anos foi o que revelou uma pontuação média de “satisfação total” mais elevada (227,1), contudo sem significância estatística ( $p=0,405$ ).

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que os viúvos apresentaram a pontuação média mais baixa de “satisfação total”, e o grupo de inquiridos que vive em união de facto apresentou a pontuação média mais elevada (248,2), estatisticamente não significativa ( $p=0,686$ ).

O estudo revelou uma relação negativa e estatisticamente significativa entre a escolaridade e a “satisfação total”: o grupo de inquiridos com menor escolaridade (até ao ensino básico) foi o que apresentou a pontuação média mais elevada ( $239\pm 60,8$ ). Esta é uma constatação com significância estatística ( $p < 0,05$ ).

A residência não é uma variável determinante para a “satisfação total”, porque o resultado não tem significância estatística ( $p=0,226$ ), mas, verificou-se que quem vive em ambiente rural tem uma opinião mais favorável aos cuidados de enfermagem do que os respondentes de meio urbano.

Por último, no que respeita à categoria profissional (atividade em exercício), verificou-se que a categoria profissional que apresenta a pontuação média de “satisfação total” mais elevada, é a categoria denominada pessoal administrativo (259,6). Os

trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores, foram os que apresentaram menores pontuações médias. Não se encontrou uma relação estatisticamente significativa com esta variável ( $p=0,616$ ).

**Tabela 12-** Apresentação dos valores das relações entre a variável dependente (satisfação) e as variáveis independentes (sexo, faixa etária, estado civil, local de residência, habilitações literárias e profissão)

	Média	DP	Mediana	Teste Estatístico	<i>p</i>
<b>Sexo</b>				<i>t-student</i>	0,756
Masculino	220,8	58,1	236,0		
Feminino	216,9	57,8	219,0		
<b>Idade</b>				<i>one-way ANOVA</i>	0,405
Até 35 anos	216,2	54,4	224,0		
36 a 50 anos	206,7	44,9	197,0		
Mais de 50 anos	227,1	67,8	265,0		
<b>Estado civil</b>				<i>one-way ANOVA</i>	0,686
Solteiro	220,0	43,9	219,0		
Divorciado	221,4	65,4	238,0		
União de facto	248,2	37,7	243,0		
Casado	211,6	67,0	227,0		
Viúvo	208,0	81,1	220,0		
<b>Habilitações Literárias</b>				<i>one-way ANOVA</i>	<0,05
Até ao Ensino Básico	239,0	60,8	265,0		
Ensino Secundário	203,4	56,1	207,0		
Ensino Superior	212,3	52,6	208,0		
<b>Local de residência</b>				<i>t-student</i>	0,226
Rural	229,2	64,2	261,0		
Urbano	213,1	54,7	217,5		
<b>Profissão (atividade em exercício)</b>				<i>Kruskal-Wallis</i>	0,616
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	214,7	57,3	209,0		
Trabalhadores não qualificados	223,8	57,3	229,0		
Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices	229,2	58,1	160,0		
Técnicos e profissões de nível intermédio	229,4	49,8	218,5		
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da	244,3	68,2	240,0		

pesca e da floresta				
Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores	184,4	57,0	272,0	
Pessoal administrativo	259,6	34,5	227,0	

Na Tabela 13 verificou-se que a variável dependente satisfação, correspondente à pontuação média de “satisfação total”, é operacionalizada em três categorias (baixa, moderada, elevada): 41,8% da amostra, encontrava-se na categoria elevada, 23,2% na categoria moderada e 35,3% na baixa. Verifica-se que existe uma satisfação mais elevada entre os inquiridos mais velhos (com mais de 50 anos).

**Tabela 13** – Distribuição da amostra por níveis de satisfação

	<b>Baixa</b>		<b>Moderada</b>		<b>Elevada</b>		<b>P</b>
	<b>N</b> (32)	<b>%</b> (35,2)	<b>n</b> (21)	<b>%</b> (23,2)	<b>n</b> (38)	<b>%</b> (41,8)	
<b>Sexo</b>							
Masculino	15	36,6%	8	19,5%	18	43,9%	0,733
Feminino	16	32,7%	13	26,5%	20	40,8%	
<b>Escalões etários</b>							
Até 50 anos	27	48,2%	8	14,3%	21	37,5%	<0.05
Mais de 50 anos	10	28,6%	3	8,6%	22	62,9%	
<b>Estado civil</b>							
Com companheiro	15	35,7%	9	21,4%	18	42,9%	0,941
Sem Companheiro	17	34,7%	12	24,5%	20	40,8%	
<b>Habilitações literárias</b>							
Até Ensino Secundário	20	33,9%	11	18,6%	28	47,5%	0,245
Ensino Superior	12	37,5%	10	31,2%	10	31,2%	
<b>Profissão</b>							
Não Exercício	6	40,0%	3	20,0%	6	40,0%	0,902
Exercício	26	34,2%	18	23,7%	32	42,1%	
<b>Localidade onde vive</b>							
Rural	8	29,6%	2	7,4%	17	63,0%	<0,05
Urbano	24	37,5%	19	29,7%	21	32,8%	

## 1. DISCUSSÃO

Neste momento, terminada a análise e apresentação dos resultados iremos proceder à discussão dos mesmos, ou seja, à sua reflexão crítica, seguindo essencialmente os objetivos preconizados para o estudo. De forma a explicar os resultados obtidos e comparar os mesmos com os resultados de trabalhos anteriores desenvolvidos e publicados acerca da mesma temática, dando assim resposta ao objetivo do estudo.

No sentido de compreender melhor a natureza deste estudo de investigação considerou-se pertinente proceder à definição da temática “satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem prestados”. Primeiramente é essencial compreender que a avaliação e a monitorização dos cuidados de saúde é um importante indicador para as instituições prestadoras de cuidados, não só na qualidade dos cuidados prestados, bem como na gestão dos recursos, permitindo assim criar serviços centrados na pessoa, adaptado às suas necessidades e expectativas, tornando-se assim um serviço mais humanizado. Por isso, tal como refere Ribeiro (2003, p.21) *“os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes”*. Havendo uma melhoria no desempenho dos profissionais, na gestão de recursos e na qualidade dos serviços prestados, haverá uma maior satisfação por parte dos seus utilizadores, indo de encontro ao que se pretende com o presente estudo. Assim, tal como referido anteriormente, o que se pretende neste capítulo é dar resposta aos objetivos formulados. Visto que o que vai determinar a forma como o utente usa o sistema de saúde e a maneira como beneficia dele, é a forma como se sente na interação com o profissional de saúde, assim, o enfermeiro deve saber quais as expectativas do utente e aquilo que considera mais importante, promovendo uma abordagem adequada às necessidades do mesmo. Tal como refere Ferreira (2003, p.26) *“a qualidade pode ser definida em termo de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas”*.

Chegando ao fim do presente estudo, pode afirmar-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos. Em relação ao primeiro objetivo, conhecer o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal, conclui-se que a amostra inquirida considera a sua experiência acerca dos cuidados de enfermagem satisfatória, tanto na dimensão opinião, como na dimensão experiência, existe uma opinião positiva em relação aos cuidados de enfermagem. A avaliação da satisfação total resulta da soma de todos os itens das duas subescalas, experiência e opinião, o *score* mínimo alcançado foi de 50 e o máximo de 291, sendo que o mínimo possível é de 47 e o máximo de 291, a média de satisfação é de 217. Constatou-se que os nossos resultados, vão de encontro aos descritos por Rodrigues e Dias (2003). E apesar de ligeiras diferenças obtidos relativamente ao intervalo dos *scores*, mais notórias nos *scores* mínimos obtidos e nas médias encontradas, os nossos resultados corroboram mais uma vez os resultados alcançados no estudo de Soeiro (2015). Ou seja, a amostra evidenciou uma pontuação média para a “satisfação total” ( $217,9 \pm 57,8$ ), inferior ao verificado em Soeiro (2015) com média de 257,79 ( $\pm 26,96$ ), sendo que esta autora, realizou o estudo num SU de primeiro nível (SUB). Atendendo que a pontuação máxima possível de alcançar corresponde a 291, sobressai um intervalo possível de melhoria, pois como nos referem Loureiro *et al.*, (2021, p.2), a satisfação constitui “*um importante indicador da qualidade dos cuidados prestados*”. A Direção Geral de Saúde (DGS) salienta as preocupações com as questões da qualidade na saúde, estabelecendo através do Departamento da Qualidade na Saúde, a implementação de sistemas de monitorização periódica do grau de satisfação dos utilizadores do sistema de saúde. A Portaria n.º 159/2012, de 22 de Maio, define as competências específicas do Departamento da Qualidade na Saúde, estabelecendo a necessidade de “*Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes (...), e promover a avaliação sistemática da satisfação*” (DGS, 2015, p.6), pelo que se considera fundamental envolver o cidadão nas decisões da sua própria saúde e do funcionamento do sistema de saúde. Ribeiro *et al.*, (2017) efetuaram um estudo no qual procuraram analisar a perceção dos enfermeiros quanto à concretização dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, envolvendo 36 instituições hospitalares

portuguesas, no qual constataram que a maior parte dos enfermeiros concretiza às vezes ou sempre as atividades que contribuem para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Os mesmos, constataram ainda no âmbito da satisfação do cliente que *“na atividade envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados, 11,1% dos enfermeiros responderam poucas vezes, o que denota a dificuldade de integrar as pessoas significativas no processo de cuidados”* (p.97). Para Bernardo e Lucas (2020, p.822) a satisfação *“é influenciada diretamente pela qualidade dos cuidados prestados, pelo profissionalismo, pela acessibilidade e pela qualidade técnica e eficiência, pelo valor percebido, pelo envolvimento, pela imagem e pela equidade”*. Se houver uma perspectiva orientada para a conjugação de esforços no sentido simbiótico entre a melhoria no desempenho dos profissionais, a gestão de recursos e a qualidade dos serviços prestados, haverá, como resultado, uma maior satisfação por parte dos seus utilizadores. Delimitando-se a variável dependente em três níveis, 23,2% e 41,8% dos respondentes posicionam a o seu nível de satisfação, respetivamente, nas categorias moderada e elevada, dados que corroboram os resultados do estudo de Soeiro (2015), que encontrou valores de satisfação, nas mesmas categorias, de 21,7% e 43,5%, respetivamente.

Em suma, no âmbito da análise psicométrica da escala, o *Alpha de Cronbach* de 0,98 obtido para o global da escala (satisfação total) traduz uma consistência interna muito boa, resultado ligeiramente superior ao encontrado pelas autoras da escala, que foi de 0,96 (Rodrigues & Dias, 2003). Para as dimensões experiência e opinião, obteve-se respetivamente um *Alpha de Cronbach* de 0,810 e 0,986. As autoras que validaram a escala obtiveram valores de 0,92 e 0,97 respetivamente. Soeiro (2015), utilizando a mesma escala (ESCCE), numa amostra de 92 utentes que recorreram a um serviço de urgência, a autora obteve 0,896 na dimensão experiência e 0,966 na dimensão opinião.

Pode afirmar-se que a forma mais fácil de traduzir este facto se deve à promoção de uma relação terapêutica mais eficaz, ou seja, é uma mais-valia uma relação de proximidade entre a equipa de enfermagem e os utentes. Segundo Costa (2003, p. 22) *“está na nossa mão como enfermeiros reunir todos os meios possíveis ao nosso alcance de forma a ajudamos a pessoa doente e a sua família a sentir-se, dentro do possível, mais confortável e em segurança”*. Para Dinis (2013, p.80) *“podemos inferir a*

*necessidade de aperfeiçoar as competências comunicacionais e relacionais da equipa de enfermagem, uma vez que estas são a essência da relação enfermeiro/utente/família.”* Na mesma linha de pensamento Soeira (2015, p.68) afirma que *“a prestação de cuidados de excelência centrada no utente constitui um grande desafio para todas as instituições de saúde (...), revela-se crucial, identificar pontos fortes e fracos na prestação de cuidados, analisar fatores condicionantes que afetam essa prestação de cuidados, avaliar a sua qualidade e desenvolver estratégias que possibilitem a sua melhoria”*.

Como referido anteriormente a Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) consiste em avaliar a satisfação do doente para com os Cuidados de Enfermagem recebidos. Assim, a escala utilizada traduz a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, constatando-se que, os itens que apresentam média mais elevada traduzindo um maior nível de satisfação, foram “Sentia-me à vontade com os Enfermeiros” (1) e “Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente” (17) e “Senti-me seguro quando os enfermeiros estavam a cuidar de mim” (26). Estes dados vão de encontro aos dados apresentados por estudos que utilizaram a mesma escala, tal como Soeira (2015), onde apresenta o item (1) “Senti-me à vontade com os Enfermeiros”, como sendo um dos itens de média mais elevada logo com maior satisfação. Pode afirmar-se que os itens aos quais os utentes atribuem uma maior satisfação são aquelas que se associam com o ato de cuidar em enfermagem. Como refere Oliveira (2009, p.74) *“muitas das conceptualizações do cuidar, referem as funções do enfermeiro as quais se identificam um carácter psicológico ou seja, a relação de ajuda, o saber ouvir, saber demonstrar disponibilidade, entre outros.”* Em relação aos itens que os utentes indicaram como menos satisfatórios e que assim sendo apresentam médias mais baixas foram “Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado” (6) e “Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia” (22), estes dados vão de encontro aos dados apresentados por Soeira (2015, p.60) em que enuncia itens como “Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento” (3), “Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade” (20) e “Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia” (22) como os itens menos satisfatórios. Tal como refere Costa (2003, p.22) *“faz parte da missão de Enfermagem a transmissão de grande parte da*

*informação, quer para o utente, quer para o resto da equipa multidisciplinar, quer para a família. É responsabilidade de qualquer enfermeiro seleccionar e fornecer essa informação em tempo oportuno*". Na mesma linha de pensamento Dorigan e Guirardello (2010, p.503) afirmam que *"a informação proporcionada pelos enfermeiros constitui um dos fatores-chave para a satisfação quanto ao cuidado de enfermagem recebido"*. Para uma correta prestação de cuidados, devemos perceber que a comunicação é uma competência essencial, uma vez que ela influencia os utentes em todo o seu processo de saúde-doença, influenciando assim a sua adesão ao tratamento e a sua satisfação com o mesmo. No que respeita a sub-escala "Experiência" e a sub-escala "Opinião" existe uma correlação positiva, moderadamente forte entre as dimensões "Experiência" e "Opinião" sendo que quando uma dimensão aumenta a outra segue a mesma tendência. Fazendo alusão aos itens que apresentam médias mais altas e conseqüentemente maior nível de satisfação em relação às experiências dos utentes face aos cuidados de enfermagem recebidos, ou seja, para a sub-dimensão "Satisfação" os itens com maior contribuição foram "Sentia-me à vontade com os Enfermeiros" e "Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente". Fazendo alusão aos itens que apresentam médias mais baixas e conseqüentemente menor nível de satisfação em relação às experiências dos utentes face aos cuidados de enfermagem recebidos, ou seja, para sub-dimensão "Insatisfação" os itens com maior contribuição foram "Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento" e "Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia". A respeito disto, Soeira (2015) constatou o mesmo no seu estudo, os utentes sentiam-se descontentes com a componente da comunicação, em que refere que *"os resultados do estudo expõem a importância da competência comunicacional e relacionamento interpessoal"*. Ainda em relação à sub-escala "Experiência", Soeira (2015) averiguou que a amostra inquirida considera a sua experiência satisfatória acerca dos cuidados de enfermagem.

Em relação à sub-escala "Opinião" existem itens que se destacam pela sua contribuição positiva para esta dimensão, mas sim negativa, nomeadamente os itens "A liberdade que lhe deram dentro do serviço" (16) e "A privacidade que os Enfermeiros lhe deram" (18). Estes dados não vão ao encontro aos obtidos no estudo de Soeira (2015, p.61), que quanto à sub-escala "Opinião" acerca dos cuidados de enfermagem prestados apresentam os mesmos itens como os mais satisfatórios, os itens que revelam

maior grau de satisfação e que possuem médias mais elevadas são: “A privacidade que os Enfermeiros lhe deram” (18), “O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades” (19), “A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos” (17) e “Como os Enfermeiros o trataram como pessoa” (14). Através da análise destes itens puderam constatar que os utentes têm uma opinião satisfatória relativamente à forma como foram atendidos pelos enfermeiros. Estes dados são idênticos aos obtidos no estudo de Soeira (2015), ou seja, os utentes apresentaram uma opinião satisfatória face aos cuidados de enfermagem que lhes foram prestados. Em suma, e tal como McIntyre (2002, p.11) refere *“a opinião do utente é considerada indispensável para a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, a identificação de problemas a corrigir ou de novas expectativas em relação aos cuidados e, também na reorganização dos serviços de saúde.”*

Em resposta ao segundo objetivo de investigação inicialmente apresentado, avaliar a relação entre o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de Hospital da região Norte de Portugal e as variáveis sociodemográficas, constatou-se na análise das variáveis sócio-demográficas que, a amostra estudada envolveu 100 utentes que recorreram a um SUMC de um Hospital da Região do Norte de Portugal, constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino, sendo 56 do sexo feminino (56,6%) e 43 do sexo masculino (43,4%), indo de encontro aos resultados obtidos nos censos de 2011 que mostram que a população residente em Portugal é maioritariamente do sexo feminino 52,14% e 47,8% do sexo masculino. Os resultados provisórios relativos aos Censos 2021 (INE, 2021) para a População Portuguesa, apontavam também para 52,42% de população feminina. O que corrobora os resultados de estudos anteriores, Soeira (2015, p.63) verificou que a sua amostra constituída por 92 indivíduos que recorreram ao Serviço de Urgência Básico de Moimenta da Beira, 38 são do sexo masculino (41,30%) e 54 do sexo feminino (58,69%). Para Gomes (2014, p.39) *“a maior afluência aos serviços de urgência é feita por indivíduos do sexo feminino”*. De acordo com Carret *et al.*, (2007, p.131-137), *“o típico paciente que procura abusivamente os SU será mulher, jovem e não foi referenciado por outro profissional de saúde para procurar estes serviços”*. Ainda na mesma linha de pensamento, de acordo com Pereira *et al.*, (2001,

p.580-586), “o fator sexo é de facto um fator modificador da procura inadequada destes serviços, dado que a maior parte são mulheres”.

Pelos resultados obtidos, no que concerne a idade, verifica-se que a mesma oscila entre os 19 e os 87 anos, com uma média etária de 45 anos. Os resultados revelaram que 36,4% dos sujeitos da amostra possuem uma idade entre os 18 e 35 anos, 25,3% dos 36 aos 50 anos e mais de 50 anos corresponde a 38,4% dos inquiridos. Indo de encontro aos estudos analisados, sendo que no estudo apresentado por Soeira (2015, p.64) refere que “no que respeita à idade, esta oscila entre os 18 anos e os 91 anos, com uma média de 45,32 anos. Os resultados revelaram que 83,7% dos sujeitos da amostra possuíam uma idade igual ou inferior a 65 anos”.

No que diz respeito ao estado civil grande parte dos inquiridos vive em conjugalidade (40% casados e 6% em união de facto). O que vai de encontro aos estudos analisados. No estudo apresentado por Soeira (2015, p.64) a maioria dos indivíduos inquiridos vive com companheiro, casados/união de facto. Os resultados provisórios relativos aos Censos 2021 (INE, 2021) para a População Portuguesa, estado civil apontam que 41,1% eram casados.

Analisando a localidade onde vive, mais de 70% dos inquiridos vive em ambiente urbano. O que vai de encontro aos dados nacionais, visto que em 20 anos a percentagem da população portuguesa vivendo em cidades aumentou 25% e que em 2009 uma percentagem de 60% já residia em meio urbano. Embora não se tenham detetado diferenças estatisticamente significativas é de notar uma satisfação notoriamente superior nos inquiridos que vivem em ambiente rural. Estes resultados são opostos ao esperado, visto que os indivíduos residentes em meios rurais, a priori têm menos acessos aos serviços e cuidados de saúde e portanto uma menor nível de literacia em saúde, o que poderia levar à sua insatisfação. No entanto, as razões expostas contribuem para que estes utentes sejam menos exigentes e críticos, apresentando assim maiores níveis de satisfação.

De acordo com as habilitações literárias, a amostra perfila-se com um grau de escolarização intermédia (35% tem o ensino secundário e 23% o grau de licenciado). De acordo com o estudo apresentado por Soeira (2015, p.65) observou que a maioria dos inquiridos possuía o ensino básico/secundário (80,4%). Estes dados podem ser

confirmados a nível nacional, através do INE (2014), nos Censos 2011, em que 53,02% tinha apenas completado o ensino básico. Ainda de acordo com o INE, o mesmo destaca o incremento do nível de escolarização de forma significativa nos últimos 10 anos, existindo reforço da população com ensino superior, com ensino secundário e pós-secundário. Em função das demais variáveis sociodemográficas estudadas, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa entre as habilitações literárias e a “satisfação total”. O grupo amostral menos escolarizado apresentou o valor médio de “satisfação total” mais elevado, tal como no estudo apresentado por Soeiro (2015), são os indivíduos com grau de escolaridade inferior que se apresentam mais satisfeitos. Corroborando Valente (2018), que destaca uma associação inversa entre o nível de escolaridade e a satisfação. Integrando um estudo descritivo efetuado por Buchanan *et al.*, (2015), numa amostra de 111 utentes num SU, para determinar os níveis de satisfação com os cuidados de enfermagem, referem que esta associação pode explicar-se pelo facto do elevado de escolaridade estar associado ao maior acesso à informação, a uma acrescida capacidade de julgar de forma adequada a qualidade dos cuidados, os inquiridos menos escolarizados apresentam maior satisfação. De acordo com o Plano Nacional de Saúde, a promoção da literacia em saúde junto das pessoas, comunidades e organizações assume-se como um desafio em saúde. A Literacia em saúde é também um desafio e uma preocupação presente, afigurando-se como caminho para a melhoria dos cuidados em saúde, na medida em que diferentes estudos têm comprovado um nível inadequado de literacia em saúde na população portuguesa, com consequências significantes para os resultados e para a utilização dos serviços em saúde. Em Portugal, 61% da população inquirida apresenta um nível de literacia geral em saúde problemático ou inadequado.

Em relação ao terceiro objetivo, avaliar a relação entre o nível de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal e as variáveis profissionais, afirma-se que de acordo com a CPP, a categoria que apresenta um nível de satisfação mais elevado relativamente à prestação de cuidados de enfermagem é a categoria de Pessoal Administrativo. Por outro lado, são os desempregados que apresentam um nível de satisfação mais baixo. O desemprego revela-se um tema que está presente

diariamente, muitos são os órgãos que estudam este fenómeno, que não sendo recente, é uma preocupação constante, uma vez que comporta consequências económicas e sociais de grande amplitude. Se nos situarmos no desemprego jovem verifica-se que Portugal possui uma das maiores taxas da UE. Segundo Sá (2014) em 2012, a média da EU foi de 25% de jovens desempregados. Portugal atingiu 37,7% dos jovens, sendo o terceiro país da EU com a maior taxa de desemprego. Para Guerreiro (2014, p.24) *“observa-se uma pressão constante contra a grande massa de trabalhadores existentes em quase todo o mundo. Uma ameaça com objetivo certo faz com que milhares de pessoas se sintam sobressaltadas, pois a única ferramenta de que dispõem, sua força de trabalho, pode ser dispensada a qualquer momento.”* Ainda, segundo a mesma *“o desemprego afeta, não só o desempregado propriamente dito, mas todo o seu agregado familiar e, em geral, toda uma comunidade. A investigação mostrou que existem relações muito próximas entre o desemprego e a alteração do nível de saúde mental. A evidência mostra através de vários estudos que o desemprego tem implicações nefastas na saúde mental dos indivíduos”*. Por fim, com a realização deste estudo foi possível conhecer o grau de Satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal. Assim, quando falamos no Cuidar Especializado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, devemos ter em atenção que estes tem como principais objetivos ajudar o utente atingir a sua máxima capacidade funcional dentro do possível, promover a saúde da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica ou falência orgânica, prevenir complicações para a saúde da pessoa, maximizar o bem estar, desenvolver processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde e garantir a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem especializados Tal como mencionado anteriormente é unânime que a prestação de cuidados de qualidade constitui um importante indicador para todas as instituições de saúde, sendo fundamental reconhecer as forças e fraquezas dessas mesmas instituições de forma a identificar quais os fatores que interferem com essa mesma qualidade para posteriormente estabelecer estratégias de melhoria. É consensual que deve ser dada a oportunidade aos utentes de se exprimirem relativamente aos cuidados e serviços prestados pelo sistema de saúde pois, a opinião dos mesmos afeta a sua relação com os serviços de saúde e com os profissionais. Os resultados alcançados devem traduzir-se na melhoria dos aspetos,

identificados como menos satisfatórios. Embora a bibliografia nos indique que os estudos relativos à satisfação dos utentes são considerados insuficientes para avaliar a qualidade dos serviços prestados. É portanto imprescindível a realização de mais estudos de investigação com esta temática de modo a melhorar o desempenho dos profissionais e obter ganhos em saúde.

## CONCLUSÕES DO ESTUDO

O presente estudo partiu do objetivo de conhecer a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos, e a relação entre essa satisfação e as variáveis independentes (sociodemográficas e profissionais). A análise dos resultados obtidos com a ESCCE, evidenciam para a “satisfação total”, a existência de uma pontuação média ( $217 \pm 57,8$ ) aquém do valor máximo alcançável (291). Na relação com as demais variáveis, encontrou-se uma relação estatisticamente significativa com a variável habilitações literárias.

É unânime que a monitorização da satisfação dos utentes é de grande importância, não só pelo facto de servir como um alicerce à avaliação das instituições prestadoras de cuidados de saúde, mas acima de tudo pelo facto de se poder contribuir para o planeamento e estabelecimento de estratégias que permitam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados a prestar. A atuação dos profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, deve ir de encontro às necessidades e expectativas dos utentes, proporcionando uma relação empática de excelência. Os enfermeiros devem estar consciencializados, de que para além do conhecimento técnico e científico, importam, como vem sendo comprovado, também o comportamento, a atitude e a receptividade, enquanto determinantes para a prestação de cuidados de qualidade, repercutindo-se simultaneamente na perceção da satisfação por parte de quem os recebe. A competência técnica e relacional, o relacionamento interpessoal e a competência comunicacional elevam a satisfação dos utentes com os cuidados recebidos, pelo que a formação/atualização nestes campos constituirão certamente estratégias a implementar a nível individual e institucional.

Assim, na fase final do presente estudo, e como referido anteriormente, pode afirmar-se que a qualidade de prestação nos serviços de saúde é reconhecida como uma necessidade inerente aos próprios serviços, uma vez que estes existem para servir os utentes, sendo fundamental ir de encontro às necessidades e expectativas dos mesmos. A proposta para estudar “a satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do

Norte de Portugal ”, incorpora a perspectiva que os utentes são os elementos principais dos sistemas de saúde e que as necessidades e expectativas dos mesmos têm que ser compreendidas de modo a alcançar a excelência dos cuidados prestados. Deste modo e de acordo com os resultados obtidos ao longo do presente estudo verificou-se que a atuação dos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, deve ir de encontro às necessidades, desejos e expectativas do doente, criando uma relação empática e de compreensão com os mesmos, uma vez que não é apenas o conhecimento técnico e científico que assume o papel mais importante na prestação de cuidados, mas sim o comportamento, a atitude e a receptividade por parte do enfermeiro. O que vai de encontro ao escrito por Mendes (2006, p.71) *“os cuidados de Enfermagem centram-se nas relações interpessoais, pelo que o relacionamento humano é a componente mais caracterizadora de qualquer quadro de cuidados de Enfermagem”*. Posto isto, a competência técnica e relacional, o relacionamento interpessoal e a competência comunicacional elevam o nível satisfação dos utentes com os cuidados recebidos. É com esta mudança de atitude e com esta reflexão que se tenciona, futuramente, promover a mudança no Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica de um Hospital da Região do Norte de Portugal, para desta forma, se prestar cuidados de enfermagem com qualidade e excelência. É unânime que a vigilância da satisfação dos utentes é uma mais-valia e proporciona grande importância, não só pelo facto de servir como um alicerce à avaliação das instituições prestadoras de cuidados e ganhos em saúde, mas acima de tudo pelo facto de promover uma melhoria contínua nas respetivas instituições de saúde e uma melhoria na qualidade dos cuidados prestados. É portanto imprescindível que a instituição de saúde preste cuidados de saúde de qualidade para que os utentes que a ela recorrem se sintam satisfeitos com os cuidados prestados. Uma vez que as competências relacionais e comunicacionais são a base da relação entre os enfermeiros e os utentes, torna-se necessário o aperfeiçoamento das mesmas, pois a aquisição de elevados níveis de satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem, não invalida a existência de aspetos a serem melhorados. Torna-se igualmente oportuno a implementação de estratégias e adoção de medidas que permitam uma monitorização dos serviços prestados de forma a conseguir uma avaliação da satisfação dos utentes, pois só assim se pode melhorar a qualidade dos cuidados

prestados, devendo estas ser direcionadas para os desejos e expectativas dos utentes. Para tal e de modo a permitir a adoção de medidas consideradas necessárias, é fundamental que todos os profissionais de saúde e responsáveis pelos serviços, tenham conhecimento dos resultados obtidos.

Este trabalho apresentou algumas limitações enquanto estudo de investigação de índole científico, como limitação, estes resultados remetem somente a uma amostra não representativa, num tempo e num espaço definidos, que não podem assumir-se como representativos, de outros serviços com outros níveis de referência, com outras necessidades e respetivas diferentes prestações. Assim, os resultados e suas análises não podem ser extrapolados. Todavia importa assumir que pese embora esta limitação, os resultados, não deixam de assumir uma janela humana neste contexto, com a qual se aprendeu a compreender esta realidade. Outras limitações surgem relacionadas ao reduzido número de inquiridos, interferindo na análise e conclusões a retirar, numa amostra de maiores dimensões as conclusões retiradas seriam mais desenvolvidas. Bem como o facto de os participantes terem sido incluídos no estudo por um processo de amostragem não probabilística por conveniência pode levar a alterações dos resultados. Outra limitação deve-se ao facto da aplicação do IRD também ter sido realizada por elementos integrantes da equipa de enfermagem do SUMC de um Hospital da Região do Norte de Portugal, uma vez que, segundo Ribeiro (2003), já foram identificados enviesamentos em estudos de satisfação com estas características, resultantes do receio dos utentes manifestarem opiniões negativas que possam prejudicar o seu tratamento. A opção de utilizar um questionário também apresenta inconvenientes, menos à vontade nas respostas devido à presença do entrevistador, risco de alterações exercida por quem aplica, menos tempo para responder às perguntas e instabilidade das respostas por alegada falta do anonimato. O nível de escolaridade averiguado na maioria dos inquiridos fez com que fosse necessário um acompanhamento no preenchimento do IRD de forma a esclarecer eventuais dúvidas, o que pode ter influenciado a compreensão das questões e nomeadamente as suas respostas. O facto de existir apenas um momento de avaliação da satisfação traduz-se em mais uma limitação, o tempo de aplicação de um questionário tem influência na avaliação da satisfação, um bom sistema de medição e

monitorização da satisfação do utente consiste num programa de estudos periódicos (Lopes *et al.*, 2009). Por fim, e como referido anteriormente, enquanto estudo de investigação científico, este estudo apresenta algumas barreiras. Estas surgem maioritariamente associadas ao instrumento de colheita de dados, considera-se pertinente a realização de um instrumento de recolha de dados que seja uniforme, de forma a possibilitar a sua aplicação em diferentes instituições e serviços de saúde, com a finalidade de comparar resultados. Outro aspeto importante que se tornou uma barreira para o presente estudo foi a pressão contínua sentida nos serviços desde o início do fenómeno pandémico. A pandemia de Covid 19 alterou a forma de trabalho dos serviços de saúde com um impacto profundo para os utentes e profissionais de saúde, causando constrangimentos e sentimentos de impotência tanto para os utentes como para os profissionais (SNS, 2021). Assim, como sugestões, assume-se o necessário investimento na realização de estudos neste âmbito, com amostras representativas, áreas geográficas mais alargadas e com maior número de variáveis em estudo. Ao propor futuras investigações sugeria-se a aplicação do instrumento de recolha de dados noutros hospitais bem como noutros serviços, uma vez que o mesmo avaliou a satisfação dos utentes num determinado serviço, seria pertinente analisar cada serviço individualmente, tendo em conta que cada serviço é individual e tem as suas singularidades, adaptando o instrumento de recolha de dados à realidade existente em cada um.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anes, E., & Ferreira, C. (2018). Satisfação em Enfermagem: Perspetiva do Enfermeiro Versus Perpetiva do utente. *INFAD, Revista de Psicologia*, Nº1, (23-30).
- Anjos, T. (2010). “*A satisfação dos Profissionais de saúde vs a Satisfação dos Utentes em Unidades de Cuidados Continuados*”. (Dissertação de Mestrado). Universidade da Beira Interior, (1-4).
- Barbosa, S. (2010). *Humanização dos Cuidados de Enfermagem – A Perspectiva Do Enfermeiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Fernando Pessoa, (15-17).
- Bernardo, D., & Lucas, P. (2020). Patient satisfaction with nursing care - Integrated Review. *New Trends in Qualitative Research*, 3, (822–832). Disponível em <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International Emergency Nursing*, 23, (218-224).  
Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001>
- Borges-Duarte, I. (2010). *A Fecundidade Oncológica da Noção de Cuidado*. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo. *Ex aequo* (21). Disponível em [http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874](http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874)
- Carret, M., Fassa, A. & Kawachi, I. (2007). Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. *BMC Health Services Research*,. (131-137). Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-7-131>
- Carrilho, M. (2010). *O Cuidado Como Ser e o Cuidado Como Agir*. Universidade de Évora, (107-114).  
Disponível em <https://1library.org/document/y833dewq-o-cuidado-como-ser-e-cuidado-como-agir.html>
- Chaves, C., Duarte, J., Amaral, O., Coutinho, E. & Nelas, P. (2016). Satisfação dos Utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – Amostra da Região Centro de Portugal. *INFAD Revista de Psicologia*, nº2, (339-346).
- Coelho, R. (2013). *Acidente Vascular Cerebral e o seu impacto na vida das Pessoas*

- [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Comissão Regional do Doente Crítico. (2009). *Um ano de reflexão e mudança*. ARS Norte, (24-39).
- Costa, A. (2003). *Cuidar no hospital*. Nursing, 176, (19-22).
- Coutinho, C. (2011) *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Almedina.
- Despacho nº10319/2014 do Ministério da Saúde (2014). *Diário da República: II Série, nº153*. Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>
- Dinis, S. (2013). *Satisfação dos utentes face aos Cuidados de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Direção Geral de Saúde. (2001). *Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência*. Disponível em ISBN: 972-9425-99-X.
- Direção Geral de Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. II, (172-173).
- Direção Geral da Saúde (2015). *Estudo de satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português – relatório técnico*. Ministério da Saúde.  
Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/estudo-de-satisfacao-dos-utentes-do-sistema-de-saude-portugues-2015-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde. (2015). *Estudo de satisfação dos utentes do Sistema de Saúde Português – relatório técnico*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Dorigan, G. & Guirardello, E. (2010). Satisfação do Paciente em uma Unidade de Gastroenterologia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23, (500-505).
- Duarte I. (2010). *A Fecundidade Ontológica da Noção de Cuidado. De Heidegger a Maria de Lourdes Pintasilgo*. Universidade de Évora, (115-131). Disponível em <https://scielo.pt/pdf/aeq/n21/n21a09.pdf>
- Ferreira, A., Gomes, J. & Martins, C. (2016). *Um (novo) cuidar: os acompanhantes no Serviço de Urgência*. Poster em Conferência.  
Disponível em <https://hdl.handle.net/1822/42328>
- Ferreira, C. (2014). *Satisfação dos utentes da Unidade Local de Saúde do Nordeste face aos Cuidados de Enfermagem* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de

Bragança

- Ferreira, M., Pontes, M., & Ferreira, N. (2009). Cuidar em Enfermagem – Perceção dos Utentes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, (358-366).
- Ferreira, P. (2003). “*Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados.*” Instituto do Consumidor.
- Fortin, M. (2009). *O processo de Investigação: da concepção à realização.* (2ª Ed.). Lusociência.
- Fradique, M. & Mendes, L. (2010). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Referencia - Revista de Enfermagem*, Vol.3, (45-53).  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12133>
- Frias, N. (2014). *Avaliação do grau de satisfação do doente submetido a cirurgia cardíaca: A influência dos cuidados de enfermagem.* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Girardon-Perlini, N. & Pilato, M. (2008). Entre o medo da morte e a confiança na recuperação: a experiência da família durante um atendimento de emergência. *Revista Electrónica de Enfermagem*, Vol.10, (721- 732).
- Gomes, B. (2008). *Enfermagem de Reabilitação em contributo para a Satisfação do Utente.* [Dissertação de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Gomes, M. (2014). *O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no Hospital de São João.* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico do Porto, (38-39).
- Gonçalves, R. (2017). *Perfil do enfermeiro para o exercício profissional.* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, (19-20).
- Guerreiro, M. (2014). *Adultos Jovens desempregados e Saúde Mental.* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Setúbal, (21-25).
- Haro, F., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M., Ramos, M., Carvalho, P. & Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais - Guia Prático do Estudante.* PACTOR. Lisboa, (142-143).
- INEM (2011). *Manual de Abordagem à vítima.* 1ª Ed. Lisboa: Instituto Nacional de

- Emergência Médica. (136).
- Instituto Nacional de Estatística INE (2010). *Classificação Portuguesa das Profissões. População e Sociedade*. Lisboa. ISBN: 978-989-25-0010-2
- Instituto Nacional de Estatística INE (2011). *Censos- resultados definitivos*. Edição 2012. Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística INE (2014). *Estatística de Saúde 2012*. Edição 2014. Lisboa. ISBN 978-989-25-0269-4
- Instituto Nacional de Estatística INE (2021). Destaque: *Censos 2021 – divulgação dos resultados provisórios*. Disponível em [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_des\\_taqes&DESTAQUESdest\\_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_des_taqes&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUESmodo=2)
- Johansson, P. & Fridlund, M. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of caring Sciences*, 16, (337-344).
- Lopes, J., Cardoso, M., Alves, V. & D’Innocenzo, M. (2009). Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, (136- 141).
- Lopes, S. (2013). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Eiras*. [Dissertação de Doutoramento]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Loureiro, F., Araújo, B., & Charepe, B. (2021). Validação da Escala de Satisfação do Cidadão com Cuidados de Enfermagem para pais de crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem Referência*, 5.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.
- Marque, S. (2014). *Tomada de decisão do enfermeiro triador em situação de emergência - Validação do Triage Decision Making Inventory para a população portuguesa*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de enfermagem de Coimbra, (42-45).
- McIntyre, S. (2002). *A Satisfação dos Utentes dos Serviços de Saúde na Região Norte: Avaliação e Divulgação*. Porto: Comissão de Coordenação da Região do Norte.
- Mendes, J. (2006). A Relação de Ajuda: Um Instrumento no Processo de Cuidados de Enfermagem. *Informar*, 36, (71-77).
- Mendonça, S. (2021). *Raciocínio clínico dos enfermeiros que trabalham no Serviço de*

- Urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de enfermagem de Lisboa, (30-31)
- Newsome, P., & Wright, G. (1999). A review of patient satisfaction: 1. Concepts of satisfaction. *British Dental Journal*, 4, (161-165).
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59, (7-17).  
Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/14209>
- Oliveira, D. (2009). *O Cuidar em Enfermagem: importância atribuída pelos alunos do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Fernando Pessoa, (27-78).
- Oliveira, A. (2012). *Satisfação dos utentes numa unidade de saúde do interior*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário de Lisboa, (36-37).
- Oliveira, F. (2016). *Satisfação dos utentes com a experiência hospitalar* [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Porto.  
Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/21248>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa, (13-19).  
Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Governança em Saúde: contributo da Ordem dos Enfermeiros para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde*. Nº16, (1-82).
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Nº 16, (52).
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos (2ªed)*.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Para cuidar de gente é preciso cuidar da mente*, (16-18).  
Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/centro/noticias/conteudos/para-cuidar-de-gente-%C3%A9-preciso-cuidar-da-mente/>.
- Pereira, M. & McIntyre, T. (2001). *Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: Um estudo piloto*. *Psicologia Saúde & Doenças*, 2, (69-80).
- Pereira, S., Silva, A., Quintas, M., Almeida, J., Marujo, C., Pizarro, M., Angélico, V.,

- Fonseca, L., Loureiro, E., Barroso, S., Machado, A., Soares, M., Costa, A. & Freitas, A. (2001). Appropriateness of Emergency Department visits in a Portuguese University Hospital. *Annals of Emergency Medicine*, 37, (580-586).
- Pestana, H. & Gageiro, N. (2003). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3ª ed.). Edições Sílabo
- Pestana, H. & Gageiro, N. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo.
- Pocinho, M (2012) *Metodologia de investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa.
- Pontes, B. (2008). *Competências dos Enfermeiros que exercem funções nos Serviços de Urgência da RAM*. (Pós-graduação em Urgência e Emergência Hospitalar). Universidade Atlântica, (72-73).
- Portaria n.º 159/2012 de 22 de Maio de 2012. *Diário da República, Série I – N.º 99/2012*. Ministério das Finanças e da Saúde. Lisboa, (2672 - 2674).
- Regulamento n.º 161/1996 de 4 de Setembro de 1996. *Diário da República, Série I – A N.º 205/1996*. Ministério da Saúde. Lisboa, (2959 - 2962).
- Regulamento n.º 124/2011 de 18 de Fevereiro de 2011. *Diário da República, Série II – N.º 35*. Ministério da Saúde. Lisboa, (8656 - 8657).
- Regulamento 190/2015 de 23 de Abril de 2015. *Diário da República, Série II – N.º 79/2015*. Ministério da Saúde. Lisboa, (10087-10092)
- Regulamento n.º 361/2015 sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República: II série, n.º 123*, (17240-17243).
- Disponível em <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/361-2015-67613096>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de Julho de 2018. *Diário da República, 2ª série – N.º 135/2018*. Ministério da Saúde. Lisboa, (19359 - 19370).
- Reis, E. (2017). *Cuidar da Pessoa em situação crítica: do serviço de urgência a unidade de cuidados intensivos coronários*. [Tese de Mestrado]. Escola Superior de São José de Cluny, (13-15).
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior

- de Enfermagem de S. João, Porto, (21-25).
- Ribeiro, N. (2008). *Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Atlântica.
- Ribeiro, O. (2013). *Custos e benefícios do ensino clínico em enfermagem para as instituições hospitalares*. [Tese de doutoramento]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/18294>
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2017). *Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses*. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, (89-100). <https://doi.org/10.12707/RIV16086>
- Ribeiro, P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. 2ª Ed. Placebo, Editora, (30-35).
- Rodrigues, J. & Dias, L. (2003). *Satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem: Desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da região autónoma da Madeira*. Escola Superior de Enfermagem – Universidade da Madeira.
- Sacadura, C. (2021). *Satisfação dos utentes, com e sem medico de família, de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do ACES Oeste Norte*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Santarém, (40-49).
- Santos, O., Biscaia, A., Antunes, A., Craveiro, I., Júnior, A., Caldeira, R. & Charondiére, P. (2007). *Os Centros de Saúde em Portugal - Missão para os Cuidados de Saúde Primários*. (1ª Ed.). Lisboa, (10-12).
- Sá, V. (2014). *O Desemprego Jovem em Portugal*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, (22-24).
- Silva, E. (2013). *Ganhos em satisfação face aos cuidados de enfermagem de reabilitação – Utentes dependentes*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de enfermagem do Porto, (31-33).
- Silva, A. (2019). *A satisfação dos cuidados Biopsicossociais dos utentes do Instituto de Oftalmologia Dr. Gama Pinto*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto universitário de Lisboa, (5-6).
- Disponível em <http://hdl.handle.net/10071/19475>
- Simões, J. (2020). *Satisfação dos Utentes num Serviço de Imagiologia* [Dissertação de

Mestrado em Gestão e Economia da Saúde]. Universidade de Coimbra.

<http://hdl.handle.net/10316/94767>

Sistema Nacional de Saúde. (2021). *Relatório: Avaliação da Satisfação dos Parceiros Institucionais à resposta da USPFG na monitorização da Pandemia de COVID-19*.

Unidade de Saúde Pública Francisco George. ACES. Lisboa norte, (11-12).

Soeiro, M. (2015). *Satisfação dos Utentes face aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Básico*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/2869>

Souza, A, & Cossentini, L. (2017). A melhoria da assistência ao cliente por meio da gestão da qualidade em saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, Vol, 18, (95-97).

Disponível em:

[https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170401\\_165801.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20170401_165801.pdf).

Thomas, L., McColl, E., Priest, J., Bond, S., & Boys, R. (1996). Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*, 5, (67–72).

Disponível em <https://doi.org/10.1136/qshc.5.2.67>

Tomaz, A. (2018). *Olhares dos Enfermeiros sobre a qualidade assistencial num centro materno infantil*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, (21-25).

Umbelino, T. (2016). *Os Determinantes que influenciam a satisfação do utente num Serviço de Radiologia privado*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Algarve, (5-8).

Valente, D. (2018). *Satisfação do utente face aos cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência – Revisão sistemática da Literatura*. [Dissertação de mestrado]. Escola Superior de Saúde de Viseu.

Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/5127>

Vaz, C. (2008). *Satisfação dos utentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Aberta.

Vilelas, J. (2009). *Investigação - O processo de Construção do conhecimento*. (1ªEd.). Edições Sílabo.

Vilelas, J. (2020). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.ª ed.).

Edições Sílabo.

- Ware, J. & Veit, C. (1983). *The structure of psychological distress and well-being in general populations*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, (730-742).
- Yellen, E., Davis, G. & Ricard, R. (2002). *The Measurement of Patient Satisfaction*. *Journal of Nursing Care Quality*. Nº16, (23-29).
- Yuri, E. & Tronchin, D. (2010). Qualidade assistencial na divisão de enfermagem Materno-Infantil de um hospital universitário na ótica de enfermeiros. *Revista Escola Enfermagem*, Vol.44, (331-338).

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Parecer da Comissão de Ética da ULSNE

IdeN.º20/2021

Parecer da Comissão de Ética

Identificação do estudo:

*Parecer da Comissão de Ética  
Apresentado*

Satisfação dos Utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem no serviço de Urgência de  
bragança da ULSNE

Dr. Carlos Alberto Vaz  
Presidente do  
Conselho de Administração

Parecer da Comissão de Ética:

Em Reunião de 19-05-2021, a CE, deliberou dar **parecer favorável** ao presente estudo, por estarem  
reunidos os requisitos formais e legais exigidos.

Fundamentos do Parecer:

O trabalho tem interesse científico para a ULSNE.

*Car. Alberto Vaz*  
2021-05-21

Despacho do P.C.A.:

## **ANEXO II**

Instrumento de Recolha de Dados

## **Mestrado em Enfermagem Médico- Cirúrgica**

Satisfação dos Utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência de Bragança da ULSNE

Caro Utente:

Eu, Tânia Martins Pais, aluna de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança a realizar o projeto de investigação, que tem como temática: **“Satisfação dos Utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem no Serviço de Urgência de Bragança da ULSNE”**

Este estudo de Investigação tem por objetivo identificar o nível de satisfação dos utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem. Venho assim, por este meio solicitar a sua colaboração e participação.

As questões apresentadas deverão ser respondidas por si com sinceridade e de acordo com a sua opinião.

Será garantida a confidencialidade dos dados, não sendo necessário escrever o seu nome no questionário.

Desde já o meu muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade.

Tânia Pais

## CARACTERIZAÇÃO SÓCIO DEMOGRÁFICA E LABORAL

### 1 – Sexo:

Masculino   
Feminino

### 2 – Idade: \_\_\_\_\_ anos

### 3 – Estado Civil:

Solteiro (a)  Casado (a)  
 Divorciado (a)  Viúvo (a)  
 União de facto

### 4 – Habilitações académicas:

Não sabe ler nem escrever  
 1º Ciclo  
 2º Ciclo (5º e 6º Ano) Qual? \_\_\_\_\_  
 3º Ciclo (7º, 8º e 9º Ano) Qual? \_\_\_\_\_  
 Secundário (10º, 11º e 12º Ano) Qual? \_\_\_\_\_  
 Bacharelato Qual? \_\_\_\_\_  
 Licenciatura Qual? \_\_\_\_\_  
 Pós -Graduação Qual? \_\_\_\_\_  
 Mestrado/ Doutoramento Qual? \_\_\_\_\_

### 5 – Profissão: \_\_\_\_\_

### 6 – Localidade onde vive:

Rural  
 Urbano

## ESCALA DE SATISFAÇÃO DOS CIDADÃOS FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

### AS SUAS EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (ESCCE)

Rodrigues, Maria João B. e Dias, Maria Lúcia S.

As questões são sobre as suas experiências com os cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência de Bragança da ULSNE. As mesmas consistem numa afirmação seguida de sete respostas possíveis. Para responder às questões, faça uma cruz na resposta que melhor descreve a sua experiência.

Por favor faça **uma cruz (x)** na resposta de **cada** questão

	Discordo Completamente	Discordo muito	Discordo um pouco	Nem Discordo nem Concordo	Concordo um pouco	Concordo muito	Concordo plenamente
1. Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.							
2. Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.							
3. Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.							
4. Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.							
5. Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.							
6. Os enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.							
7. Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.							
8. Eu via os Enfermeiros como amigos.							
9. Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.							
10. Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.							

11. Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.							
12. Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.							
13. Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se do que o utente tinha pedido.							
14. Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitavam.							
15. Médicos e enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.							
16. Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.							
17. Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.							
18. Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.							
19. Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.							
20. Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.							
21. Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.							
22. Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.							
23. Os Enfermeiros faziam-me coisas que me faziam sentir mais confortável.							
24. Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.							
25. Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.							
26. Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.							
27. Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.							
28. Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.							

## AS SUAS OPINIÕES SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

de Thomas , L.; Bond, S. ; McColl, E. e Milme, E. (1996)

As seguintes questões são acerca da sua opinião em relação aos Cuidados de Enfermagem que recebeu nos Serviço de Urgência de Bragança da ULSNE.

Para cada questão peço que faça uma cruz na no quadrado que melhor descreve a sua opinião.

	Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente satisfeito
1. O Tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.					
2. Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.					
3. Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.					
4. O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.					
5. A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.					
6. A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivessem em sua casa.					
7. A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.					
8. A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.					
9. A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.					
10. A maneira como os Enfermeiros lhe explicavam as coisas.					
11. A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.					
12. A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.					
13. O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.					
14. Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.					

15. Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.					
16. A liberdade que lhe deram dentro do serviço.					
17. A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.					
18. A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.					
19. O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.					


Tradução e adaptação de Rodrigues, Maria João B. e Dias, Maria Lúcia S. (2006)

Obrigado pela sua colaboração!

### **ANEXO III**

Comprovativo de submissão e artigo de investigação

## Satisfação dos Utentes relativamente aos Cuidados de Enfermagem num Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica

Detalhes do artigo	Autores	Ficheiros	<b>Estado da submissão do artigo</b>	Processo de revisão		
<b>Estado atual</b>						
Ficheiro do artigo	<input checked="" type="checkbox"/>					
Ficheiro Termo Único	<input checked="" type="checkbox"/>					
Checklist geral	<input checked="" type="checkbox"/>					
Checklist - Artigo de Investigação	<input checked="" type="checkbox"/>					
Fase de revisão	Submetido					
<b>Pagamento</b>						
Submissão de artigo científico Estado: <b>Isento</b>						

## **ANEXO IV**

Relatório Final de Estágio

## Relatório Final de Estágio

### **Análise e Reflexão Crítica do Desenvolvimento de Competências**

Tânia Martins Pais

Relatório De Estágio do Curso Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

**Orientador** - Professora Doutora Matilde Delmina da Silva Martins

**Categoria** - Professora Coordenadora

**Afiliação** - Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança

Março de 2020

*“ A melhor maneira de nos prepararmos para o futuro é concentrar toda a imaginação e entusiasmo na execução perfeita do trabalho de hoje.”*

Dale Carnegie

## **RESUMO**

O presente Relatório de Estágio reporta-se à descrição dos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. O estágio foi dividido em três partes que caracterizo como Estágio I, Estágio II e Estágio III relativos ao estágio no Serviço de Urgência, estágio opcional, Bloco Operatório e estágio no Serviço de Medicina Intensiva.

Cada um destes estágios teve como objetivo desenvolver as competências do profissional de Enfermagem enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no cuidado ao doente crítico.

Pretendi adquirir e consolidar competências que me permitiram essencialmente desenvolver competências técnico-científicas e relacionais como Enfermeira Especialista no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem ao doente e família a vivenciar uma situação de doença crítica e/ou fim de vida, no contexto de Urgência/Emergência; incrementar metodologias de trabalho eficazes na assistência ao doente e família, que me permitam reagir e intervir em situações inesperadas e complexas e desenvolver conhecimentos aprofundados sobre técnicas, principalmente de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

## **ABREVIATURAS E/OU SIGLA**

<b>AESOP</b>	–	Associação dos enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
<b>BO</b>	–	Bloco Operatório
<b>CHTMAD</b>	–	Centro Hospitalar de Trás os montes e Alto Douro
<b>EEEMC</b>	–	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica
<b>EORNA</b>	–	European Operating Room Nurses Association
<b>EPI</b>	–	Equipamento de Proteção Individual
<b>IACS</b>	–	Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
<b>OE</b>	–	Ordem dos Enfermeiros
<b>PEUS</b>	–	Plano de Emergência nas Unidades de Saúde
<b>PPCIRA</b>	–	Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
<b>SI</b>	–	Serviço de Imagiologia
<b>SO</b>	–	Sala de Observações
<b>SU</b>	–	Serviço de Urgência
<b>SUB</b>	–	Serviço de Urgência básica
<b>SUMC</b>	–	Serviço de Urgência Médico cirúrgica
<b>SUP</b>	–	Serviço de Urgência Polivalente
<b>UCIP</b>	–	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente
<b>ULSNE</b>	–	Unidade Local de Saúde do Nordeste
<b>VMER</b>	–	Viatura Médica de Emergência e Reanimação
<b>VV</b>	–	ViaVerde

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO .....	8
2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	19
3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO .....	29
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>31</b>

## INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio reporta-se à descrição dos estágios realizados no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Bragança. O estágio foi dividido em três partes que caracterizo como Estágio I, Estágio II e Estágio III. O primeiro estágio, considerado em local de passagem obrigatória, foi realizado no Serviço de Urgência da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, este estágio, a par dos demais teve a duração de 168h e foi realizado no período de 16 de Setembro de 2019 a 31 de Outubro de 2019. O segundo campo de estágio, que é considerado o estágio opcional foi realizado no Bloco Operatório, da Unidade Local de Saúde do Nordeste – Unidade Hospitalar de Bragança. Este estágio foi realizado no período compreendido entre 4 de Novembro de 2019 e 20 de Dezembro de 2019. O terceiro e último estágio, sendo também um estágio de cariz obrigatório, foi realizado na Unidade de Cuidados Intensivos da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, no período de 6 de Janeiro de 21 de Fevereiro de 2020.

Cada um destes estágios teve como objetivo desenvolver as competências do profissional de Enfermagem enquanto Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no cuidado ao doente crítico.

Com as exigências da atualidade, o conhecimento deve estar em constante evolução, pelo que senti a necessidade de atualizar os meus conhecimentos científicos, de desenvolver o meu espírito crítico e conhecer novas realidades, pois, nos dias de hoje, exige-se que os profissionais de saúde invistam no conhecimento, se aperfeiçoem e conheçam as inovações científicas e tecnológicas existentes para dar resposta aos problemas de saúde atuais.

Para Gonçalves (2004, p.16-17) -uma razão para pensar criticamente é tornar-se consciente e refletir sobre o nosso papel e identidade no mundo, em relação a coisas, acontecimentos e pessoas (...) o pensamento crítico ajuda a focar e aguçar a consciencial.

Falar de Enfermagem é, conforme descreve a Ordem dos Enfermeiros (2001),

falar essencialmente de cuidar, cuidar de pessoas, aquelas que necessitam de ajuda para satisfazer as suas necessidades humanas básicas, pessoas que vivem uma situação de alteração do binómio saúde/doença. Esta complexidade e diversidade das respostas humanas a processos de transição saúde/doença torna necessária a aquisição de competências e conhecimentos cada vez mais aprofundados e cimentados por parte dos Enfermeiros.

Desde o início da profissão que a componente prática se constitui como parte integrante da formação do Enfermeiro generalista, sendo que, atualmente, se considera, também, como parte fundamental da formação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), aconselhando-se uma relação teórico-prática que permita, num contexto de prestação de cuidados, a consolidação de saberes e o desenvolvimento de competências. Espera-se por isso que, atualmente, o Enfermeiro Especialista seja um profissional reflexivo, com conhecimentos profundos e capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional no contexto adequado (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Durante o estágio que realizei nos três diferentes serviços, tentei desenvolver o máximo de competências inerentes à prestação de cuidados de Enfermagem especializados. Assumi uma postura humilde e empreendedora, que me permitiu assimilar o máximo de conhecimento possível em cada contexto/situação. Cada serviço é um serviço, com funcionamento completamente distinto, com particularidades igualmente distintas e, sobretudo, com utentes a viver diferentes processos de saúde/doença. A prática de Enfermagem, ou melhor, a prática de Enfermagem especializada é, deste modo, adaptada, de tal forma que o resultado seja o mais produtivo possível, e que daí resulte benefício para o doente.

Passo, agora, a isolar cada um dos campos de estágio, focando a minha reflexão em cada um deles.

## 1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Por forma a maximizar a aquisição de competências, defini objetivos gerais ao ensino clínico e objetivos específicos para cada campo de estágio realizado.

### **Objetivos Gerais:**

- Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da formação inicial e da experiência profissional;
- Identificar competências específicas inerentes ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa crítica.

### **Estágio I - Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico, Unidade Hospitalar de Bragança**

Segundo Pignatelli (2001, p.9) *“Os Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica são o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. São unidades diferenciadas que devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital”*.

Segundo o despacho nº 10319/2014, publicado no Diário da República, 2.ª série — N.º 153 — 11 de agosto de 2014, o SUMC é visto como o segundo nível de acolhimento das situações de urgência, devendo funcionar em rede, proporcionando apoio diferenciado à rede de Serviços de Urgência Básicos e referenciando para Serviços de Urgência Polivalente aquelas situações que necessitem de cuidados mais diferenciados ou apoio de especialidades não existentes no SUMC.

O Serviço de Urgência destina-se à prestação de cuidados de saúde a todos os indivíduos que se encontram em situações de urgência/emergência, sendo considerada uma porta principal de entrada no Sistema Nacional de Saúde.

O primeiro campo de estágio foi realizado no Serviço de Urgência da ULSNE – Unidade Hospitalar de Bragança, no período de 16 de Setembro a 31 de Outubro de 2019, com a duração de 168 horas, sob a tutela da Enf<sup>a</sup> Diana Ferreira, Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica e orientado pelo Professor Norberto Silva.

O SUMC da ULSNE, localiza-se no rés-do-chão do edifício principal da Unidade Hospitalar de Bragança. A estrutura física inclui área de admissão, sala de triagem, salas de espera, área de atendimento pediátrico, SO pediátrico, gabinetes de avaliação médica, área de emergência/utentes críticos com condições para suporte avançado de vida (sala laranja e sala de emergência), área para tratamento de utentes adultos e gabinete de registos de Enfermagem, área de macas, área de orto traumatologia, área de pequena cirurgia e SO com 8 camas com monitorização contínua, usadas, em muitas ocasiões, com utentes de cuidados intermédios.

De referir as três vias verdes que existem em funcionamento, sendo elas: Via Verde de Sépsis, Via Verde de Acidente Vascular Cerebral e Via Verde de Trauma. Cada uma delas obedecendo a critérios próprios de ativação.

Segundo o despacho n.º 10319/2014, da Direção Geral de Saúde, nas VV, cada nível de SU desempenha um papel específico na cadeia de resposta, reforçando a colaboração entre os vários níveis e o processo de encaminhamento através de VV deve ser iniciado no local do evento ou da apresentação dos sintomas. Aquando uns acontecimentos destes, os serviços devem estar munidos de capacidade na execução de técnicas e de tecnologia que permita uma atuação adequada a tal.

Neste estágio, deparei-me várias vezes com situações consideradas VV e colaborei com a equipa na atuação perante tal, tendo sempre em conta a prática baseada na evidência.

Destaco também a VMER, em gestão integrada com o Instituto Nacional de Emergência Médica, de que o SUMC dispõe e cuja equipa, constituída por um Médico e um Enfermeiro, participa na prestação de cuidados ao doente emergente/crítico que se encontre no SUMC, no qual tive oportunidade de realizar dois turnos, bem como na SIV de Mogadouro.

Tido como estágio obrigatório para aquisição de competências relativas a especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica/Pessoa em situação crítica, a escolha dos objetivos foi muito voltada, precisamente, para a pessoa em situação crítica. Pretende-se com o primeiro objetivo demonstrar comportamento ético, suportando a prática em princípios, valores e normas deontológicas.

O doente tem direito à privacidade, confidencialidade, e os profissionais de saúde o dever de garantir o sigilo profissional. Durante este estágio orientei a minha prática demonstrando um exercício seguro, profissional e ético, utilizando este saber na tomada de decisão ética ou deontológica. As estratégias de resolução de um problema devem sempre, ser desenvolvidas em parceria com o doente, e sempre que se faz um juízo, este deve ser baseado no conhecimento e na experiência. A tomada de decisão deve ser feita em equipa, sendo esta, resultado de um leque de opções que têm que ser ouvidas, analisadas e respeitadas. É errado pensar que somos os senhores do conhecimento, a postura a adotar deve ser recetiva à crítica e a diferentes visões.

Os objetivos que defini para este estágio foram os seguintes:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica e/ou falência orgânica;
- Desenvolver uma prática profissional e ética de acordo com as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica;
- Contribuir para a prevenção do risco promovendo assim a segurança nos cuidados ao doente crítico internado no SU.

Os cuidados de Enfermagem à pessoa em situação crítica –são obrigatoriamente cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou várias funções vitais em risco imediato, permitindo assim manter as funções vitais, prevenindo complicações, limitando incapacidades futuras, potenciando uma recuperação máxima da pessoa. Estes cuidados exigem uma observação contínua da pessoa, de forma a detetar precocemente complicações, intervindo de forma precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, p.3).

O mesmo organismo refere que o cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde/doença deve ser o foco de intervenção do Enfermeiro. Contudo, à pessoa que vivência processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, tem que ser prestada uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, de forma a maximizar os resultados e a recuperação total da mesma. O Enfermeiro Especialista em pessoa em situação crítica é possuidor de competências específicas para lidar com situações emergentes, considerando todos os aspetos inerentes à pessoa, cuidando de uma forma holística, incluindo a própria pessoa e a família, família essa a vivenciar alterações no seu quotidiano e também da sua própria saúde.

O trabalho desempenhado neste serviço é caracterizado pela imprevisibilidade das situações e ações, sendo a afluência dos utentes uma constante. Após uma observação criteriosa de todos os setores da urgência, prática de cuidados diretos e consulta das normas e protocolos de atuação, registei num caderno todas as minhas dúvidas e identifiquei diversas situações considerados problemas que, como enfermeira especialista, mereceram atenção.

No desenrolar deste estágio tive oportunidade de contactar com situações de doença crítica e falência orgânica. Em todas elas, senti-me com capacidade de dar resposta apropriada à situação.

## **Estágio II - Bloco Operatório, Unidade Hospitalar de Bragança**

O bloco operatório é segundo a AESOP (2006) *"Uma unidade orgânica e funcional, que reúne todos os meios técnicos, humanos e materiais vocacionados para a prestação de cuidados anestésicos e cirúrgicos especializados, a utentes totalmente ou parcialmente dependentes com o intuito de salvar, tratar e melhorar sua qualidade de vida."*

O segundo campo de estágio foi realizado no BO, da ULSNE - Unidade Hospitalar de Bragança no período de 4 de Novembro a 20 de Dezembro de 2019, sob a tutela da Enf.<sup>a</sup> Ana Rita Veloso, Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica, a exercer funções de enfermeira anestesista, orientado pelo Professor Carlos Magalhães, perfazendo um total de 168 horas. A escolha deste ensino clínico opcional, foi influenciado pela curiosidade sobre o funcionamento de um BO, pela possibilidade de prestar cuidados na área da anestesiologia e pela necessidade de adquirir mais conhecimentos, competências e experiência na abordagem da via aérea, monitorização e vigilância do utentesedado/anestesiado.

O BO presta cuidados diferenciados muito específicos e de utilização transversal às diversas especialidades cirúrgicas, tal como: Cirurgia, Ortopedia, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia, Nefrologia e Otorrinolaringologia. Este funciona com três tipos de cirurgias, as cirurgias programadas (Cirurgia, Urologia e Ginecologia), as cirurgias de urgência (Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia de forma regular e Nefrologia, Otorrinolaringologia e Urologia esporadicamente) e cirurgia de ambulatório (Urologia).

A equipa de enfermagem é constituída por 18 elementos vocacionados para as áreas da anestesia, instrumentação e circulação e cuidados pós anestésicos. Segundo a EORNA (2012) o enfermeiro peri-operatório é o profissional detentor de conhecimentos ao nível dos cuidados de enfermagem peri-operatórios e que presta cuidados de enfermagem durante as fases pré, intra e pós-operatório.

Cada enfermeiro, dentro da sua área (anestesia, circulação e instrumentação) tem competências e funções associadas. É da competência do enfermeiro anestesista conhecer e compreender as várias técnicas anestésicas, os agentes farmacológicos e a interação farmacológica dos mesmos, conhecer o funcionamento dos equipamentos necessários ao procedimento anestésico, manter uma vigilância intensiva, despistar sinais e sintomas de possíveis complicações e ter aptidão para agir em situações de urgência e emergência. O enfermeiro circulante tem como competência a atribuição específica de responsabilidade relativa à segurança do doente e equipa cirúrgica, segurança do ambiente, controlo de infeção e gestão de risco, desenvolver procedimentos de acordo com o seu pensamento crítico e reflexivo constante, ser o líder da equipa coordenando as atividades de enfermagem e garantindo a qualidade de cuidados durante o período peri-operatório. E por último, fazem parte da competência do enfermeiro instrumentista compreender e valorizar a sua área de trabalho (instrumentação) tanto como prática específica e isolada como em complementaridade com a circulação e com a anestesia, e prever, organizar e controlar a instrumentação para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança.

As funções do enfermeiro de anestesia, dentro das suas competências, são verificar o plano operatório (confirmando a identidade do doente, tipo de cirurgia, tipo de técnica anestésica), preparar o material necessário ao ato anestésico (verificando e testando o equipamento utilizado como monitor, ventilador, aspirador e material terapêutico a utilizar na cirurgia), validar aquando a receção do doente, juntamente com o enfermeiro do internamento a preparação pré operatória (confirmando a *check list* utilizada por ambos os serviços e verificando a assinatura do consentimento informado). É também função do enfermeiro de anestesia, a instalação do doente na sala, apresentando o doente à restante equipa e proporcionando um ambiente confortável e calmo de maneira a acalmar o mesmo, bem como solicitar a sua colaboração para um correto posicionamento. Colaborar com o anestesista na indução anestésica, de maneira eficaz e eficiente, assegurar os parâmetros e conexão do doente ao ventilador, manter a observação e vigilância intensiva do doente através da monitorização de sinais vitais, permeabilidade de cateteres venosos periféricos, fluidoterapia, reações cutâneas e posição do doente, atuar em conformidade com situações de emergência com a avaliação contínua do estado

do doente, interpretando os sinais que possam vir a constituir uma situação de emergência, administrando a terapêutica e respeitando a manipulação dos fármacos e comunicando a eficácia dos mesmos. O enfermeiro de anestesia também colabora no despertar no doente e na sua transferência para a sala de cuidados pós anestésicos, transmitindo assim ao colega que se encontra na sala todas as informações pertinentes para a continuidade de cuidados.

Neste estágio, tive oportunidade de participar ativamente em todas as tarefas que competem ao enfermeiro anestesista. Ao longo do estágio senti a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre farmacologia e sobre a sua farmacocinética e farmacodinâmica. Sinto que para mim este estágio foi uma grande mais valia, uma vez que exerço funções no serviço de Urologia, sendo que pude assistir e fiz questão de assistir às cirurgias programadas e de ambulatório do mesmo, tendo sido possível realizar a continuidade de cuidados.

Para este estágio formalizei os seguintes objetivos:

- Perceber as competências específicas de cada enfermeiro e a dinâmica da prestação de cuidados de um Bloco Operatório;
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente;
- Refletir sobre as competências gerais do enfermeiro e as competências específicas dos enfermeiros a exercer funções no Bloco Operatório nas diferentes áreas de atuação.

A atitude a ter num BO requer que haja não só consciência Cirúrgica, mas também motivação, espírito de equipa, rigor profissional, auto-domínio, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress (AESOP, 2006). Foi atrás deste ideal que procurei direccionar o estágio realizado, sendo que a minha maior dificuldade se deveu ao facto de ter de me adaptar, em pouco tempo, à forma particular de trabalho de cada médico anestesista.

### **Estágio III - Serviço de Medicina Intensiva, Unidade Hospitalar de Bragança**

Segundo a Direção Geral de Saúde (2003) podemos definir as Unidades de Cuidados Intensivos enquanto locais qualificados para a prestação de cuidados integrais aos utentes graves, com falências múltiplas de órgãos, adquirindo um carácter de suporte e de prevenção com o intuito de reverter as falências e complicações decorrentes sendo, assim, considerado um local de passagem para utentes críticos, ou seja, um momento transitório.

O internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos define-se como —um tempo transitório para alguns dos utentes em risco de vida, pelo que é parte de um processo e não um fim em si (Ministério da Saúde, 2003). Desta forma, os cuidados intensivos detêm por si só uma grande complexidade, tanto a nível de meios técnicos como humanos, que, para ser possível dar resposta, exigem uma equipa multidisciplinar especializada na prestação de cuidados ao doente crítico.

Para Aleixo (2007, p.3) a Unidade de Cuidados Intensivos é um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar um tratamento eficaz a utentes com uma ou mais funções vitais em risco imediato e que não é possível efetuar-lo noutros serviços do Hospital.

O ensino clínico no SMI da ULSNE- Bragança, foi o meu último campo de estágio, que decorreu no período de 6 de Janeiro a 21 de Fevereiro de 2020, sob tutela da Enfermeira Maria Afonso - Enf<sup>a</sup> Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com duração de 168 horas.

O Serviço de Medicina Intensiva é um serviço único e diferenciado dos demais serviços, na medida em que engloba, além da prestação de cuidados especializados a utentes críticos, toda uma panóplia de tecnologia e técnicas que permitem uma melhor capacitação nos cuidados ao doente que deles necessite.

Para este estágio formalizei os seguintes objetivos:

- Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica ou

falência orgânica, que se encontrem submetido a ventilação mecânica;

- Perceber a dinâmica da prestação de cuidados de uma unidade de cuidados intensivos;
- Contribuir para a manutenção da segurança do doente no que diz respeito à prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde.

O doente crítico é, segundo a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), aquele que apresenta falência de um ou mais órgãos/sistemas necessitando de meios avançados de monitorização e terapêutica para a sua sobrevivência (p.9). Assim sendo uma unidade de cuidados intensivos é um serviço dotado de uma organização estrutural e funcional de qualidade excelente.

Para um melhor desempenho é imprescindível deter conhecimentos relativos à estrutura física, possuir um domínio da dinâmica e funcionamento do SMI, portanto, o SMI é constituído por 10 unidades do doente, das quais 1 é vocacionada para utentes com necessidade de isolamento e outra para utentes de cuidados intermédios. Cada uma destas unidades está equipada com cama articulada, mesa de trabalho, mesa de apoio, monitor, ventilador, rampas de oxigénio, ar e de sistema vácuo, contentores individualizados de lixo e bancada de trabalho para a realização de registos e onde se guarda o processo clínico do doente. As unidades do doente recebem tanto utentes de cuidados intensivos como utentes de cuidados intermédios, mediante a necessidade.

Este é um serviço com uma dinâmica diferente dos restantes, como tal a equipa que trabalha neste serviço detém um conjunto de competências específicas para o cuidar destes utentes. Essas competências são as denominadas como competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na vertente do cuidado ao doente crítico. Neste serviço, todos os dias são efetuados procedimentos que permitem ao doente uma melhoria em função do seu diagnóstico como a colocação de cateteres venosos centrais, linhas arteriais e entubações orotraqueais. Todos estes procedimentos possuem protocolos exaustivamente detalhados e elaborados de modo a que sejam respeitadas as normas da comissão de controlo de infeção. É da competência do enfermeiro que trabalha nesta unidade a colocação de técnicas dialíticas de substituição.

Durante o estágio, e à semelhança daquilo que faço diariamente durante o desempenho da minha atividade profissional, percebi que tudo tem que ser antecipado e preparado para a receção do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os profissionais sabem, exatamente, o que têm que fazer. Desde o contacto prévio para receção de um doente, à preparação da unidade, com a realização do teste do ventilador, dos monitores, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário imediatamente. Tive oportunidade de preparar a unidade para o doente, com a realização de todas as intervenções protocoladas acima descritas, colmatando na admissão propriamente dita do doente, a sua estabilização, e registos. O Enfermeiro Especialista é parte integrante na elaboração destes procedimentos bem como na sua aplicação.

O doente crítico, devido à sua instabilidade precisa de cuidados imediatos e de uma vigilância rigorosa e apertada. Durante o estágio, percebi de que forma a existência de protocolos e de normas potenciam a uniformidade no cuidar, a distribuição de papéis, a verificação de todo o material necessário para determinada situação, promovendo, assim, uma maior organização do serviço, dos cuidados, minimizando o erro, e contribuindo, deste modo para a qualidade.

Ao longo da minha atividade profissional, não tive oportunidade de prestar cuidados ao doente em situação crítica, por isso, neste estágio senti necessidade de me direccionar para uma prática concentrada no saber fazer, com necessidade de aprofundar conhecimentos sobre procedimentos e técnicas que vão desde a preparação da terapêutica mais utilizada, bem como equipamento técnico desde ventiladores, monitores até equipamentos de substituição da função renal.

No que diz respeito à preparação e administração de terapêutica, como já referi anteriormente, tive necessidade de aprofundar conhecimentos. Não tinha qualquer tipo de experiência na utilização de aminas e suas dosagens, bem como conhecimento suficientes sobre a sua farmacocinética e farmacodinâmica. O mesmo aconteceu com os curarizantes e sua ação. Também a nível da nutrição entérica e parentérica, tive necessidade de relembrar conhecimentos e técnicas.

Neste serviço, tive oportunidade de conhecer de forma objetiva uma técnica considerada bastante eficaz, e com mérito reconhecido em estudos científicos, a Prone Position. Esta técnica é segundo Paiva e Beppu (2005) uma manobra que é utilizada para combater a hipoxemia em utentes com síndrome de desconforto respiratório agudo, de maneira a melhorar a oxigenação. É de referir, que a maioria dos utentes com baixa capacidade ventilatória e que não tenham contraindicações para tal, são colocados em prone position, com melhorias rápidas da sua capacidade respiratória.

Devido à instabilidade hemodinâmica, muitos dos utentes internados nesta unidade necessitam de fazer substituição da função renal. Neste serviço, a equipa de enfermagem está devidamente orientada e preparada para executar este tipo de técnicas. Tive oportunidade de participar no procedimento de uma técnica de substituição da função renal, a Hemofiltração, que permite a remoção equilibrada de solutos e a modificação do volume e composição do líquido extracelular.

A patologia com que me deparei mais frequentemente no SMI relacionava-se com choques sépticos com disfunção multiorgânica com ponto de partida respiratório e urinário.

Pude também observar a realização de testes para diagnóstico de morte cerebral, efetuada pelo médico intensivista e pela neurologista. A Morte cerebral é definida como a *-cessação irreversível das funções de todas as estruturas neurológicas intracranianas*”, muito embora as funções cardíaca e pulmonar possam estar mantidas artificialmente. (Almeida, 1998)

No que diz respeito aos registos de Enfermagem, existe uma folha protocolada, onde são realizados todos os registos de vigilância intensiva, não sendo realizados registos informáticos, todos os registos em papel são partilhados pelo enfermeiro e médico. Tive oportunidade de realizar o registo de parâmetros vitais, parâmetros ventilatórios e diurese horária e utilizei Escalas de Avaliação como: a Escala Ramsay (para avaliar o nível de sedação) e a Escala de Glasgow (para avaliar o nível de consciência).

Um dos temas de maior importância em todos os serviços e campos de estágio é a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. Quando falamos de Infeções

Associadas aos Cuidados de Saúde, significa, segundo a DGS (2008, p.5), -infecções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados.

Uma Infecção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é, segundo a DGS (2010, p.7), -uma condição sistémica ou localizada resultante de uma reação adversa à presença de um agente infeccioso ou das suas toxinas; é adquirida no contexto da prestação de cuidados de saúde e decorrente destes cuidados.

É de extrema importância, a prevenção das IACS, pelos serviços que constituem um a unidade hospitalar, através de práticas corretas que vão desde a lavagem e desinfeção das mãos à separação e manuseamento correto dos resíduos. É da competência do enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica, a promoção de práticas corretas na prevenção do controlo de infeção. Neste estágio, em todos os momentos, a principal preocupação passava pela correta higienização das mãos; senti necessidade de refletir intensamente sobre este tema, uma vez, que muitas vezes, na nossa prática diária não se dá conta que esta pequena técnica pode ser o meio de prevenção para complicações maiores, quer para nós, quer para os nossos utentes; e não se está assim tão sensibilizado para tal. Durante este estágio, creio ter atingido os objetivos que inicialmente me propus, uma vez que encarei este campo de estágio com motivação máxima e com enorme vontade de aprender e desenvolver competências, considero que este ensino clínico foi uma mais valia na aquisição de conhecimentos e de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, não só pela diversidade de patologias, como também de técnicas e aprendizagens, o que me possibilitou perceber o quão complexo é prestar cuidados diários ao doente em contexto de cuidados intensivos. Sendo que foi um estágio de grande aprendizado, quer a nível profissional, pela aquisição de competências, bem como a nível pessoal.

Este campo de estágio, fez-me refletir, enquanto pessoa e Enfermeiro, desenvolver o autoconhecimento facilita na identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com o doente e/ou equipa multidisciplinar, fez-me reconhecer os meus recursos e limites, pessoais e profissionais. Fez-me adquirir uma certa maturidade profissional. Sousa (2010) num artigo publicado na OE, refere que a prestação de cuidados de Enfermagem de excelência se constitui como um desafio importante para

qualquer Enfermeiro e que só se torna possível quando presente a arte de saber cuidar, mas que, no entanto, o exercício de cuidar um ser humano, nem sempre é algo fácil nem arbitrário, visto exigir a coordenação de diversos fatores pessoais, profissionais e institucionais. A mesma autora refere que competência não é um estado ou um conhecimento possuído, não se reduzindo a um só saber. Acrescenta que adquirir competência é ter capacidade de agir eficazmente numa determinada situação, apoiada em conhecimentos, que são o resultado da experiência pessoal, do senso comum, da cultura, pesquisa tecnológica e científica.

## **2. ANÁLISE E REFLEXÃO CRÍTICA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista possui -um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão o que se traduz num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2007).

Neste capítulo faço referência à análise e reflexão crítica do desenvolvimento de competências adquiridas na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, adequando sempre os objetivos propostos às oportunidades e necessidades emergentes. O SMI, SU e BO são locais de eleição no cuidar do doente em situação crítica, dadas as suas características. Os campos de estágio aí realizados foram uma mais valia neste percurso formativo, pois permitiram-me transpor para a prática a atualização de saberes e conhecimentos adquiridos, ganhar experiência, consolidar e desenvolver competências comuns e específicas, que segundo a OE, dotam o enfermeiro de competências acrescidas nos respetivos Domínios que as caracterizam, os quais serão descritos a seguir.

### **Competências comuns dos Enfermeiros Especialistas**

Independentemente da área de responsabilidade, todos os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns:

#### **A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

Segundo Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 5.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Assim, o enfermeiro especialista deve demonstrar tomada de decisão ética nas situações da prática especializada, justificando as suas decisões em princípios, valores e normas deontológicas. O processo de tomada de decisão é algo inerente à prática de cuidados de enfermagem. Diariamente somos confrontados com problemas de difícil resolução, requerendo uma análise criteriosa da nossa parte. Durante o meu percurso como profissional e como aluna de mestrado, as questões éticas estão presentes em todas as situações do quotidiano. Estas têm vindo a ser interiorizadas, procurando a cada dia, aprimorar a prática nos princípios básicos da autonomia, justiça e beneficência por forma a proporcionar bem-estar, conforto e dignidade humana à pessoa cuidada. Procuo orientar a minha conduta no respeito pela dignidade da pessoa, pelas suas vontades, crenças e religião, procuro manter a minha forma de agir, tendo em vista o bem-estar da pessoa, a sua estabilização, conforto, dignidade, privacidade e intimidade. A minha postura durante os ensinios clínicos foi assente na assiduidade, pontualidade e assertividade. O facto de ter tido a oportunidade de contactar com utentes com necessidades específicas, perante as quais não estava familiarizada, suscitou dúvidas que levaram ao constante esclarecimento e tomada de decisão em conjunto com o tutor/equipa e posterior pesquisa científica, permitindo assim, o desenvolvimento desta competência. O Saber estar é algo que se constrói, que evolui e que se desenvolve, no entanto é algo indispensável ao cuidar com qualidade, e inerente ao respeito ético pela pessoa que se cuida. Durante os cuidados prestados, encarei a pessoa como ser único, indivisível, inserido na sua cultura, com valores próprios, direitos e deveres, respeitando-a e não emitindo juízos de valor. Respeitei a confidencialidade e a privacidade, tanto a nível físico como moral, promovendo a segurança e a dignidade do doente.

## **B – Domínio da melhoria contínua da qualidade**

A gestão da qualidade é um domínio essencial nas competências do enfermeiro

especialista e engloba tudo o que diz respeito aos cuidados de saúde, aos utentes e aos profissionais. Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 6.º, fazem parte das competências deste domínio: Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;

- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Tomar conhecimento, analisar e aplicar os protocolos e normas instituídas, foi uma das minhas preocupações ao longo dos estágios. Estes protocolos, têm como objetivo a uniformização dos cuidados, distribuição de funções e verificação de material necessário na prestação de cuidados ao doente, promovendo assim, a organização dos serviços e cuidados, a qualidade e minimizando o erro. Durante o estágio no SMI e no BO compreendi que tudo era antecipado e preparado para a receção do doente, segundo protocolos previamente estabelecidos, em que todos os profissionais sabiam qual a sua função. No SMI, tive oportunidade de proceder à preparação da unidade do doente, realizei teste do ventilador, monitor, máquinas de infusão, suporte farmacológico e não farmacológico necessário, participei e tomei consciência das normas e protocolos de controlo e prevenção da infeção. Preparações estas já protocoladas, garantindo uniformização de cuidados, organização do serviço e minimização de erros, contribuindo assim para a gestão de qualidade. No BO procedi à realização da check-list da sala operatória. No que diz respeito ao SU, este é um serviço particular, onde há um número imprevisível de utentes aos quais tem de se prestar cuidados. No entanto, tive oportunidade de integrar na dinâmica de atuação em cada uma das vias verdes existentes, aplicar normas de controlo de infeção, realizar a check-list da sala de emergência e reposição de material clínico. Segundo a DGS (2014), as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados. O contacto estreito entre os profissionais e a comissão de controlo de infeção permite uma atualização constante dos procedimentos e das normas. Neste âmbito, tive oportunidade de aplicar as normas de controlo de infeção em todos os campos de estágio,

desde as medidas básicas como a lavagem das mãos, medidas de proteção individual, entre outros. Como já foi referido, a criação de um ambiente terapêutico seguro é uma das áreas de incidência das competências do enfermeiro especialista.

Durante o meu percurso, constatei que nestes serviços se prestam cuidados de saúde de qualidade, acessíveis em tempo oportuno, dirigidos ao doente e família, com vista à satisfação das suas necessidades, utilizando boas práticas, visando a prestação de cuidados individualizados e personalizados. Porque bons cuidados devem ser refletidos em bons registos, o enfermeiro especialista, enquanto dinamizador, deve estimular a equipa na realização de registos sempre atualizados e pertinentes ao nível do processo de enfermagem, por forma a garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de estrutura, processo e resultado. Em todos os campos de estágio foi-me possível proceder à realização de registos das intervenções realizadas, pois só documentando as nossas intervenções e resultados podemos argumentar a existências de cuidados de qualidade.

### **C - Domínio da Gestão dos Cuidados**

A gestão está implícita nos cuidados de várias formas, potenciando a qualidade dos mesmos ou a organização e racionalização de recursos humanos ou materiais. De acordo com Camelo (2012, p.2), *“o processo de cuidar e o processo de gerenciar podem ser considerados como as principais dimensões do trabalho do enfermeiro no seu dia-a-dia”*. Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 7.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Gerir os cuidados de modo a otimizar a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional;
- Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados.

Aos profissionais de saúde é-lhes exigido que sejam eficazes, ou seja, que atinjam as metas e resultados preconizados, atingindo o máximo de bem-estar e satisfação do

doente. Mas é também exigido que sejam eficientes, fazendo mais com os mesmos recursos, ou fazendo o mesmo, utilizando o mínimo indispensável, combatendo o desperdício (Silva, 2012). Enquanto enfermeira, e também como aluna, deparo-me diariamente com a necessidade de priorizar tarefas, gerir recursos materiais disponíveis e capacidade de decisão e atuação rápida e eficaz. É assim importante desenvolver, a nível individual, estratégias e competências que permitam uma melhor gestão dos cuidados, potenciando a colaboração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar. A delegação de tarefas implica a responsabilização pelas mesmas e constitui um dever deontológico do enfermeiro. No decorrer dos ensinamentos clínicos, pude observar algumas funções de gestão por parte dos enfermeiros especialistas. Neste percurso, a minha atividade desenvolveu-se no sentido de aprimorar competências relativamente à gestão de prioridades, gestão de material e de tempo necessário à prestação de cuidados. Segundo Nunes (2006), no exercício das suas funções, os enfermeiros são confrontados com a necessidade de justificar e responsabilizar-se pelas decisões que tomam para com os seus utentes. Estas decisões devem ser claras, racionais e baseadas no conhecimento. Neste âmbito, tive sempre a preocupação de manter atualizados os meus conhecimentos, tendo assim capacidade para definir prioridades no cuidado ao doente crítico. Só assim pude ter consciência das várias opções de atuação, optando sempre pela mais benéfica para o doente. A tomada de decisão é um processo que se desenvolve naturalmente, e que se vai tornando mais fácil devido à vivência de situações similares, à medida que se cresce enquanto enfermeiro.

## **D - Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais**

Aprender é inerente ao ser humano. É através da aprendizagem constante que evoluímos e desenvolvemos como pessoas e como profissionais. Segundo o Diário da República, 2.ª série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, Regulamento nº122/2011, Artigo 8.º, fazem parte das competências deste domínio:

- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de

conhecimento.

Neste domínio, a aquisição de competências deve-se ao investimento pessoal realizado para a aquisição de competências, aperfeiçoar as existentes, acompanhado pelo desejo de crescimento profissional, autoconhecimento e maturação pessoal. A prática de enfermagem deve ser sempre baseada na competência do saber-ser, saber-fazer, mas também do saber-saber e saber-estar. O autoconhecimento afeta todos os aspetos da vida, constituindo a base para conhecer e desenvolver valores profissionais. Ao longo do estágio foi meu objetivo desenvolver o autoconhecimento, compreender os meus limites pessoais/profissionais, gerir emoções e desenvolver capacidades de resolução de conflitos, por forma a ter uma postura correta e atuação eficaz mesmo quando sob pressão. Tive a humildade de interiorizar as críticas construtivas e de com elas crescer, humildade e assertividade pois apenas assim pude aprender e crescer enquanto profissional. Falar de aprendizagem não é falar apenas de aquisição de conhecimentos e conceitos. Aprender a estar atento e desperto para problemas ou potenciais problemas no seio de uma equipa é essencial (Silva, 2012). O facto de lidarmos com situações de risco de vida imediato, onde a instabilidade hemodinâmica dos utentes é o dia-a-dia, e o número de aspetos em que temos de pensar e analisar ao mesmo tempo é grande, provoca um elevado nível de stress profissional, podendo levar a um sentimento de impotência e frustração. Ao longo dos campos de estágio vivenciei vários momentos de emergências médicas e traumáticas, o que me permitiu adquirir e sedimentar conhecimentos e competências para um melhor cuidar. Identificar lacunas, refletir e partilhar experiências com outros enfermeiros contribuiu para a aquisição de competências especializadas.

### **Competências Específicas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica**

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, foi aprovado por unanimidade em Assembleia Geral da OE a 20 de novembro de 2010, após aprovação na Assembleia de Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica em 25 de novembro de

2010. (OE, 2010) A pessoa em situação crítica *“é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.”* (OE, 2010, p.1). Assim, os cuidados de enfermagem a estes utentes devem ser altamente qualificados prestados de forma contínua, permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. (OE, 2010)

Segundo o Diário da República, 2.<sup>a</sup> série – N.º 35 – 18 de fevereiro de 2011, o Regulamento nº 124/2011, Artigo 4.º, as competências do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica são:

- Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- Dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítima, da conceção à ação;
- Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

O aparecimento, cada vez mais frequente, de doenças com início súbito e de crónicas que agudizam, bem como aumento do número e da gravidade dos acidentes, da violência e das situações de catástrofe, conduzem à deterioração progressiva e rápida das funções vitais da pessoa, onde existe uma necessidade emergente de cuidados especializados e de qualidade. No seguimento desta necessidade por parte dos cuidados de saúde, é emergente que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros detenham competências e capacidade para lidar com estes utentes. Novas exigências pedem novas competências e novas formas de ação, sendo o enfermeiro especialista uma mais-valia para o cuidar da pessoa em situação crítica.

## **Cuida da Pessoa a Vivenciar Processos Complexos de Doença Crítica e/ou Falência Orgânica**

O cuidar de pessoas que vivenciam alterações no seu processo de transição saúde / doença é o foco da intervenção do enfermeiro. A pessoa que vivencia processos complexos de doença crítica e / ou falência orgânica, necessita de uma intervenção mais direcionada, mais incisiva nesta área, maximizando os resultados e a recuperação total da pessoa. Assim, é exigido ao enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica, competências específicas para lidar com as situações urgentes e emergentes com que se depara, tendo em consideração todos os aspetos inerentes à pessoa holística, que acaba de vivenciar alterações ao seu quotidiano. (OE, 2011)

### **a) Presta cuidados à pessoa em situação emergente, identificando focos de instabilidade:**

Durante os ensinamentos clínicos realizados, tive inúmeras oportunidades de assistir utentes em situação de doença crítica e falência orgânica. Ao longo do tempo desenvolvi um acréscimo de competências na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, estando mais desperta para sinais que manifestam as necessidades dos utentes. Cuidar no SMI, SU e BO é para os enfermeiros um grande desafio, exige conhecimentos cognitivos, técnicos e relacionais diversificados. A oportunidade de contactar com protocolos terapêuticos complexos, que requerem conhecimentos ao nível das complicações e respostas esperadas, exigiram um desenvolvimento da capacidade de monitorização, avaliação, antecipação e implementação de respostas adequando a minha intervenção à complicação identificada.

### **b) Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos:**

Conforme já foi referido, por todos os serviços por onde passei estão instituídos inúmeros protocolos, desde protocolos simples, de utilização comum e regular, até protocolos terapêuticos complexos, utilizados em situações de doença grave. Tive a preocupação de consultar os protocolos e regulamentos existentes na unidade e de os

colocar em prática. Reconheço a importância da existência deste tipo de documentos, que regulem e uniformizem a prática dos profissionais, conseguindo-se assim atingir um ótimo nível de cuidados.

**c) Faz a gestão da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica:**

Segundo Aissaoui et al, (2005), a dor é muito comum em utentes críticos, e há cada vez mais preocupação na avaliação e tratamento corretos da dor destes utentes. Os mesmos autores referem ainda a sua difícil avaliação, já que a grande maioria destes utentes se encontra sedado, inconsciente, não permitindo por isso uma comunicação eficaz e conseqüentemente a correta avaliação da dor. A atuação do enfermeiro nesta área é indispensável. No decorrer dos estágios, procurei sempre incluir o doente enquanto parceiro estratégico, este é o melhor avaliador da sua própria dor e o único capaz de descrever com exatidão a dor e as suas características. Estive atenta às várias formas de comunicar a dor, nomeadamente as não-verbais. Neste âmbito, considero que a gestão da dor e do bem-estar foi uma preocupação constante e que consegui corresponder às competências referentes a essa gestão diferenciada.

**d) Assiste a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica:**

No que se refere à assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica em que se encontram, foi minha preocupação manter uma relação terapêutica e uma comunicação eficaz, tanto com o doente como com os seus familiares. Conforme referido pela OE (2003), a relação terapêutica desenvolvida no âmbito do exercício da enfermagem, é caracterizada pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades. Há várias circunstâncias em que esta parceria é estabelecida e deve também envolver família e conviventes próximos do doente. A comunicação de más notícias é uma tarefa que traz sempre angústia e ansiedade a quem tem de a fazer. Há vários fatores a ter em consideração. Conforme refere Pereira (2009),

cada pessoa tem as suas características, por isso não há uma norma para comunicar más notícias. O profissional tem de saber adequar a sua comunicação a cada situação. Procurei na minha prática clínica, estabelecer uma relação terapêutica com o doente/família, integrar doente/família nos cuidados, procurar a satisfação e bem-estar do doente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, a readaptação funcional e facilitar os processos de luto contribuindo para a dignificação da morte.

### **Dinamiza a Resposta a Situações de Catástrofe ou emergência Multivítimas, da conceção à Ação**

Segundo a OE (2009), um enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica deve demonstrar competências na conceção e articulação dos planos de emergência e catástrofe, planear as respostas concretas e gerir cuidados perante pessoas em situação de emergência multivítima e catástrofe. O cuidar da pessoa em situação crítica revela-se por vezes difícil, e onde é necessário competências e conhecimentos específicos. Falar em catástrofe, é falar em várias pessoas em situação crítica. É colocados cuidados a que estamos habituados a prestar a um nível exponencialmente superior, dependendo do tipo de catástrofe. Catástrofe é definida como -um acidente grave ou uma série de acidentes graves, suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, vítimas (...) (OE, 2011, pág.2). As Unidades de Saúde, atualmente encontram-se no seu limite mínimo de recursos disponíveis, assim sendo, a elaboração de um Plano de Emergência nas Unidades de Saúde (PEUS) é uma ferramenta essencial para a avaliação dos meios de reação da Unidade de Saúde face a uma situação de Crise. Os enfermeiros, como parte integrante dos sistemas de saúde constituem a linha da frente, juntamente com outros profissionais, no cuidar da pessoa em situação de emergência. Como tal, é fundamental que enfermeiros conheçam a sua missão, papel e sua ação perante uma situação de crise. Neste âmbito existe, um armário de catástrofe que contém kits individuais e outros materiais que facilitam o procedimento em situações de catástrofe. Felizmente as situações de catástrofe e multivítima não são o quotidiano dos serviços de emergência, contudo, é essencial estar preparado e ter competências para agir no momento certo, de forma certa. É necessário que tudo esteja concebido e treinado

antecipadamente para a ação ser eficiente.

**Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas**

Segundo a OE (2010), o enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crítica responde eficazmente na prevenção e controlo de infeção perante o risco de infeção nos múltiplos contextos de atuação, complexidade das situações e diferenciação dos cuidados exigidos pela necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção de vida da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. O Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde tem como principal objetivo *“Identificar e reduzir os riscos de transmissão de infeções entre utentes, profissionais e visitantes e, conseqüentemente, diminuir as taxas de infeção e mantê-las a um nível aceitável”* (Costa, Silva & Noriega, 2008, p.6). A atuação da PPCIRA está prevista em todas as Unidades de Saúde, dotando-as de capacidade técnica para abranger as três vertentes essenciais do programa global de prevenção e controlo de infeção: a vigilância epidemiológica a elaboração e a monitorização do cumprimento de normas e recomendações de boa prática e a formação dos profissionais. As IACS, cada vez mais, têm importância acrescida pois agravam o prognóstico da doença base, podendo prolongar os internamentos e simultaneamente o aumento de custos. Quando falamos de IACS referimo-nos a -infeções adquiridas pelos utentes ou profissionais, associada à prestação de cuidados, onde quer que eles sejam prestados, independentemente do nível de cuidados (DGS, 2008, p.5). Em todos os campos de estágio, assim como no meu dia-a-dia de prática profissional, foi minha preocupação adotar uma atitude responsável na prevenção e controlo de infeção, cumprindo normas existentes e fazendo uso correto de: colocação e remoção dos EPI's, lavagem e desinfeção das mãos respeitando os 5 momentos de higienização das mãos, administração de terapêutica antimicrobiana protocolada e adotar precauções necessárias perante as vias de transmissão de infeção.

### **3. SÍNTESE CONCLUSIVA DO RELATÓRIO**

Segundo o Modelo de Desenvolvimento Profissional emitido pela Ordem dos Enfermeiros (2009), o enfermeiro especialista possui -um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado.

O enfermeiro especialista deve ser detentor de um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão o que se traduz num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2007).

Analisando os locais de estágio que escolhi, creio que são serviços que me permitiram desenvolver as competências do enfermeiro especialista, na medida em que possuem qualidade na prestação de cuidados e recursos humanos dispostos a investir, ensinar e proporcionar as mais diversas oportunidades de aprendizagem. É de meu dever, ressaltar a importância de ter tido como orientadores de estágios enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, com uma capacidade de ensinar fora de série.

Toda esta dinâmica constituiu uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal na medida em que os momentos de reflexão crítica das práticas eram efetivos, e a preocupação deste momento de aprendizagem residia essencialmente no saber fazer e saber ser, mas sobretudo na prática da enfermagem em geral.

Apesar de todas as dificuldades sentidas, visto na minha prática profissional não ter qualquer tipo de experiência nesta área, julgo ter adquirido competências de um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, no contexto do doente crítico, e sobretudo ter adquirido sensibilidade e auto realização pessoal posto isto, posso afirmar

que me consciencializei das competências requeridas ao enfermeiro especialista, nomeadamente ao especialista em pessoa em situação crítica. Sei que evolui, não só como enfermeira, mas também como pessoa, e que desenvolvi competências em áreas que não possuía. Penso que alcancei os objetivos inicialmente delineados ao nível da prestação, gestão e melhoria da qualidade dos cuidados, desenvolvi conhecimentos, aptidões e atitudes, consegui através da prestação de cuidados desenvolver as competências no âmbito do enfermeiro especialista, avaliando, planeando e prestando cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade, dando resposta aos problemas identificados. No domínio da gestão dos cuidados, desenvolvi método de trabalho, tomada de decisão e liderança, garantindo a correta gestão da dor, da comunicação e relação de ajuda. Dei o meu contributo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da análise de situações-problema que requerem atenção e cuidados de enfermagem. Todas as aprendizagens que levo desta experiência foram únicas, estas não se resumem apenas a uma componente prática das intervenções de enfermagem, mas também à vertente humana que deve estar sempre presente. A elaboração deste relatório foi importante, permitiu-me refletir sobre a minha prestação de cuidados e sobre os cuidados observados, descrevi o meu percurso demonstrando quais as experiências significativas que contribuíram para a aprendizagem e desenvolvimento de competências, as dificuldades sentidas estiveram relacionadas com a melhor forma de organização e articulação dos conteúdos. Em síntese, os estágios superaram as minhas expectativas, consciencializei-me do verdadeiro papel e real valor dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A sensação de que tenho muito para aprender não me abandonou, pelo contrário, mais do que nunca tenho consciência que a aprendizagem é contínua e só poderá surgir da minha própria reflexão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aleixo, F. (2007). Unidade de cuidados intensivos: Manual de enfermagem. Portimão - Lagos: Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE.

Almeida R, Lopes M, Rocha N, Coutinho P, Alves D. Guia de Diagnóstico de Morte Cerebral. Acta Médica Portuguesa. 1998; 11: 91-95

Associação dos enfermeiros de Sala de Operações Portugueses consultado em [www.aesop.pt](http://www.aesop.pt)

Camelo, S. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 20 (1), 1-9.

Despacho nº10319/2014 de 11 de agosto. Diário da República, II Serie. Nº 35. Assembleia da República. Lisboa.

Direção Geral da Saúde. (2003). Cuidados intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção de Serviços de Planeamento.

Direção Geral de Saúde. (2008). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde

Direção Geral da Saúde (DGS). (2010). *Vigilância e Controlo da Infeção Nosocomial da Corrente Sanguínea: Protocolo*. Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

Direção Geral de Saúde, Norma nº 002/2018, consultado em [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Diário da República n.º 153/2014, Série II de 2014-08-11, Despacho nº 10319/2014  
European Operating Room Nurses Association consultado em [www.eorna.pt](http://www.eorna.pt)

Gonçalves, O. (2004). Reflexões sobre uma prática docente situada: buscando novas perspectivas para a formação de professores. Campinas: Cartografias do Trabalho Docente.

Matos, M. (2004) *Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Nutrição*

*Parental*. Revista Referência. Nº 1. Março.

Mendonça, S. (2018). Desenvolvendo competências no cuidado ao doente crítico: A transversalidade do controlo da infeção. Escola Superior de Enfermagem de São José d Cluny, Funchal, Portugal.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003) Direção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Direção Geral da Saúde. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros, consultado em 1/03/2020 em [www.ordemdosenfermeiros.pt](http://www.ordemdosenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2009). Modelos de desenvolvimento profissional – Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Classificação internacional para a prática de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Paiva, K., Beppu, O. (2005) *Posição Prona*. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Ed. 31, vol. 4. P.332-340.

Pignatelli, C. (2001). A rede de referenciação hospitalar de urgência/emergência. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Silva, M. (2012). Pessoa em Situação Crítica- Foco de cuidados do Enfermeiro especialista. Universidade Católica Portuguesa-Instituto de Ciências da Saúde, Porto, Portugal.

