



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**  
Dissertação de Natureza Científica

**Satisfação dos Clientes com os Cuidados de  
Enfermagem de uma Equipa de Cuidados Continuados  
Integrados da Região de Lisboa**

**Deolinda Cardoso do Espírito Santo Bernardo**



**Lisboa  
2021**





**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Gestão em Enfermagem**  
Dissertação de Natureza Científica

**Satisfação dos Clientes com os Cuidados de  
Enfermagem de uma Equipa de Cuidados Continuados  
Integrados da Região de Lisboa**

**Deolinda Cardoso do Espírito Santo Bernardo**



Orientador: Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas



**Lisboa  
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*Let us never consider ourselves finished nurses. We must be learning all of our lives*

**Florence Nightingale**



## **Agradecimentos**

Ao Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas pela sua orientação, conduzindo este percurso, motivando e indicando caminhos capazes de fazer desta experiência uma aprendizagem contínua e enriquecedora.

Aos clientes e enfermeiros que participaram nesta investigação, dando parte do seu tempo e disponibilidade física e mental para colaborar na mesma.

Aos meus pais e filhos, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Um agradecimento aos meus colegas de Mestrado, por aquilo que me ensinaram ao longo do nosso caminho.

Agradeço á minha colega de trabalho Ana Callado, pelas partilhas que fizemos no nosso percurso.



# Índice

|   |      |
|---|------|
| Índice de tabelas .....   | vii  |
| Índice de Ilustrações .....   | ix   |
| Índice de Figuras .....   | xi   |
| Siglas Abreviaturas e Acrónimos.....                                      | xiii |
| Resumo .....  | xv   |
| Abstract.....   | xvii |
| INTRODUÇÃO .....  | 1    |
| PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....                                      | 5    |
| <i>I - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</i> .....                     | 7    |
| <i>II - SATISFAÇÃO DOS CLIENTES</i> .....                                 | 12   |
| <i>III - GESTÃO EM ENFERMAGEM</i> .....                                   | 14   |
| PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO .....  | 27   |
| <i>I METODOLOGIA</i> .....  | 29   |
| <i>II INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</i> .....                          | 31   |
| <i>III CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</i> .....                                     | 32   |
| <i>IV APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</i> .....                          | 35   |
| AMOSTRA .....   | 35   |
| V DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....   | 51   |
| <i>I – Acesso aos cuidados de enfermagem</i> .....                        | 52   |
| <i>II – Envolvimento e participação dos clientes</i> .....                | 53   |
| <i>III – Cuidados de enfermagem</i> .....                                 | 54   |
| <i>IV – Competências do enfermeiro</i> .....                              | 56   |
| <i>V – Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento</i> ..... | 57   |
| <i>VI – Continuidade dos cuidados de enfermagem</i> .....                 | 57   |
| CONCLUSÕES .....  | 61   |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 65   |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>ANEXOS .....</b>  | <b>75</b> |
| <i>Anexo I- Autorização do autor para aplicação do Formulário SATENF - ECCI.....</i> | <i>77</i> |
| <i>Anexo II- Formulário SATENF – ECCI.....</i>                                       | <i>81</i> |
| <i>Anexo IV - Cronograma de Atividades .....</i>                                     | <i>93</i> |

## **Índice de tabelas**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 - Análise de fiabilidade .....   | 40 |
| Tabela 2 - Correlações entre as várias dimensões do inquérito e a satisfação global. .... | 48 |
| Tabela 3 - Resultados das perguntas adicionais .....                                      | 49 |



## **Índice de Ilustrações**

|   |    |
|---|----|
| Ilustração 1 - Competências do Enfermeiro Gestor (Fonte: <a href="http://www.apegel.org/paginas/pagina14">http://www.apegel.org/paginas/pagina14</a> )..... | 19 |
| Ilustração 2 - Esquematização explicativa das três dimensões essenciais de Dubois et al. (2012).....  | 21 |
| Ilustração 3 - The Fundamentals of Care Framework: Relational, Integrative and Contextual Dimensions Fonte: Kitson et al. (2013, p. 11 .....                | 23 |
| Ilustração 4 - – Quadro de referência que norteia este trabalho de Dissertação .....  | 24 |



## Índice de Figuras

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 - Distribuição etária da amostra (%) .....   | 36 |
| Figura 2 - Distribuição da amostra por estado civil (%).....                                      | 36 |
| Figura 3 - Distribuição do sexo do prestador de cuidados .....                                    | 37 |
| Figura 4 - Distribuição etária do principal prestador de cuidados .....                           | 38 |
| Figura 5 - Grau de parentesco entre a pessoa dependente e a principal prestador de cuidados ..... | 39 |
| Figura 6 - Avaliação do acesso aos cuidados de enfermagem .....                                   | 41 |
| Figura 7 - Avaliação com o Envolvimento e participação dos clientes.....                          | 42 |
| Figura 8 - Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.....                                    | 43 |
| Figura 9 - Avaliação dos cuidados de enfermagem.....  | 44 |
| Figura 10 - Avaliação da organização e intensidade do acompanhamento .....                        | 45 |
| Figura 11 - Avaliação da Continuidade de cuidados de enfermagem .....                             | 46 |
| Figura 12 - Avaliação de cada dimensão e satisfação global .....                                  | 47 |



## **Siglas Abreviaturas e Acrónimos**

ACES – *Agrupamento de Centros de Saúde*

APA - *American Psychological Association*

APE - *Ambiente de Prática de enfermagem*

APEGL - *Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança*

CE – *Cuidados Enfermagem*

DGS – *Direção Geral da Saúde*

ECCI – *Equipa de Cuidados Continuados Integrados*

OE - *Ordem dos Enfermeiros*

OECD - *Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – *Organização Mundial da Saúde*

QCE – *Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*

SATENF-ECCI- *Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados*

SC – *Satisfação Cliente*

SNS - *Serviço Nacional de Saúde*

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

WHO - *World Health Organization*

WMA - *World Medical Association*



## Resumo

A satisfação do cliente (SC) é um indicador significativo e uma das dimensões fundamentais para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem (QCE). Os enfermeiros gestores atuam como um elemento fundamental entre as necessidades dos clientes, dos enfermeiros e da organização.

O presente trabalho pretende avaliar a SC com os CE prestados por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa.

O instrumento de recolha de dados neste estudo foi o formulário SATENF-ECCI [Versão2] “Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados” de (Vilela 2018). A análise quantitativa dos dados foi feita com recurso ao programa SPSS 2

Das seis dimensões analisadas verifica-se no geral com boa pontuação, no entanto destacam-se o Acesso e as Competências do Enfermeiro. As menos pontuadas foram o envolvimento e participação dos clientes, CE, organização dos cuidados e intensidade no acompanhamento e continuidade de cuidados.

Conclui-se que, melhorar na explicação sobre o funcionamento e organização do serviço; alargar o tempo de dedicação ao prestador de cuidados bem como prepará-lo para prestar cuidados ao cliente dependente e aumentar o número de visitas, beneficia o cliente e a sua satisfação com os CE.

Palavras Chave: Qualidade, Cuidados de Enfermagem, Satisfação do cliente, Gestão



## **Abstract**

Client satisfaction is a significant indicator and one of the fundamental dimensions to improve the quality of nursing care. In that way, the nurse manager act has a fundamental element between the clients' needs, the nursing staff and the organization.

The purpose of the following work is to evaluate the client satisfaction and nursing care given by the Integrated Continuous Care Team from a Health Centers Cluster on Lisbon region.

The tool used to collect the data in this study was the SATENF-ECCI [Versão 2] “Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados” by (Vilela 2018). The quantitative analysis was done using the SPSS program.

From the six dimensions analyzed, it was verified a good punctuation across all. The access and nurse competence are highlighted as the best scoring dimensions, and on the other end, the involvement and client participation, nursing care, organization of care, intensity, follow-up and continuity of care are the least scoring.

In conclusion, in order to improve the client's satisfaction with the nursing care, it is needed to improve the way the operation and organization are explained, extend the time taken to prepare the caregiver and increase the number of visits.

**Keywords:** Quality, Nursing Care, Client Satisfaction, Management



## INTRODUÇÃO

A satisfação do cliente (SC) é um indicador importante da qualidade em saúde e em particular da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (QCE).

De acordo com ChalupoWski (2016) a qualidade dos cuidados de saúde deve ser vista como o grau em que os cuidados prestados pelo profissional se encontram de acordo com quatro critérios: o conhecimento científico atualizado, padrões éticos profissionais, a lei aplicável, e os princípios de justiça e equidade. O mesmo autor enfatiza a necessidade da gestão da qualidade integrar as competências do profissional de saúde de modo a que este haja com honestidade, transparência, respeito e responsabilidade.

A qualidade tem vindo a ser tema de interesse nas organizações de saúde, colocando os enfermeiros a prestarem cuidados de enfermagem de excelência.

A cultura da melhoria contínua da qualidade determina que os enfermeiros analisem e reflitam nas suas ações de maneira a implementarem estratégias de monitorização, avaliação e mudanças dos cuidados.

No contexto da saúde, medir a SC coadjuva a melhorar a prestação dos Cuidados de Enfermagem (CE), a priorizar as necessidades de capacitação e a distribuição de recursos disponíveis, potencialidades e deficiências.

Sendo os enfermeiros um dos principais intervenientes na prestação de cuidados de saúde, é importante estabelecer ligações entre os resultados do cliente e os cuidados de enfermagem (Benito, 2015).

Os enfermeiros gestores atuam como um elemento fundamental entre as necessidades dos clientes, dos enfermeiros e da organização.

Ao enfermeiro gestor permite alguns caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, de gestão e de ensino, sendo responsável por garantir a melhoria contínua da qualidade dos CE, devendo estar simultaneamente atento às necessidades dos clientes, à sua satisfação, promovendo a centralidade do cliente no sistema de saúde e a construção de um serviço de saúde humanizado à sua medida, ou seja, mais adaptado às suas necessidades e expectativas (Vilelas, 2018).

Os gestores têm como objetivo fundamental, alcançar a implementação de um sistema de melhoria de qualidade, sustentados nos padrões de QCE definidos pela Ordem dos Enfermeiros e com base na evidencia científica.

A qualidade dos CE resulta não apenas do conhecimento técnico e científico, dos comportamentos e atitudes e de uma prática refletida baseada na evidência e experiência, mas também de uma gestão/liderança para essa mesma qualidade, sendo necessário estimular a formação dos profissionais e o trabalho em equipa, proporcionar comunicação, confiança, motivação e segurança a fim de estabelecer um compromisso efetivo com os valores, missão e objetivos da organização.

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral avaliar a SC com os CE prestados por uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) de um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da região de Lisboa.

Como objetivos específicos, conhecer a SC com os CE de uma ECCI de um ACES da região de Lisboa relativa aos CE; envolvimento e participação dos clientes; CE esperados; competências do enfermeiro; organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento; continuidade dos CE. Caracterizar a perceção do cliente sobre a organização dos cuidados.

O instrumento de recolha de dados neste estudo foi o formulário SATENF-ECCI [Versão2] “Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados” de (Vilela 2018), cujo autor utilizou no âmbito do seu trabalho de Doutoramento, intitulado: “Impacto do modelo de implementação das ECCI: SC com os CE”. É um formulário que pretende avaliar a SC e seus cuidadores com os CE prestados pelas ECCI.

Foi efetuada uma pesquisa bibliográfica com recurso às bases de dados eletrónicas: CINAHL e MEDLINE, através da plataforma EBSCO, baseando-se numa revisão integrativa da literatura, o que permitiu identificar as palavras-chave e utilizá-las como termos para a pesquisa. Esta revisão integrativa foi apresentada no 10º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa CIAIQ (2021) e publicado em livro intitulado New Trends in Qualitative Research 3- Investigação Qualitativa em Saúde, Avanços e Desafios.

Verificou-se através da evidência científica, que são escassos os estudos sobre a SC em contexto de CSP. Este facto justificou a pertinência do desenvolvimento desta dissertação, para compreender e sistematizar a forma de avaliar a SC com os CE e que estes contribuem para as práticas dos enfermeiros, dos enfermeiros gestores, para a organização dos CE e ainda da administração das organizações de saúde.

Das principais conclusões, salienta-se que os clientes dependentes e os prestadores de cuidados, no geral estão satisfeitos com os CE, o que não permite, que se deixe de alinhar com uma de política de gestão da qualidade dos cuidados prestados pelas ECCI.

Uma parte significativa dos clientes dependentes referenciados para as ECCI são pessoas com limitado potencial para nos fornecerem a sua visão sobre os cuidados. Todavia, no contexto das ECCI, existe sempre ou quase sempre o cliente dependente e o seu familiar cuidador. Este familiar cuidador poderá ser, absolutamente decisivo para se conhecer a satisfação com os cuidados prestados pelas ECCI. Quanto às características sociodemográficas dos clientes, são pessoas idosas e com níveis de escolaridade “baixos”.

Das seis dimensões analisadas verifica-se no geral com boa pontuação, no entanto destacam-se o Acesso e as Competências do Enfermeiro as mais bem cotadas. As menos pontuadas foram o envolvimento e participação dos clientes, CE, organização dos cuidados e intensidade no acompanhamento e continuidade de cuidados.

Apesar dos valores relativos às dimensões da satisfação serem elevados, a análise aos itens específicos de cada dimensão, podem ajudar a perceber onde se obtiveram valores mais baixos ou menos “positivos” de satisfação. Apesar disso, estas parecem ser as áreas onde se pode investir na melhoria, sendo um bom ponto de partida para a reflexão sobre a forma como a prestação dos cuidados de enfermagem está a ser efetuada. Como sejam, melhorar na explicação sobre o funcionamento e organização do serviço; alargar o tempo de dedicação ao prestador de cuidados bem como prepará-lo para prestar cuidados ao cliente dependente e aumentar o número de visitas.

Este trabalho é composto pela presente introdução, pelo desenvolvimento onde consta o enquadramento teórico e pela conclusão com uma síntese integradora do percurso realizado. Por fim são apresentadas as referências bibliográficas que foram consultadas.

As citações e referências bibliográficas seguem as normas da American Psychological Association (APA).



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **I - QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

O conceito de qualidade tem sido estudado e trabalhado ao longo dos últimos anos por diferentes áreas do conhecimento, das ciências económicas e sociais às tecnologias e ciências humanas. É uma temática que assume cada vez mais importância, passando da preocupação com os procedimentos, para a focalização no cliente e finalmente para a apreciação de toda a organização.

Atualmente “Qualidade” talvez seja uma das palavras-chave mais utilizada e desejada no seio da sociedade e das organizações. No entanto existe certa confusão com este termo devido ao seu subjetivismo e também ao uso genérico com que se utiliza para retratar coisas bem diferentes. Para alguns, qualidade associa-se a atributos intrínsecos de um produto, para outros associa-se à SC segundo a conformidade do desempenho do produto (Carpinetti, 2016).

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma das prioridades da Direção-Geral da Saúde, estando apresentada na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 que adota a definição de qualidade como “(...) prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (DGS, p.16).

Embora várias definições de qualidade tenham sido descritas ao longo de décadas, há um crescente reconhecimento de que os serviços de saúde de qualidade em todo o mundo devem ser eficazes, seguros, e centrados nas pessoas. Além disso, a fim de perceber os benefícios da qualidade dos cuidados em saúde, os serviços de saúde devem ser oportunos, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2018).

Promover a qualidade dos cuidados que os enfermeiros prestam e, portanto, contribuir para a melhoria dos contextos das práticas clínicas é um fator fundamental para a SC.

A sociedade contemporânea requer assim, organizações mais competitivas que desenvolvam uma cultura de melhoria da qualidade contínua e de profissionais com mais qualificações e com competências interpessoais, para se sentirem mais envolvidos na prestação de cuidados de qualidade aos clientes dos serviços de saúde (Backes & Büscher, 2015).

As organizações de saúde têm assim, um papel fulcral na definição de padrões de qualidade para os domínios de cada profissão. Estes padrões representam o desempenho

global desejado para a prestação desses mesmos cuidados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016).

A OE tem trabalhado para a melhoria contínua da QCE, nomeadamente através da definição dos “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” divulgados em 2001, representando um referencial que regula e orienta o exercício profissional dos enfermeiros em Portugal.

A concetualização deste referencial baseia-se na pessoa enquanto ser individual “com dignidade própria e direito a autodeterminar-se”, que é influenciada pelos diversos contextos em que vive e se desenvolve, que compõem o ambiente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012), a definição de padrões de QCE configura um grande desafio, não só pelo impacto na melhoria dos CE fornecidos aos cidadãos, mas ainda pela necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

Neste contexto, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2012), no âmbito da definição dos padrões de QCE, apresentou seis categorias de enunciados descritivos: a SC, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos CE. Visando explicitar a natureza e os diferentes aspetos do mandato social da enfermagem, os enunciados descritivos são para os clientes o quadro de garantia da QCE, e para os enfermeiros a referência comum, e a orientação para uma prática profissional de excelência.

Na perspetiva de Potra (2015), os enunciados descritivos constituem-se com uma matriz conceptual com potencial para orientar o exercício profissional dos enfermeiros, promovendo e proporcionando, entre outros, a reflexão sobre os cuidados prestados, a orientação da tomada de decisão em enfermagem, bem como a visibilidade da dimensão autónoma do exercício profissional.

A QCE é um elemento essencial na profissão e refere-se, entre outros aspetos, à relação direta entre o cliente e o enfermeiro. Depende de muitos fatores, principalmente do APE (Lucas & Nunes, 2020).

Conhecer os ambientes onde decorrem as práticas de cuidados, é uma forma de contribuir para melhorá-las e, conseqüentemente, promover a QCE e a SC (Lucas & Nunes, 2020; Carvalho & Lucas, 2020).

O ambiente de prática de enfermagem (APE) é fundamental para o sucesso dos sistemas de saúde (Almeida, Nascimento, Lucas, Jesus & Araújo, 2020) e está relacionado com a satisfação profissional, com a QCE, com a segurança do cliente e com a efetividade

dos cuidados para os clientes e para a eficiência das organizações (Carvalho & Lucas, 2020; Lucas & Nunes, 2020; De Sul e Lucas, 2020).

Vários estudos internacionais identificam o ambiente da prática como uma variável que influencia a prestação de cuidados de saúde e especificamente os resultados dos CE (Aiken et al., 2002).

De acordo com Lake (2002) o conceito de ambiente de trabalho da prática de enfermagem é complexo e é definido como as características do contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem. Ainda segundo Lake (2002) um ambiente da prática de enfermagem favorável inclui a garantia do exercício da autonomia profissional, a existência de um número de enfermeiros adequado às necessidades dos clientes, uma governação partilhada com o envolvimento na tomada de decisão, uma boa relação entre os diferentes grupos profissionais (ex.: entre médicos e enfermeiros), a existência de programas de formação contínua, lideranças de enfermagem visíveis, uma gestão eficiente e a percepção do estatuto dos enfermeiros na hierarquia do hospital.

A atuação dos enfermeiros no APE incide no âmbito do tratamento, reabilitação e promoção da saúde dos clientes apesar de terem, esses profissionais, pouco tempo para a promoção da saúde e prevenção da doença na organização diária dos cuidados. Eles têm uma ação significativa e reconhecida em cuidados domiciliários (Tomaszewska, Kłos & Majchrowicz, 2017).

As características do APE são fatores modificáveis e podem ser melhoradas com iniciativas político-administrativas, designadamente: formação de enfermeiros gestores; promover a continuidade de cuidados ao cliente; aumentar as oportunidades de formação contínua dos enfermeiros e ampliar as oportunidades de participação destes nas decisões organizacionais (Flynn, Liang, Dickson & Aiken, 2010).

Os enfermeiros procuram assim, pautar o seu desempenho profissional baseado na evidência científica, desenvolvendo uma prática segura e adotando medidas que visam garantir e perseguir a qualidade, sendo da responsabilidade do enfermeiro gestor garantir que existem as condições necessárias para a prestação de cuidados de qualidade, uma vez que ele é, em primeira linha, o responsável pela defesa da QCE (OE, 2018).

A atuação dos enfermeiros na APS incide no âmbito do tratamento, reabilitação e promoção da saúde dos clientes apesar de terem, esses profissionais, pouco tempo para a promoção da saúde e prevenção da doença na organização diária dos cuidados. Eles têm uma ação significativa e reconhecida em cuidados domiciliários.

Considerando que um APE favorável é fundamental para a implementação de qualquer programa de saúde em CSP e no seguimento das políticas de saúde para esse contexto, a promoção da melhoria desses ambientes é essencial; é um serviço público aos cidadãos, aos profissionais e às organizações de saúde.

Na Revisão de Scoping sobre o APE em CSP de Lucas & Nunes (2020), “...há pouca evidência sobre o APE em contexto dos CSP, mas a que existe demonstra contributos para a melhoria da qualidade dos CE. O APE é o fator mais influente e com maior impacto sobre os resultados de enfermagem e nas perceções da qualidade dos cuidados e da segurança do cliente. O APE em contexto dos CSP distingue-se do contexto hospitalar pelo tipo de tomada de decisão, relação entre os membros das equipas e pelos processos organizacionais. Esta revisão mostrou que o APE nos CSP apresenta as seguintes características: apoio e suporte da gestão; liderança em enfermagem; relações multidisciplinares enfermeiros-médico e enfermeiros-gerentes-administração; resultados com os clientes, nomeadamente na segurança do cliente; retenção dos bons profissionais; e melhoria da QCE. Desenvolver APEs favoráveis nos serviços e nas diferentes unidades dos CSP, em qualquer parte do mundo, é a melhor estratégia”

Em Portugal foi realizado recentemente um estudo por Lucas, Jesus, Almeida & Araújo, (2021). Validation of the Psychometric Properties of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index in Primary Health Care in Portugal, e mostra que, no contexto de enfermagem portuguesa dos CSP, a PES-NWI é um instrumento relevante que pode subsidiar a tomada de decisão por enfermeiros gestores, pode caracterizar o APE, e pode melhorar as condições de trabalho nas organizações. A PES-NWI em CSP permite a classificação de ambientes como favoráveis ou desfavoráveis em relação à segurança dos clientes e à saúde e à qualidade dos CE prestados. Os resultados mostraram que a escala é válida e pode ser usado na prática clínica, gestão de enfermagem e na investigação em CSP. Este estudo também demonstrou a relevância internacional do uso da PES-NWI em CSP, visto que apenas um único estudo está disponível no momento. Este estudo oferece contribuições valiosas para o planeamento estratégico e políticas de saúde em contextos de CSP.

São vários os modelos de avaliação da qualidade. Os modelos utilizados na acreditação em Portugal são o do KFHQS e o da “Joint Commission International” (JCI), existindo alguns serviços em hospitais públicos e privados acreditados pela ISO 9001:2000. Ao nível dos CSP as Unidades de Saúde Familiares (USF) estão a seguir o modelo de acreditação da Agencia de “Calidad Sanitaria Andaluca” (ACSA) (Saturno et al., 2010).

O Modelo de Excelência European Foundation for Quality Management (EFQM) revela-se uma referência, em termos de qualidade quer a nível da definição, implementação e performance das organizações, na Gestão da Qualidade Total.

Desde o ano 2000, que o termo Gestão da qualidade total se tornou menos utilizado, privilegiando-se o termo gestão da qualidade. Programas de qualidade total, amplamente executados e implementados nas empresas nos anos 1980 e 1990, foram modificados e transformados noutros programas de gestão da qualidade e melhoria (Carpinetti, 2016).

A este respeito, as International Standards Organization Norms (ISO 9001) representam um exemplar para a introdução de Sistemas de Gestão da Qualidade, com o objetivo de assegurar a devolução de resultados que satisfaçam os requisitos do cliente, bem como a prevenção de complicações e a cultura da melhoria contínua.

As normas ISO traduzem-se em padrões normalizados que certificam produtos e serviços nas diversas organizações mundiais, traduzindo-se num conjunto de atividades de gestão, que contribuem para a redução de não conformidades e desperdícios. Essa normalização oferece um modelo padrão para a implantação do Sistema de Gestão da Qualidade dentro da organização (Carpinetti, 2016).

Outra contribuição fundamental foi a de Deming com o ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Act), incentivou a mudança da cultura organizacional e dos fundamentos administrativos de gestão de recursos humanos (Carpinetti, 2016).

Assim, e de acordo com o desenvolvimento estratégico da qualidade das organizações, pode-se concluir que independentemente do modelo de gestão da qualidade e do seu teórico associado, o envolvimento da gestão de topo, o destaque no cliente e o comprometimento e envolvimento dos colaboradores são fundamentais para o sucesso.

A SC ocupa um papel de destaque na cultura das organizações, sendo sempre um resultado e processo substancialmente analisado nos estudos da qualidade, encontrando-se intimamente ligada a esta. A orientação para o cliente é fundamental e cada vez mais uma tarefa exigente, devido à dificuldade de agradar e captar clientes, logo os serviços de enfermagem devem seguir os passos das grandes organizações, devendo empenhar-se e dedicar-se de modo a proporcionar cuidados confiáveis e seguros, para que o cliente fique satisfeito e retorne (Freitas et al., 2014).

## II - SATISFAÇÃO DOS CLIENTES

SC é o grau em que os CE e de assistência atendem às suas expectativas, em termos de qualidade técnica, arte de cuidado, disponibilidade, ambiente físico, continuidade e eficácia nos resultados dos cuidados Nunes e Gaspar (2016).

A noção de SC é entendida pelo respeito pela sua natureza individual (crenças, valores, desejos, capacidades), empatia para com ele, estabelecimento de parceria no processo de planeamento de cuidados, envolvimento das pessoas significativas no processo dos cuidados e pelo empenho na redução do impacto negativo causado pela mudança de ambiente associada a procura de assistência em saúde (OE, 2012).

São múltiplos os fatores que podem influenciar o grau de SC. Cada cliente é um ser único, que tem opinião própria alicerçada em valores, referências e expectativas, que dependem da cultura, tradição e da sociedade onde está inserido

A SC com a qualidade dos cuidados de saúde é definida como a evolução subjetiva das reações cognitivas e emocionais, resultante da interação entre as expectativas quanto aos cuidados de saúde ideais e a perceção dos cuidados recebidos (MacAllister et al., 2016).

Salienta-se que “Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas” (DGS, 2015, p.16).

Nos CSP, a satisfação equivale ao bem-estar do cliente, manifesto na sua opinião sobre a qualidade dos serviços obtidos (Roque, Veloso, & Ferreira, 2016).

Esta problemática está bem reforçada no Plano Nacional de Saúde 2015-2020, em que o cliente é “entendido como central no sistema de saúde, é um importante agente de participação e de mudança no desempenho de diferentes papéis, e o de consumidor com expectativas e direito a cuidados seguros e de qualidade

Medir a QCE através da avaliação da SC é indispensável para uma gestão adequada dos recursos, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos cuidados e promove a centralidade do cliente no sistema de saúde, baseado na perceção e valorização dos serviços prestados.

Atualmente, os clientes mostram-se mais esclarecidos, exigentes e esperam elevados

padrões de qualidade e níveis de satisfação.

A OE considera como elementos importantes de satisfação respeitante aos processos de enfermagem: *“o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro, tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde”* (OE, 2001 p. 14).

A SC apresenta-se como um indicador de qualidade identificado pela OE, como enunciado de qualidade nos CE.

Tem havido um considerável esforço para desenvolver instrumentos de pesquisa para medir a satisfação. As leituras dos artigos apontam para uma necessidade urgente de diferenciação e padronização das definições e construções de satisfação e qualidade de serviço, e defende que o foco deve estar na medição da qualidade do serviço de saúde.

Apesar de ter sido criado em 1975, a Risser Patient Satisfaction Scale, continua a ser utilizada e validada por diversos autores, nomeadamente no Chipre e na Grécia, conforme se pode verificar nos estudos de Charalambous (2010) e Charalambous e Adamakidou (2012), respetivamente, onde foi adaptada e validada.

A avaliação da SC com os cuidados recebidos é cada vez mais uma necessidade das instituições de saúde, no entanto, existem atualmente alguns instrumentos adaptados e validados para a população portuguesa que visam avaliar a satisfação e qualidade dos serviços de saúde no geral, como são exemplo os instrumentos utilizados nos estudos de Abrantes (2012), e Pinto e Silva (2013).

Abrantes (2012) utilizou o Instrumento de Avaliação da Qualidade Hospitalar (IAQH). Este instrumento pretende avaliar vários aspetos da SC com os cuidados hospitalares. Foi o primeiro instrumento a ser adaptado e validado para a população portuguesa e é considerado como um dos instrumentos mais indicados para avaliar a qualidade do sistema de saúde português, por apresentar questões nucleares para a avaliação da satisfação com aspetos da qualidade dos cuidados hospitalares (Abrantes, 2012).

No estudo de Alves (2012), o formulário utilizado foi o SUCECS26 e os resultados revelam que de um modo geral os clientes se encontram satisfeitos com os CE. Refere também que as dimensões com maiores níveis de satisfação são o envolvimento do cliente,

a individualização da informação e a qualidade na assistência. Por outro lado, a dimensão que manifesta menor grau de satisfação é a formalização da informação (Alves, 2012).

No estudo “Monitorização da qualidade em saúde: Estudo da satisfação dos utentes” de Rosa e Cecília (2017), que pretendia avaliar a satisfação dos utentes de um Centro de Saúde da região Centro de Portugal e verificar associações existentes entre esta satisfação e algumas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais, veio reforçar o paradigma de que a SC com os cuidados prestados tem um carácter abrangente e multidimensional, depende de fatores também variáveis no tempo, no espaço e nas populações, tratando-se portanto de um processo dinâmico e subjetivo em constante construção.

Os clientes apresentam maior satisfação com os aspetos técnicos dos CE e menor satisfação com o nível de informação providenciada por parte dos enfermeiros Merkouris et al., (2013).

Ahmed, Shehadeh & Collins, ( 2013), demonstram que, no geral, os clientes se encontram moderadamente satisfeitos com os CE recebidos, apresentando maiores níveis de satisfação no que diz respeito à componente técnica dos CE e menor satisfação nas componentes interpessoais e de coordenação.

Das leituras efetuadas verifica-se que o conceito de Satisfação tem preocupado os enfermeiros gestores, considerando-o como um indicador significativo de QCE prestados, na medida em que, poderá traduzir-se numa importante ferramenta de gestão de recursos humanos, de materiais e a nível financeiro, numa procura constante de melhoria dos cuidados prestados.

No contexto da saúde, a SC é uma das variáveis essenciais a incluir nos modelos de gestão e governo da qualidade dos serviços.

### **III - GESTÃO EM ENFERMAGEM**

Toda e qualquer organização, deve ter como meta satisfazer os clientes fornecendo-lhes os produtos, os serviços e os ambientes que não cumpram só, as suas expectativas como ainda as excedam.

Na perspetiva de Lopes (2020), a organização, deverá orientar-se no planeamento focado da SC, na organização dos processos, assim como nas dinâmicas de liderança.

A gestão é como um processo de administração e coordenação de recursos de forma

eficaz e eficiente de modo a atingir os objetivos da organização Carvalho et al., (2014).

Considerando que os enfermeiros representam cerca de 90% dos profissionais na prestação de cuidados de saúde, é importante que os gestores tenham em conta a contribuição dos mesmos para a qualidade e efetividade dos cuidados (Aiken et al., 2002).

Considerando a ideia de Potra (2015), a gestão não se vincula somente às gestões de topo das organizações, mas prende-se com o exercício profissional dos enfermeiros chefes nas múltiplas intervenções, como gestão de pessoas, processos, de camas, de saúde e doença, de risco, de qualidade etc, ou seja, com a gestão a nível operacional.

A gestão é, uma área de intervenção da enfermagem essencial para a qualidade dos serviços disponibilizados à população, sendo precisamente uma das competências do enfermeiro gestor a promoção da “conceção e implementação de projetos e programas na área da qualidade, tendo em vista as melhores práticas profissionais, na equipa que lidera” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.5949).

O Enfermeiro Gestor é “o enfermeiro que detém um conhecimento concreto e um pensamento sistematizado, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão, com competência efetiva e demonstrada do exercício profissional nesta área; que tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que de forma direta ou indireta, interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação; agrega valor económico à Organização e valor social aos enfermeiros; é o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e QCE e o promotor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros; desenvolve o processo de tomada de decisão com competência relacional, de forma efetiva e transparente; assume uma atitude ética e de responsabilidade social, centrada no cidadão e na obtenção de resultados em saúde” (Regulamento nº 76/2018, Artigo 2, p.3478).

Os Enfermeiros Gestores no âmbito da organização dos CE devem fomentar nas suas equipas um cuidado centrado na pessoa, orientando os Enfermeiros para a prestação de cuidados dirigidos, não só para a prevenção de complicações, mas também com uma forte componente de promoção da saúde, uma vez que, a coresponsabilização dos clientes pela sua saúde e decisões terapêuticas pode aumentar a satisfação dos mesmos e trazer outros benefícios para a população, como melhores resultados em saúde e uma gestão mais eficaz dos recursos (Freire et al., 2016).

Cabe aos enfermeiros gestores, garantir a implementação e supervisão do conjunto de intervenções, integradas em programas de melhoria contínua da qualidade

Reconhecendo a elevada importância do exercício de funções de gestão por parte dos enfermeiros, de forma a assegurar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a Ordem dos Enfermeiros aprovou o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, sendo este publicado em Diário da República (Regulamento nº 101/2015).

Assim, de acordo com o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015), a Gestão em Enfermagem surge como uma estratégia fundamental para a qualidade dos cuidados prestados em qualquer unidade de saúde, destacando o enfermeiro gestor como o profissional técnica e cientificamente habilitado para responder com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação.

Segundo o Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2014; Regulamento nº 101/2015, 2015), os enfermeiros gestores determinam cuidados de qualidade ao desempenhar “um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde” (OE, 2014, p. 3) e de enfermagem e ao liderar a implementação dessas políticas, sendo a qualidade transversal a todo o Regulamento.

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, estão implicados na qualidade dos cuidados que prestam, sendo este, em última análise, o seu principal objetivo. A Ordem dos Enfermeiros, numa das suas publicações “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” que já atrás apresentamos refere que na “procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de SC” (OE, 2001, p. 13), referindo também que “a SC quanto aos CE constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados” (OE, 2005, p.52; Martins e Frutuoso, 2017; Cervilheri et al., 2020). Por essa razão, torna-se imperioso o conhecimento dos níveis e determinantes da SC com vista à excelência dos cuidados.

O enfermeiro gestor, enquanto responsável máximo pela gestão de cuidados, tem um papel fundamental na implementação de programas de melhoria da qualidade dos CE, uma vez que “o exercício de funções de gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional” (OE, 2018), sendo “...o responsável, em primeira linha, pela defesa da segurança e qualidade dos CE” (OE, 2018, p. 3478). Este deve

ter presente os enunciados descritivos de qualidade definidos pela OE - Padrões da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, e que os mesmos contribuem para a implementação de uma melhoria contínua dos CE.

De salientar que o cumprimento do enunciado descritivo “a organização dos CE” dos Padrões de QCE (OE, 2012) deverá ser garantido pelo Enfermeiro Gestor, já que lidera e impulsiona o desenvolvimento profissional da sua equipa e a construção de ambientes favoráveis à prática clínica, estando a gestão dos recursos humanos, materiais e equipamentos sob a sua responsabilidade.

Deste modo, o Enfermeiro gestor, para além das componentes administrativas (planeamento, organização, direção e controlo), tem também uma combinação de competências, entre as quais a liderança, a gestão do desempenho, o pensamento e planeamento estratégicos, a comunicação, a gestão de recursos humanos e a melhoria da qualidade, fundamentadas numa base de rigor, eficiência e eficácia (APEGEL 2010; Ferreira, 2015).

Liderar “é a habilidade de influenciar pessoas para que trabalhem com entusiasmo por objetivos identificados e voltados para o bem comum, com um caráter que inspire confiança e excelência” Hunter (2014, p.115).

Simonato (2019) corrobora destacando as características do líder por meio da letra “I” do alfabeto como ponto chave. O líder precisa “Influenciar” os membros de uma equipe de forma naturalmente, em que o mesmo deve se “Interessar” de forma sincera pelas pessoas e em consequência fica “Interessante” para a equipe, que é onde irão seguir e acatar seus conselhos.

Ainda na conceção de Simonato (2019), o autor constata que além do líder ser um influenciador, é necessário que ele seja uma pessoa interessada, por que saberá ouvi-los, conhecer as necessidades, os desejos e as mágoas da sua equipe, em que conseguirá influenciá-los de forma objetiva e assim obter ótimos resultados. Compete ao líder adaptar-se às novas realidades e ser capaz de comandar todos os seus membros pelos procedimentos de mudanças que progressivamente são fundamentais para as organizações em que os mesmos se encontrem dispostos para modificar as novas ameaças em oportunidades.

Importa referir que apesar do enfermeiro ser o líder responsável pelo serviço e possuir um papel importante na implementação e no desenvolvimento dos padrões de qualidade na sua unidade, é necessário reforçar a importância das boas práticas para toda a equipe de cuidados, com o intuito de promover uma assistência de qualidade e que atenda a expectativa

do cliente, na medida em que as exigências destes vêm sendo ampliadas com o passar do tempo.

O papel do enfermeiro gestor e/ou do líder é o de ajudar a dirigir as melhores práticas e estipular uma cultura correta de atuação. É necessário que esse líder possua competências necessárias para projetar, coordenar e promover os princípios e as práticas de QCE. A dificuldade encontra-se numa liderança interdisciplinar e interdepartamental, ou seja, em contínua colaboração com as diversas equipes multi e interdisciplinares, gestão de topo, autores de políticas e protocolos, universidades e a comunidade.

A liderança em enfermagem desempenha um papel central na qualidade do atendimento, que envolve quatro papéis fundamentais: facilitar comunicação contínua eficaz; fortalecimento intra e relacionamentos interprofissionais; criando e mantendo equipes; e envolvimento dos pares.

O enfermeiro como líder, é fundamental para fortalecer a comunicação com e dentro do time para atingir as metas, com o objetivo de prestar um atendimento de qualidade, promover a segurança do paciente e inovar.

Os enfermeiros gestores desempenham um papel fundamental na criação favorável e/ou positiva do APE e promoção da prestação de cuidados de qualidade. Também podem fornecer as ferramentas necessárias para o desenvolvimento profissional de enfermeiros e futuros gestores Lucas e Nunes (2020).

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) desenvolveu um Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão e para a definição de padrões de qualidade, ordenados através de eixos de intervenção. Estes eixos orientam as competências que o Enfermeiro Gestor deve colocar em prática e encontram-se descritos no fluxograma abaixo.

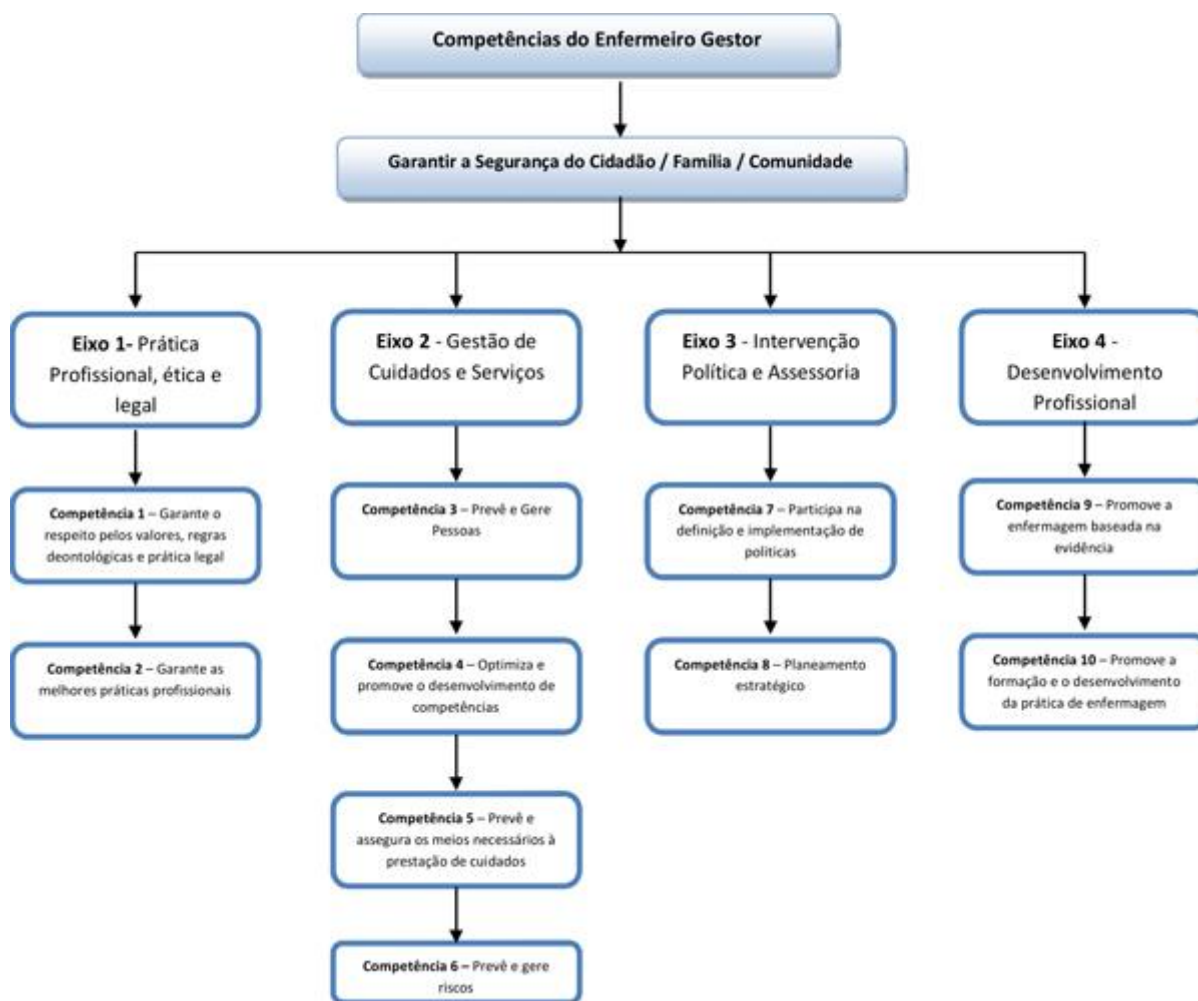


Ilustração 1 - Competências do Enfermeiro Gestor (Fonte: <http://www.apegel.org/paginas/pagina14>)

Assim, de acordo com a APEGEL, as competências dos Enfermeiros Gestores dividem-se em 4 eixos de intervenção. No Eixo de Intervenção 1 (Prática profissional, ética e legal), verifica-se que o Enfermeiro Gestor contribui para o desenvolvimento de boas práticas; gere os serviços tendo em conta o código deontológico e as práticas ético-legais; e utiliza *guidelines* de boas práticas de gestão nos serviços que lidera, para aumentar a qualidade dos serviços. O Eixo de intervenção 2 prende-se com a gestão dos cuidados e serviços. O Enfermeiro Gestor terá de ser capaz de gerir pessoas e por sua vez, promover o desenvolvimento das mesmas num ambiente seguro, identificando riscos e introduzindo medidas corretivas, mediante a utilização de planos de gestão de risco. O eixo 3 refere-se à intervenção política e assessoria. O enfermeiro Gestor deve implementar políticas na instituição que garantam as boas práticas, uniformização de procedimentos e a segurança nos cuidados. O último eixo refere-se ao desenvolvimento profissional, que o Enfermeiro Gestor

deve fomentar nos seus colaboradores. Estes elementos são importantes, uma vez que, para serem aplicadas boas práticas num serviço é necessário que quem o lidera se mantenha atualizado sobre o “estado da arte” de um determinado problema, fundamente as práticas de enfermagem baseadas em evidência científica atualizada e seja aberto à inovação e mudança.

Nas últimas décadas, em Portugal e em vários países europeus, tem-se assistido a profundas reformas do Sistema de Saúde conduzindo à introdução de novos modelos de gestão implicando grandes alterações ao nível das organizações. Contudo estas alterações assentam essencialmente em três pilares básicos: a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade face ao cliente (Ferreira & Silva, 2012)

A satisfação e a qualidade, dimensões presentes em vários estudos, podem ser percebidas por olhares diferentes. A perceção do enfermeiro prestador de cuidados, a perceção do enfermeiro gestor, a perceção do cliente/doente e a perceção da direção ou administração da organização (Fradique & Mendes, 2013).

De acordo com McSherry (2012), os enfermeiros gestores desempenham um papel significativo para permitir que os enfermeiros estejam na linha de frente para inovar e oferecer alta QCE centrado nos clientes evidenciando que se importam com estes.

Conhecer a SC acerca dos CE, pontos fortes e fracos, potencialidades e deficiências permite aos gestores alguns caminhos decisórios para a reorganização das atividades assistenciais, de gestão e de ensino, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

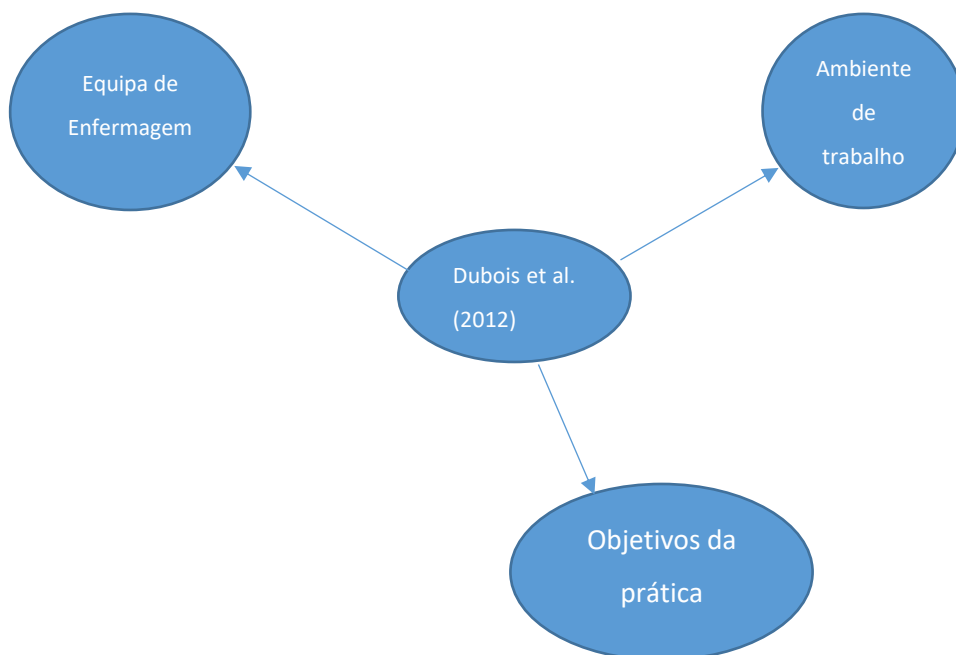
A qualidade em saúde tem valores e princípios quando se pensa no cliente como o centro de cuidados. É importante analisar os conceitos que os enfermeiros defendem nas suas práticas, como forma de inquirir a existência de um conjunto de certezas que retratem o compromisso existente num cuidar de qualidade. Assim, os modelos de enfermagem servem de guia à prática, à formação, à investigação e à gestão dos CE. A organização dos recursos de enfermagem é fundamental para o desempenho organizacional e os gestores são desafiados a encontrar modelos operacionais de prestação de cuidados, que maximizem o uso dos recursos de enfermagem disponíveis, assegurando segurança e qualidade dos cuidados prestados, ou seja, que forneçam inputs para um ambiente favorável à prática.

Os enfermeiros servem-se de modelos que auxiliam no processo de melhoria da qualidade da prática nas organizações de saúde.

Um desses modelos é o de Dubois et al., (2012), que apresentou uma taxonomia teoricamente e empiricamente fundamentada de modelos de organização de CE no contexto

de unidades de cuidados de agudos em Quebec, comparando as suas características distintivas. Esta abordagem mais integrada aos modelos de organização dos CE que leva em consideração três atributos organizacionais-chave: equipa de enfermagem, objetivos da prática e ambiente de trabalho. Como tal, esta estrutura garante uma compreensão mais profunda dos CE nas organizações de saúde.

O modelo postula que um modelo de prestação de CE é uma configuração específica de três dimensões conceituais (equipa de enfermagem, objetivos de atuação do enfermeiro e ambiente de trabalho de enfermagem) que interagem dinamicamente para influenciar os resultados de enfermagem (saúde e segurança no trabalho dos enfermeiros) e os cuidados prestados aos clientes (qualidade e segurança do atendimento ao cliente) (Ilust.2).



*Ilustração 2 - Esquematização explicativa das três dimensões essenciais de Dubois et al. (2012)*

Relativamente á equipa de enfermagem, esta é vista como uma dimensão essencial da prática de enfermagem eficaz, sendo necessário avaliar e determinar qual o apropriado número e tipos de competências necessários dos recursos humanos de enfermagem para dar resposta a um determinado contexto de prestação de cuidados (Dubois et al, 2012).

Depois, no que toca aos objetivos da prática, estes devem também ser um aspeto

considerado como essencial nos modelos de organização dos CE, uma vez que visam a prática, um componente significativo que identifica os cuidados que efetivamente correspondem às necessidades dos clientes e a compreensão do que isso representa em termos das capacidades e conhecimentos dos enfermeiros no dia-a-dia (Dubois et al, 2012).

Por fim, o ambiente de trabalho é outra dimensão fundamental. A garantia de que estão a ser prestados os melhores CE não depende apenas do pessoal de enfermagem, nem do âmbito da prática, mas engloba também o ambiente em que os enfermeiros prestam os cuidados, sendo esta uma dinâmica recíproca em que um influencia o outro constantemente. Isto significa que é também extremamente pertinente investir na criação de ambientes positivos por forma a criar nas organizações modelos de organização dos CE eficazes e inovadores (Dubois et al, 2012).

Os CE refletem o foco no cliente como estratégia para reduzir os danos decorrentes da situação de doença e promover a sua recuperação, garantindo a segurança do cliente a nível físico, psicológico e ambiental, pelo que outro contributo para o quadro de referência do presente estudo é o conceito de cuidados fundamentais ou “Fundamental Care” de Kitson et al., (2013), que se baseia na capacidade do enfermeiro para interagir com o cliente e ser capaz de o ajudar na resolução das suas necessidades de cuidados fundamentais. Este conceito não se centraliza no diagnóstico clínico, tratamentos ou resultados terapêuticos, mas permite que o cliente e o enfermeiro avaliem, planeiem, implementem e avaliem com segurança e competência os cuidados em torno das necessidades básicas do cuidado. Embora a situação clínica afete o desempenho dos cuidados fundamentais, explica-se que a contribuição do enfermeiro para a evolução do cliente está a ajudar a execução efetiva de tais necessidades básicas de maneira competente, respeitosa, pessoal e empática. Esta é a base do cuidado de enfermagem eficaz e é alcançada através do alinhamento consciente de três elementos principais: estabelecer a relação com o cliente; ser capaz de integrar as necessidades de cuidado do cliente; e assegurar que o sistema ou contexto de saúde mais amplo seja implicado e responda a essas tarefas centrais.

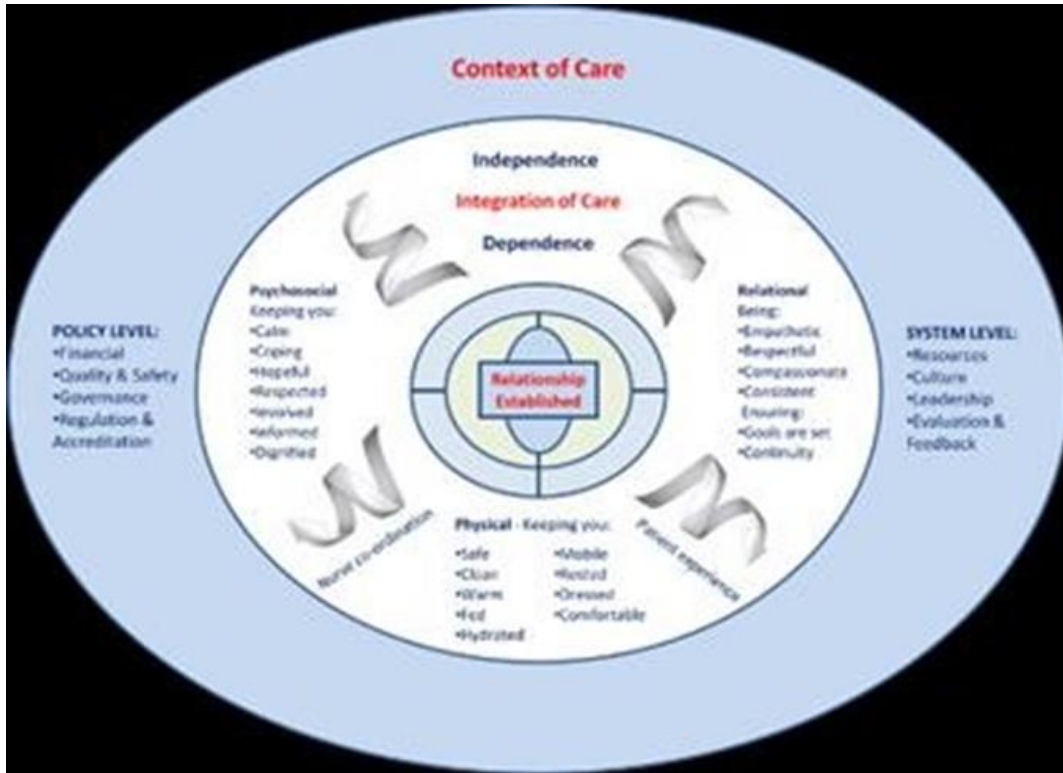


Ilustração 3 - The Fundamentals of Care Framework: Relational, Integrative and Contextual Dimensions Fonte: Kitson et al. (2013, p. 11)

O núcleo central do modelo conceptual em questão, remete-nos para o compromisso contínuo da relação do enfermeiro com o cliente e a forma como esta está protegida e é comunicada à restante equipa pelo enfermeiro. Cinco elementos centrais são estabelecidos neste ponto: foco, conhecimento, confiança, antecipação e avaliação. O enfermeiro inicia esta relação e garante que a informação recolhida é comunicada a todos os outros membros da equipa de saúde. Isto significa que o enfermeiro é responsável por assegurar que são mantidos, tanto a informação clínica como a integridade do relacionamento e comunicação. O núcleo representa o compromisso entre o enfermeiro e o cliente.

Existem três aspetos significativos da Integração do cuidar: a relação em curso; o físico, psicossocial e o aspeto relacional do próprio cuidado; a negociação do percurso clínico do cliente (da dependência para a independência ou gestão de dependência).

No elo exterior deste modelo identificam-se os fatores contextuais ao nível do Sistema e das Política de Saúde que facilitam ou inibem o cuidado. Foram identificados quatro tipos principais de facilitadores do Sistema: Recursos físicos e humanos, culturais, liderança e avaliação e feedback. Há também fatores facilitadores ao nível das Políticas de Saúde: governamentais, reguladores, políticos e financeiros.

Estes fatores não estão sob influência direta nem do enfermeiro nem do cliente, mas

precisam de ser identificados e discutidos como forma de melhorar os cuidados de saúde fundamentais.

Desse modo, fornece uma base teórica para uma melhor compreensão do complexo conjunto de elementos e relações inter-relacionados que definem a organização do serviço de enfermagem, e que melhoram o ambiente da prática.

A apresentação do modelo conceptual proposto pelo American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care que estabelece uma conexão entre os resultados obtidos nos doentes com a estrutura organizacional, com algumas variáveis dos próprios doentes e também com os cuidados de saúde que lhe são prestados (Mitchell et al., 1998). As conclusões destes estudos permitiram propor cinco áreas de resultados que podem ser associados aos CE: realização de autocuidados apropriados; demonstração de comportamentos promotores da saúde; qualidade de vida relacionada com a saúde, percepção do doente de ser bem cuidado e gestão de sintomas (Mitchell et al., 1998).

Para este trabalho de Dissertação apresenta-se de seguida o quadro de referência que norteia o mesmo:



*Ilustração 4 - - Quadro de referência que norteia este trabalho de Dissertação*

Este quadro de referência com três contributos teóricos justifica-se porque no ambiente da prática clínica o enfermeiro gestor apresenta-se como o profissional que se encontra em melhores condições de identificar as necessidades do cliente, da sua equipa e de reconhecer o impacto que os CE podem ter em ganhos em saúde.

As suas responsabilidades passam além da liderança de uma equipa e da garantia de

resposta às necessidades dos clientes, por projetos de melhoria contínua, pela formação contínua da sua equipa e por modos contínuos de avaliação de desempenho.

No desenrolar das suas funções dirigidas à qualidade, sustenta também a gestão de materiais e de recursos humanos, lida com o controlo de custos assim como monitoriza todo um serviço. Ainda cabe aos enfermeiros o estabelecer de prioridades, a tomada de decisão, o planeamento estratégico, a implementação de ações e a sua avaliação de modo contínuo, concreto, efetivo e responsável de modo a induzir no cliente um desenvolvimento pessoal e social com vista a atingir melhor saúde.

O empenho na melhoria da qualidade exige dos enfermeiros um esclarecimento e articulação entre o que estes fazem e o impacto das suas ações nos resultados e ganhos em saúde.

A reflexão a partir da ação e conseqüente planeamento e avaliação fornecem um processo dinâmico de novas perspetivas de conhecimento que integram o ciclo da melhoria da qualidade.

O grande desafio dos enfermeiros gestores é o de responsabilizar-se pela garantia da QCE prestados, planear e implementar ações que pretendam essa melhoria, criar estratégias que conduzam a eficiência, acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados, colaborar na avaliação dos cuidados e definir indicadores de avaliação. Além dessas responsabilidades deverá ser um elemento fundamental na promoção de atitudes profissionais corretas nas relações com os clientes garantindo a SC.

Como diz Fradique, et al., 2013, “É aos enfermeiros chefes/gestores que cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no seu serviço, devendo motivar e alertar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, estando atenta às necessidades do cliente para que os CE recebidos sejam de qualidade, garantindo a sua satisfação “.



## **PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO**



## I METODOLOGIA

No contexto da saúde, medir a SC coadjuva a melhorar a prestação dos CE, a priorizar as necessidades de capacitação e a distribuição de recursos disponíveis, potencialidades e deficiências.

Os gestores têm como objetivo fundamental, alcançar a implementação de um sistema de melhoria de qualidade, sustentados nos padrões de QCE definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Assim, o presente estudo teve particular importância ser desenvolvido numa ECCI de um ACES da região de Lisboa para avaliar a SC com os CE prestados por esta equipa, no sentido de melhorar os CE prestados.

A investigação em enfermagem consiste na pesquisa ou estudo sistemático e aprofundado, que valida e aprimora o conhecimento existente e promove o desenvolvimento de novos conhecimentos, sendo essencial para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência. Nesta sequência, são requisitos essenciais um planeamento sistemático e exaustivo, organização e persistência (Gray, Grove & Sutherland, 2017).

O conhecimento gerado através da investigação em enfermagem promove a sustentação científica, essencial em todas as áreas de enfermagem, sendo fulcral na maximização da qualidade dos cuidados à pessoa, família e comunidade (Grove et al., 2017).

Vários teóricos salientam que só através da investigação em enfermagem poderá verificar-se evolução da profissão e melhoria das práticas clínicas, com a criação de um corpo de conhecimentos próprio, que visa a sustentação da prática clínica e a delimitação do seu campo de intervenção, promovendo uma prática baseada na evidência (Gray et al., 2017).

Sustentada na revisão da literatura que fizemos sobre QCE, SC e Gestão em Enfermagem, a questão de investigação que surgiu foi: Qual a satisfação dos clientes com os CE prestados pelas ECCI.

Com base na questão de investigação elaborada, pretendeu-se alcançar os seguintes objetivos:

- **Objetivo geral:** avaliar a SC com os CE prestados por uma ECCI de um ACES da região de Lisboa.
- **Objetivos específicos:**
  - i) identificar a SC com os CE de uma ECCI de um ACES da região de

Lisboa relativa aos CE.

- ii) identificar o envolvimento e participação dos clientes; conhecer os CE esperados, as competências do enfermeiro, a organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento, a continuidade dos CE.
- iii) Caracterizar a percepção do cliente sobre a organização dos cuidados.

O desenho de pesquisa é o guia utilizado para o planeamento, implementação e análise do estudo (Gray et al., 2017).

No que se refere ao tipo de estudo, este é de abordagem quantitativa, descritivo e transversal. É quantitativo, uma vez que, tem por objetivo pôr em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, visando a generalização à população alvo através dos resultados obtidos com amostras, recolhendo para tal metodicamente dados verificáveis junto dos participantes e analisando-os com a ajuda de técnicas estatísticas (Gray et al., 2017).

E é descritivo e transversal pois fornece informação acerca da população em estudo, através da utilização de um grupo representativo sendo os dados colhidos num único momento (Almeida, 2017; Gray et al., 2017).

A população alvo deste estudo foram os clientes que em 2019 tiveram alta de uma ECCI de um ACES da região de Lisboa. O local de recolha de dados ocorreu na ECCI ou no domicílio do cliente que concordou em participar neste estudo.

Os critérios que permitiram a inclusão dos clientes neste projeto foram: admitido na ECCI e que tiveram alta, saber ler e escrever, que concordaram em participar no estudo mediante a assinatura do consentimento informado, ou do seu representante e que habitavam na área geográfica de abrangência da ECCI.

Como critérios de exclusão à participação neste projeto foram definidos: não compreender o português na versão oral e/ou escrita, residirem fora da área geográfica de abrangência da ECCI.

O tamanho da amostra do estudo foi constituído por 55 clientes de um ECCI de um ACES da região de Lisboa.

## II INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de recolha de dados neste estudo foi o questionário SATENF-ECCI [Versão2] “Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados” de Vilela (2018) que utilizou no âmbito do seu Doutoramento, intitulado: “Impacte do modelo de implementação das Equipas de Cuidados Continuados Integrados: Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem”. É um formulário que pretende avaliar a SC e seus cuidadores com os CE prestados pelas ECCIE as respostas são dadas numa escala tipo likert de 10 pontos, em que 1 representa muito insatisfeito e o 10 muito satisfeito.

A autorização do autor para aplicação do questionário encontra-se no anexo II e o formulário no anexo III.

O questionário SATENF-ECCI [Versão2] é constituído na primeira parte pela caracterização sociodemográfica da pessoa dependente e do cuidador (sexo, o estado civil, a profissão e o nível de escolaridade...). Na segunda parte, o formulário é constituído por 34 itens com seis dimensões cada uma delas sob a forma de uma subescala, com níveis de consistência interna elevados:

1. Acesso aos CE;
2. Envolvimento e participação dos clientes;
3. CE esperados;
4. Competências do enfermeiro;
5. Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento
6. Continuidade dos CE.

A terceira parte tem uma questão para avaliar a Satisfação Global e uma questão para Caracterização da Perceção sobre a Organização dos Cuidados.

A aplicação do formulário iniciou-se logo após autorização da Comissão de Ética da ARSLVT.

Ainda não existe nenhum estudo que utilizasse a escala que é aplicada neste trabalho.

### III CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No presente estudo, de acordo com Scott (2017) e Gray et al., 2017, foram tidos em conta os seguintes princípios:

- Princípio ético da beneficência, o que inclui a obrigação de fazer o bem, maximizar os benefícios para o participante e procurar também benefícios para a sociedade em geral; sendo que o valor supremo é sempre o bem-estar do indivíduo, acima de qualquer outro interesse da investigação;

- Princípio da não-maleficência, onde se garante não causar dano, protegendo o participante contra o desconforto e o prejuízo. Para tal, o investigador deverá realizar uma avaliação criteriosa de todos os riscos significativos e previsíveis a que será exposto o participante, com o objetivo de os evitar;

- Princípio da fidelidade, onde o investigador tem o dever de estabelecer confiança com o participante, garantindo o respeito pela sua intimidade, anonimato e confidencialidade, assegurando que não serão divulgadas as suas respostas nem estas o podem sequer identificar;

Princípio da justiça em que se pressupõe o direito a um tratamento justo e equitativo, em que todos os participantes receberão a mesma informação e receberão o mesmo tratamento.

Outro facto essencial, é a obtenção do consentimento livre, esclarecido e informado. Segundo Scott (2017), há dois elementos cruciais para a aquisição do mesmo: primeiro, o participante tem de ter a capacidade para compreender a informação que lhe está a ser oferecida relativamente ao estudo e suas implicações, bem como capacidade cognitiva para consentir a sua participação; em segundo, o participante tem de estar livre de coação, ou seja, tem de se garantir que participando ou não na investigação o indivíduo está sempre livre de repercussões. Ainda comparativamente ao consentimento, segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, artigo 6.º, esta deverá conter informação compreensível e suficiente para que possa ser tomada uma decisão informada, sendo que a qualquer momento o indivíduo pode retirar o seu consentimento sem que daí resultem quaisquer desvantagens ou prejuízos para si (UNESCO, 2006).

O investigador deverá ainda ter em conta o que será realizado com as respostas dos participantes após o fim do estudo. As informações pessoais dos participantes deverão ser

eliminadas por forma a proteger a intimidade dos mesmos, ou caso se pretenda utilizar os dados noutros futuros estudos, os participantes deverão dar o seu consentimento já sabendo desta particularidade (Scott, 2017).

As questões éticas abrangem ainda a necessidade de obtenção de autorização para realizar a colheita de dados nas organizações pretendidas, bem como a necessidade de outro tipo de autorizações que possam eventualmente existir e ser relevantes como é o caso do respeito pelos direitos de autor (Scott, 2017). Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e a Declaração de Helsínquia, o protocolo de investigação deve ser submetido a aprovação por uma comissão de ética para a investigação antes de se iniciar o estudo, comissão essa que deverá ser independente e transparente no seu funcionamento. Esta deverá averiguar se o projeto apresenta uma cuidadosa avaliação dos riscos e propõe medidas que os minimizem (UNESCO, 2006).

A recolha de dados foi realizada após a autorização da Comissão de ética da ARSLVT e do ACES onde o estudo foi efetuado (Ofício 9989/CES/2019).

De modo a garantir o consentimento informado do cliente, foi anexado ao questionário a informação acerca da finalidade do estudo, da voluntariedade da participação e da garantia da confidencialidade dos dados.

Após a obtenção da autorização por parte do ACES e da Comissão de Ética para a aplicação do questionário “SATENF ECCI”, procedeu-se à sua aplicação conforme cronograma em anexo IV.

O investigador deste estudo foi o único a ter acesso às respostas de cada participante.

No início de cada questionário fez parte do preenchimento, a identificação do participante através de um código do caso onde foi atribuído um número a cada um. A descodificação desta informação é propriedade apenas do investigador estando assegurado o anonimato e confidencialidade.



## IV APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Sendo um estudo quantitativo, o primeiro passo consiste em examinar os resultados e para que todo este processo seja exato e fidedigno, recorre-se a uma análise quantitativa dos dados, com recurso ao programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22 com recurso à estatística paramétrica.

Na análise dos resultados utilizar-se-á os procedimentos da estatística descritiva (valor mínimo e máximo), medidas de tendência central (média e moda) e medidas de dispersão (desvio padrão). O material empírico recolhido será guardado na ECCI, num armário fechado e guardado enquanto decorre o projeto sendo posteriormente destruído não sendo possível a identificação dos respondentes.

### AMOSTRA

Para a realização do nosso estudo pedimos a participação de 55 clientes de uma ECCI de um ACES da região de Lisboa que corresponde a taxa de resposta de 100%. Os dados foram recolhidos entre dezembro de 2019 a fevereiro de 2020. Para a nossa amostra foram apenas considerados os clientes que estavam internados nesta ECCI e que beneficiaram de CE durante ao ano de 2019.

#### **a) Pessoa dependente**

No que respeita à pessoa dependente a nossa amostra é constituída por 60% de participantes do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Com idades compreendidas entre os 30 e os 100 anos, com uma média etária de 75,6 anos ( $\sigma = 14$  anos). No gráfico seguinte pode-se ver a distribuição etária em pormenor.

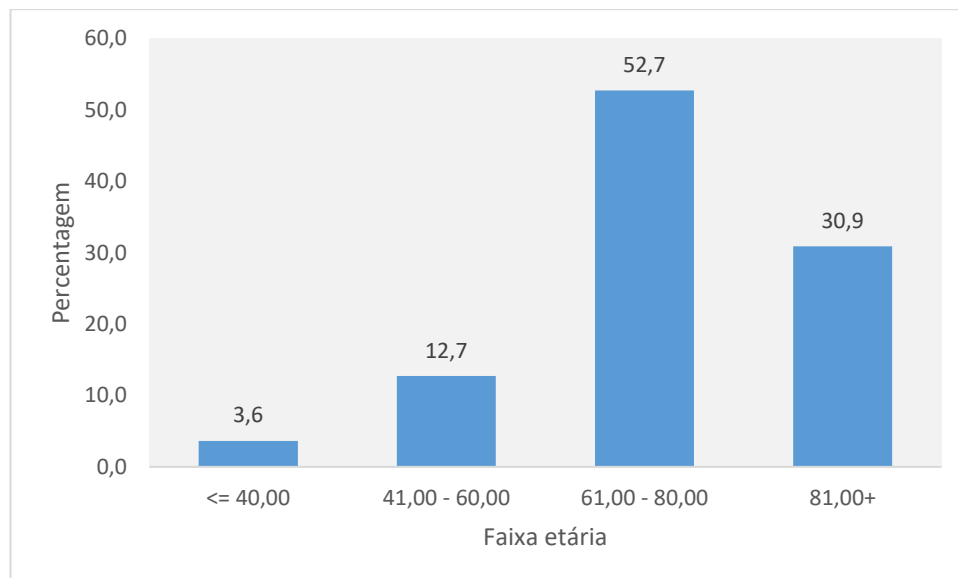


Figura 1 - Distribuição etária da amostra (%)

Note-se que mais de metade (82,7%) das pessoas dependentes que constituem a nossa amostra tem entre 61 e 80 anos.

Mais de metade (54,5%) é casado ou vive em união de facto, já 41,8% encontra-se em estado de viuvez. Apenas 3,6% é solteiro, como se pode ver no gráfico seguinte.

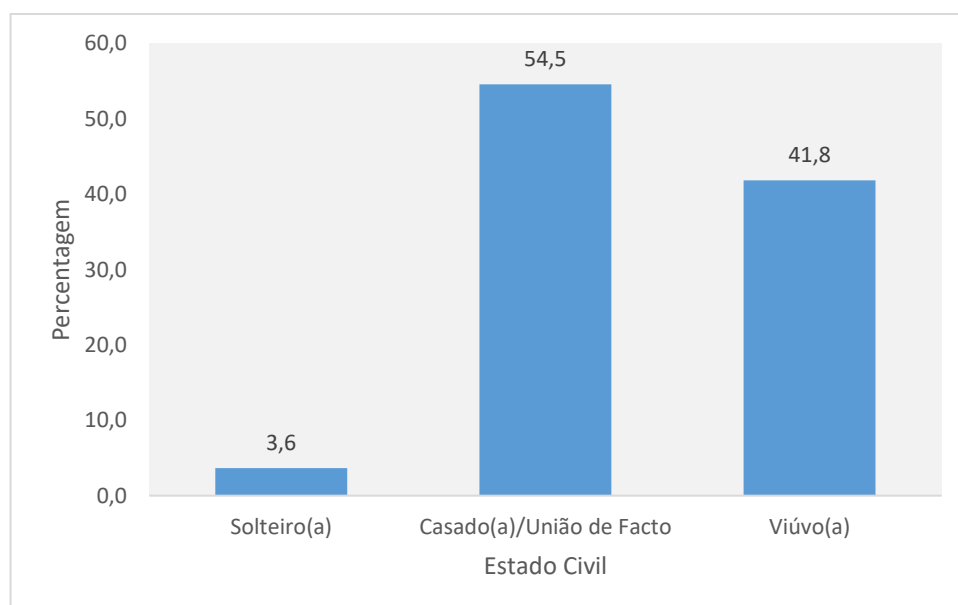


Figura 2 - Distribuição da amostra por estado civil (%).

No que respeita à profissão 92,7% já se encontra reformado. Cerca de 82% completou apenas o primeiro ciclo do ensino básico, 9% o ensino secundário e apenas 3,6% possui um curso superior.

Em média, e no período em que integrou a ECCI a pessoa dependente beneficiou do apoio de 1,89 pessoas (d.p.=0,81).

Todas as pessoas dependentes são de nacionalidade Portuguesa.

## b) Principal Prestador de cuidados

O principal prestador de cuidados é, na sua grande maioria, do género feminino (76,4%), apenas 23,6% dos cuidadores são do género masculino como ilustrado no gráfico seguinte.

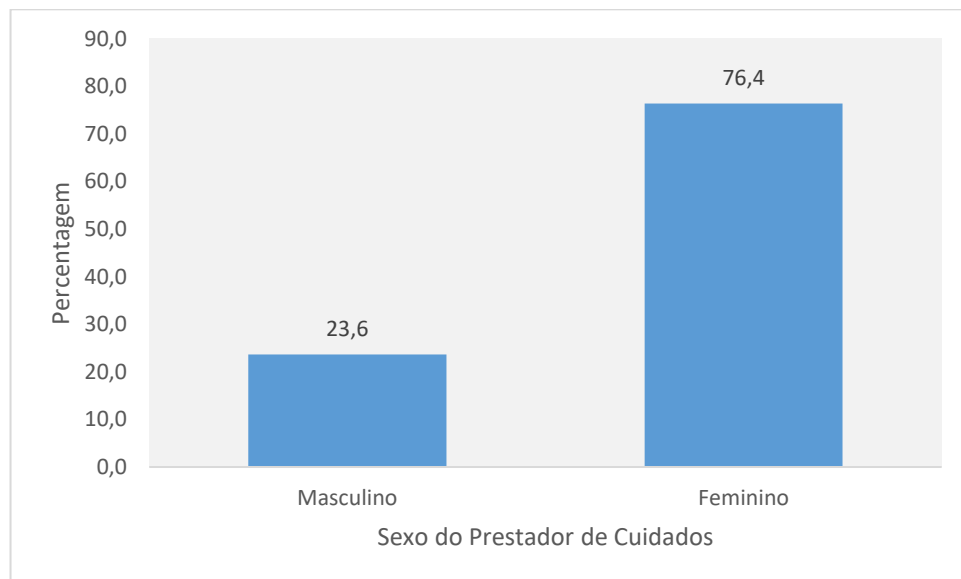
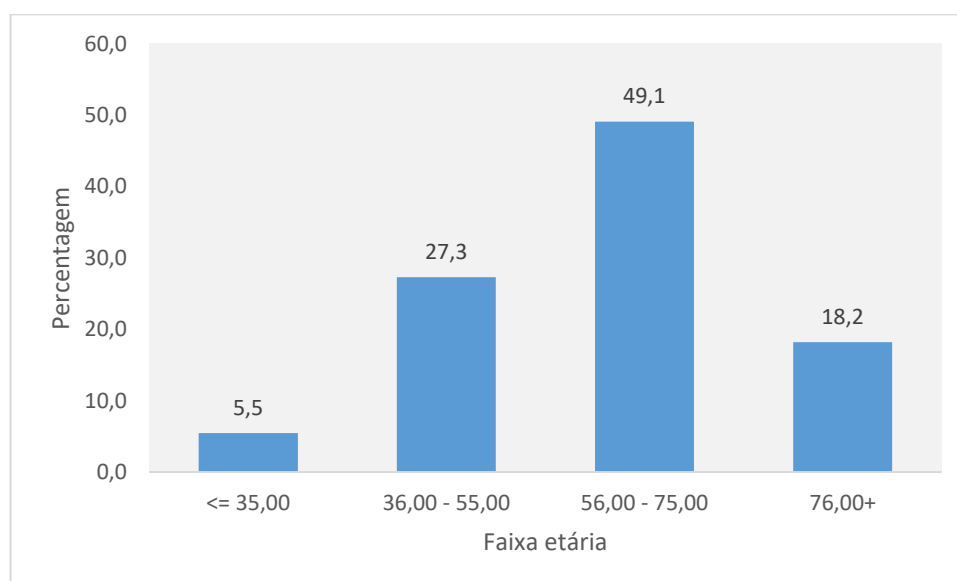


Figura 3 - Distribuição do sexo do prestador de cuidados

Na nossa amostra o prestador de cuidados tem idades compreendidas entre os 28 e os 90 anos, apresentando uma média de 62,3 anos ( $\sigma=15,37$  anos). No gráfico seguinte apresentamos a respetiva distribuição etária.



*Figura 4 - Distribuição etária do principal prestador de cuidados*

A análise deste gráfico revela que quase metade dos principais prestadores de cuidados estão na faixa etária dos 56 aos 75 anos.

Este prestador de cuidados é na sua grande maioria casado (85,5%), e detém uma escolaridade ao nível do ensino básico (67,3%), 14,5% completaram o ensino secundário e 9,1 detêm um curso superior.

No que respeita à sua ocupação profissional de notar que 43,6% já se encontra em situação de reforma e 38,2 % são trabalhadores não qualificados.

Este prestador é sobretudo cônjuge (41,8%), Filho(a) (29,1%) ou Genro/Nora (16,4%) da pessoa dependente, conforme se pode verificar no gráfico seguinte.

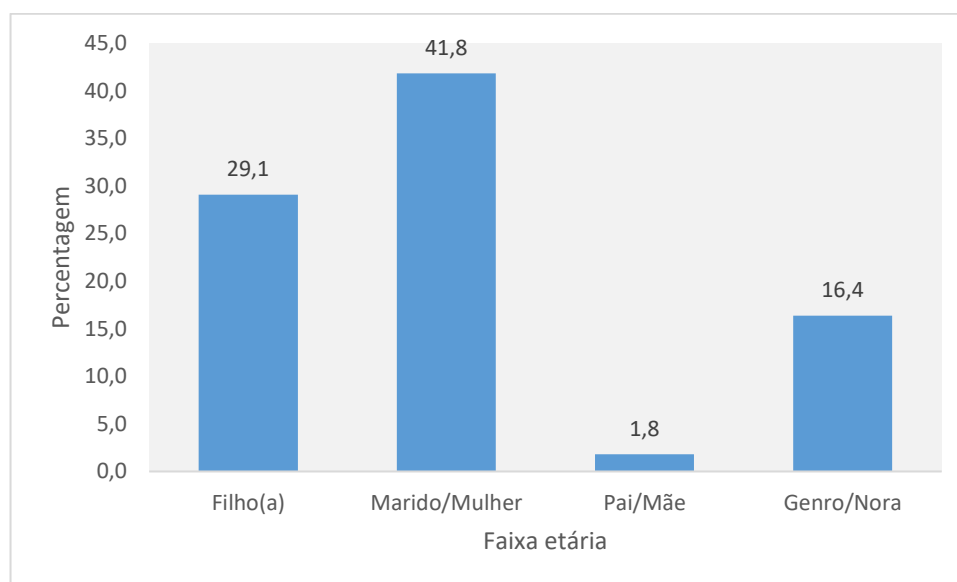


Figura 5 - Grau de parentesco entre a pessoa dependente e a principal prestador de cuidados

O prestador de cuidados tem em média uma pessoa a seu cargo (d.p.=.13) e dedica, em média, 18,16 horas por dia (d.p.=7,55) aos cuidados do seu dependente.

Todos são de nacionalidade portuguesa.

Na sua grande maioria não tinham experiência prévia a tomar conta de pessoas dependentes (81,8%) e já residia na mesma casa da pessoa dependente antes do período de agudização da sua dependência (85,5%). Daqueles em que isto não acontecia (n=8) um passou a residir com a pessoa dependente e sete residem no mesmo concelho da pessoa dependente.

Antes de avançar para a nossa análise é importante verificar os níveis de fiabilidade do nosso inquérito. Para tal efetuamos uma análise de fiabilidade a cada uma das dimensões deste instrumento e uma análise à sua totalidade.

*Tabela 1 - Análise de fiabilidade*

|   | N.º de Itens | Alpha de Cronbach |
|---|--------------|-------------------|
| <b>I – Acesso aos cuidados de enfermagem</b>                        | 8            | 0,996             |
| <b>II - Envolvimento e participação dos clientes</b>                | 8            | 0,997             |
| <b>III – Cuidados de enfermagem</b>                                 | 4            | 0,993             |
| <b>IV - Competências do enfermeiro</b>                              | 4            | 0,995             |
| <b>V – Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento</b> | 6            | 0,990             |
| <b>VI - Continuidade dos cuidados de enfermagem</b>                 | 4            | 0,997             |
| <b>Totalidade</b>   | <b>34</b>    | <b>0,999</b>      |

Todas as dimensões apresentam um nível de consistência interna (Alpha de Cronbach) bastante elevado. Em todas elas esse valor é superior a 99%.

No que respeita à totalidade do inquérito este apresenta uma consistência interna de 99,9%, valor muito bom.

Assim da análise dos nossos resultados verificamos que os níveis de fiabilidade do nosso formulário são elevados.

Os resultados estão resumidos na tabela seguinte:

### **c) Análise dos itens**

#### **I – Acesso aos cuidados de enfermagem**

A primeira dimensão do nosso formulário mede a SC face ao acesso aos CE.

Os resultados obtidos para os 8 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

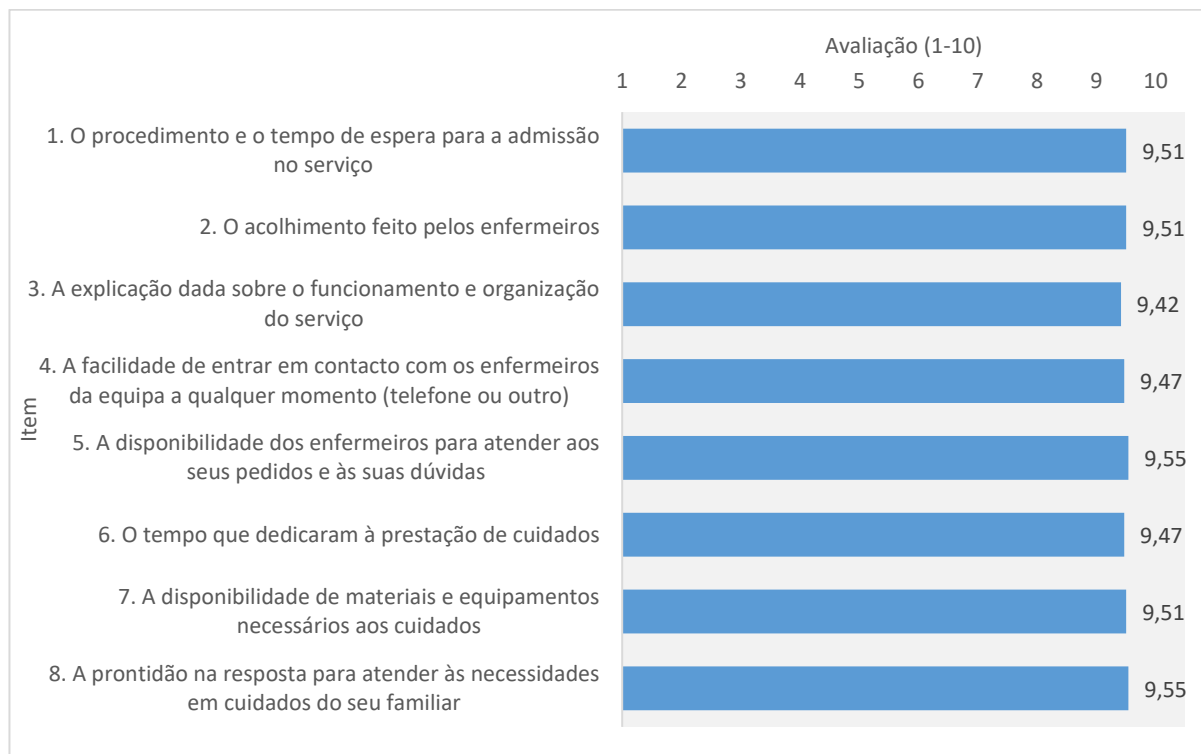


Figura 6 - Avaliação do acesso aos cuidados de enfermagem

Nesta dimensão todos os itens foram avaliados de forma muito positiva, obtendo todos uma média superior a 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

A disponibilidade dos enfermeiros e a sua prontidão na resposta foram ligeiramente melhor avaliados atingindo um valor médio de 9,55. Já a explicação sobre o funcionamento e organização do serviço é o item avaliado de forma menos positiva, ainda assim com uma avaliação média de 9,42.

## II – Envolvimento e participação dos clientes

A segunda dimensão do nosso formulário mede a SC face ao seu nível de envolvimento e de participação no processo.

Os resultados obtidos para os 8 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

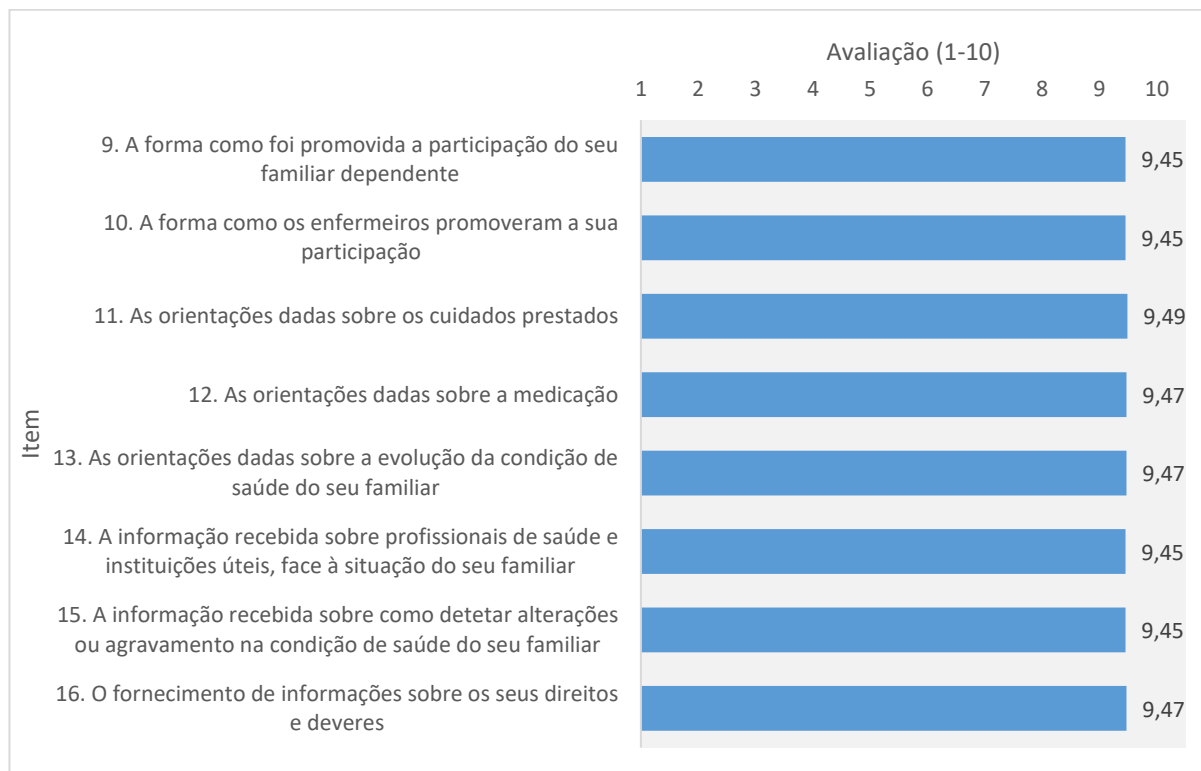


Figura 7 - Avaliação com o Envolvimento e participação dos clientes.

Em todos estes 8 itens foi obtida uma avaliação média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10. Assim, e tal como verificado na dimensão anterior, todos os indicadores desta dimensão foram avaliados de forma muito positiva.

A avaliação dos vários itens é muito semelhante. O item respeitante às orientações dadas sobre os cuidados prestados (média de 9,47 pontos) é ligeiramente melhor avaliado que os restantes.

### III – Cuidados de enfermagem

A terceira dimensão do nosso formulário mede a SC com os CE prestados.

Os resultados obtidos para os 4 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

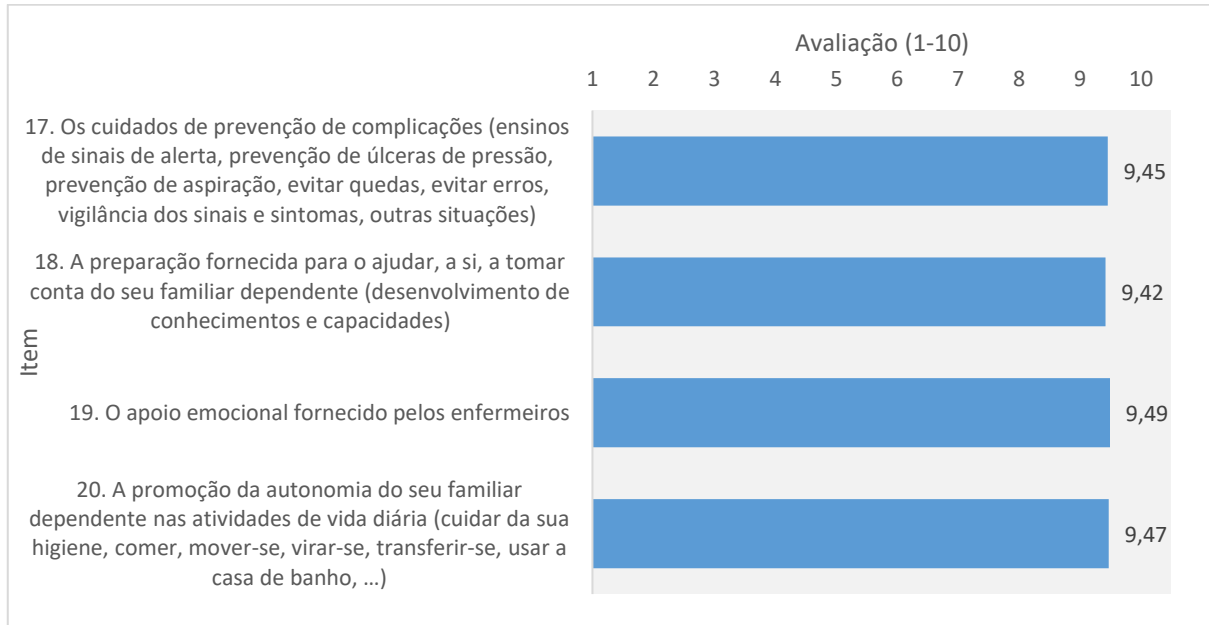


Figura 8 - Avaliação dos cuidados de enfermagem prestados.

Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

A avaliação dos vários itens é novamente muito semelhante. Não deixamos de reparar que o item avaliado de forma menos positiva é o respeitante à preparação para ajudar o prestador de cuidados a tomar conta do seu familiar dependente (média de 9,42 pontos), notamos ainda que este item é o segundo avaliado de forma menos positiva em todo o nosso formulário.

#### IV – Competências do enfermeiro

A quarta dimensão do nosso inquérito mede a SC com as competências dos enfermeiros.

Os resultados obtidos para os 4 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

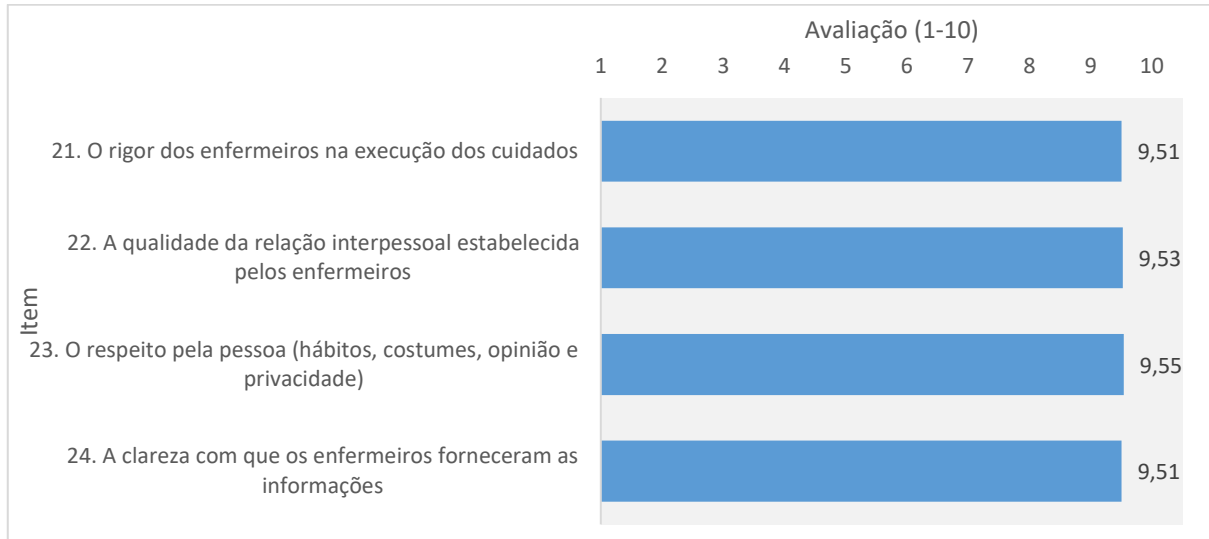


Figura 9 - Avaliação dos cuidados de enfermagem.

Esta dimensão destaca-se por todos os seus itens terem sido avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos eles valores médios superiores a 9,5 pontos na nossa escala de 1 a 10.

Apesar das avaliações serem muito idênticas destaca-se o item que avalia o respeito pela pessoa que obtém uma avaliação média de 9,55 pontos, sendo ligeiramente melhor avaliado nesta dimensão.

## V – Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento

A quinta dimensão do nosso inquérito mede a SC com a organização dos CE e a intensidade do acompanhamento efetuado.

Os resultados obtidos para os 6 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

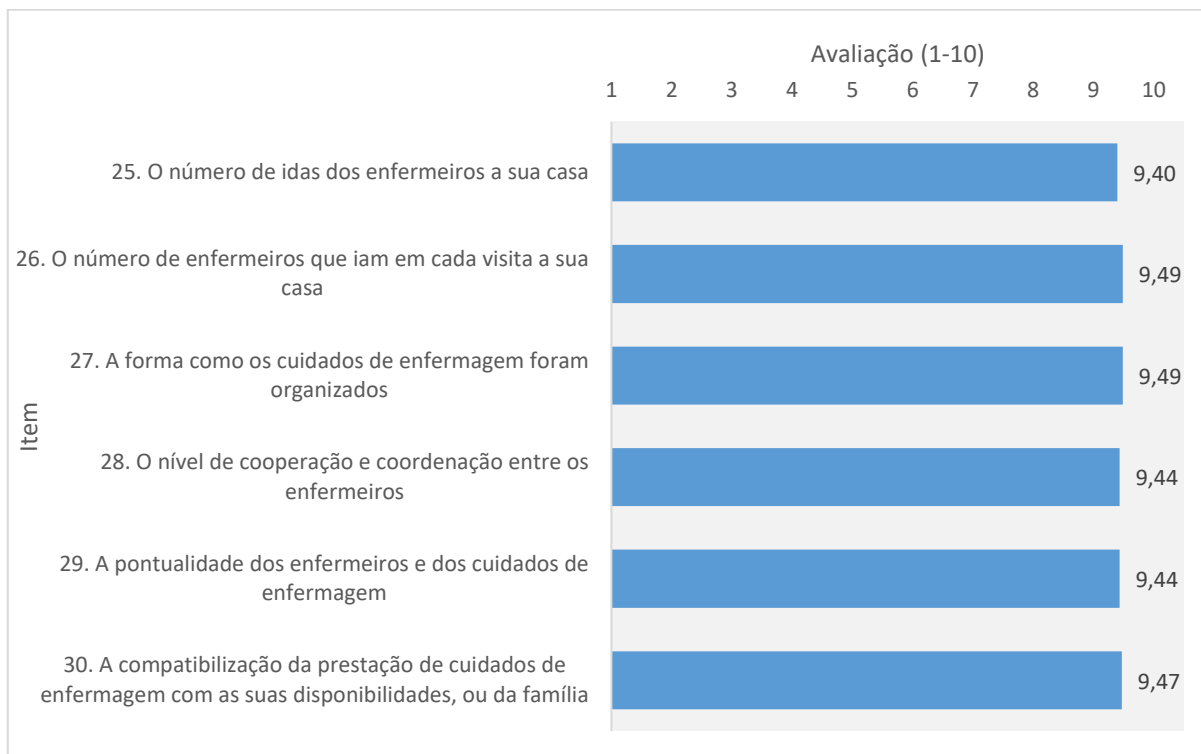


Figura 10 - Avaliação da organização e intensidade do acompanhamento

Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

Nesta dimensão, apesar de encontramos avaliações muito semelhantes, destacamos o item relativo ao número de visitas dos enfermeiros a casa. Este item obteve uma avaliação média de 9,40 pontos, sendo o avaliado de forma menos positiva de todo o nosso formulário. Já os indicadores relativos ao número de enfermeiro que participa em cada visita e o respeitante à avaliação da organização dos CE são ligeiramente melhores avaliados nesta dimensão com uma média de 9,49 pontos.

## VI – Continuidade dos cuidados de enfermagem

A quinta dimensão do nosso inquérito mede a SC com a continuidade dos CE.

Os resultados obtidos para os 4 itens constituintes desta dimensão foram os seguintes:

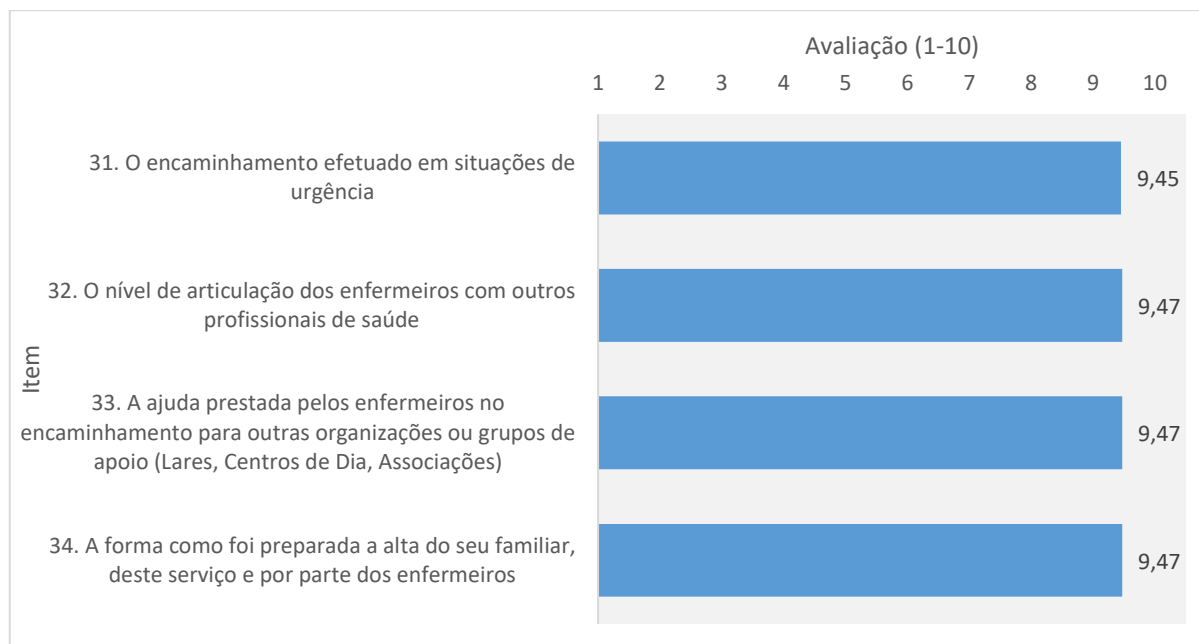


Figura 11 - Avaliação da Continuidade de cuidados de enfermagem

Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média acima dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

A avaliação dos vários itens é novamente muito semelhante. Apenas o item relativo ao encaminhamento efetuado em situações de urgência não obtém uma média abaixo dos 9,47 pontos.

### d) Análise das dimensões

Para analisar as várias dimensões que constituem o nosso formulário, bem como a relação que existe entre as mesmas, calculamos, para cada participante no estudo, uma score para cada uma das seis dimensões do nosso inquérito. Este score foi calculado pela média

das respostas que cada participante deu nas perguntas constituintes de cada uma das dimensões do nosso formulário.

Posteriormente calculamos a avaliação média de cada dimensão. O gráfico seguinte mostra os resultados obtidos para as seis dimensões e para a satisfação global.

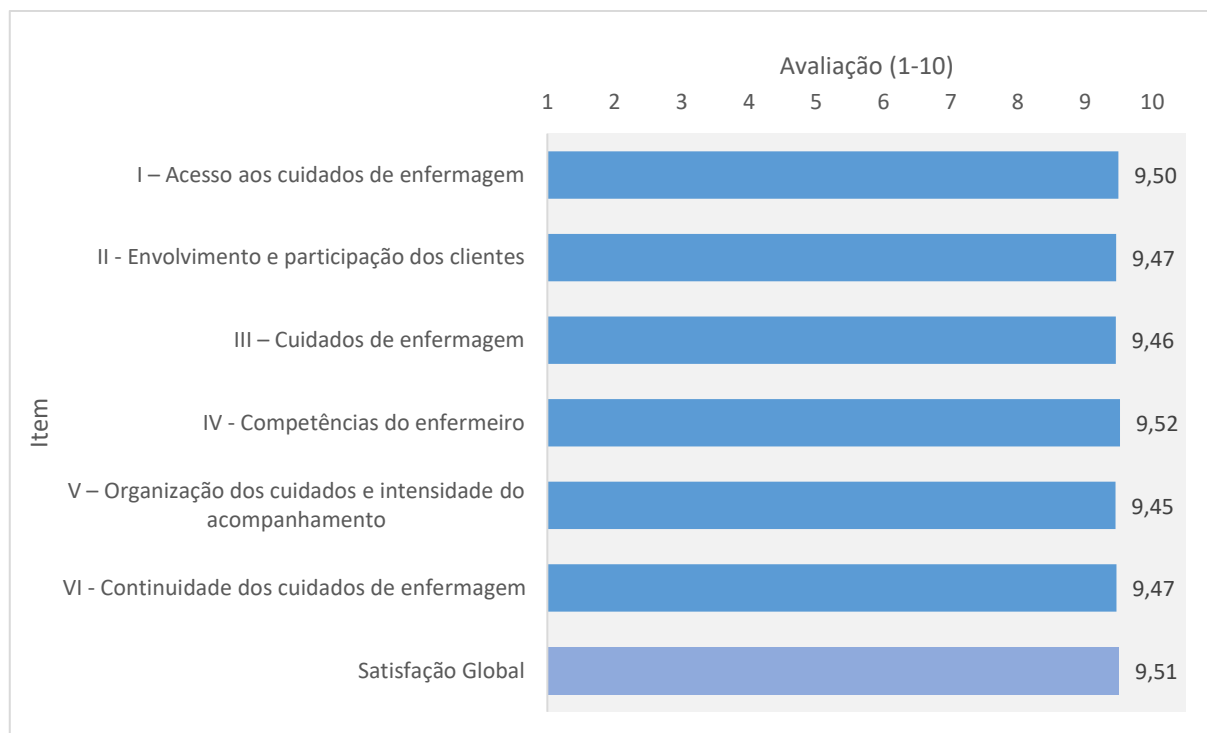


Figura 12 - Avaliação de cada dimensão e satisfação global

O gráfico mostra que todas as dimensões foram avaliadas de forma muito positiva. As dimensões respeitantes à avaliação das competências do enfermeiro e ao acesso aos CE são ligeiramente melhor avaliadas que as restantes, com avaliações a superar os 9,50 pontos. A dimensão avaliada de forma menos positiva é a relacionada com a organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento com uma avaliação média de 9,45 pontos (escala de 1 a 10).

Já o item de avaliação global também apresenta uma avaliação muito positiva com um valor médio de 9,51 pontos.

### e) Análise de correlação

Para aprofundar a nossa análise quisemos analisar a relação que poderá existir entre as várias dimensões do inquérito e entre estas e a satisfação global. Para tal usamos o coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de correlação de Pearson (r), também chamado de correlação linear ou r de Pearson, é um grau de relação entre duas variáveis quantitativas e exprime o grau de correlação através de valores situados entre -1 e 1. Quando o coeficiente de correlação se aproxima de 1, nota-se um aumento no valor de uma variável quando a outra também aumenta, ou seja, há uma relação linear positiva. Quando o coeficiente se aproxima de -1, também é possível dizer que as variáveis são correlacionadas, mas nesse caso quando o valor de uma variável aumenta o da outra diminui. Isso é o que é chamado de correlação negativa ou inversa. Um coeficiente de correlação próximo de zero indica que não há relação entre as duas variáveis, e quanto mais eles se aproximam de 1 ou -1, mais forte é a relação. Figueiredo et al., (2010).

A tabela seguinte resume os resultados obtidos:

Tabela 2 - Correlações entre as várias dimensões do inquérito e a satisfação global.

|  | I - Acesso aos cuidados de enfermagem | II - Envolvimento e participação dos clientes | III - Cuidados de enfermagem | IV - Competências do enfermeiro | V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento | VI - Continuidade dos cuidados de enfermagem |
|--|---------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------|--|--|
| I - Acesso aos cuidados de enfermagem                        | --                                    |   |                              |                                 |  |  |
| II - Envolvimento e participação dos clientes                | ,991**                                | --  |                              |                                 |  |  |
| III - Cuidados de enfermagem                                 | ,986**                                | ,991**  | --                           |                                 |  |  |
| IV - Competências do enfermeiro                              | ,993**                                | ,974**  | ,969**                       | --                              |  |  |
| V - Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento | ,991**                                | ,990**  | ,982**                       | ,985**                          | --   |  |
| VI - Continuidade dos cuidados de enfermagem                 | ,985**                                | ,990**  | ,993**                       | ,971**                          | ,982**   | --   |
| Satisfação Global  | ,987**                                | ,974**  | ,964**                       | ,984**                          | ,981**   | ,980**                                       |

\*\*= Correlação significativa para um nível de significância de 0.01.

A análise dos resultados expostos nesta tabela revela que a correlação existente entre as várias dimensões é muito forte, apresentando sempre coeficientes de correlação acima de 96%. Todas estas correlações são significativas para um nível de significância de 1%

( $\alpha=0,01$ ).

De particular interesse para o nosso estudo é a correlação apresentada entre as várias dimensões e a satisfação global. Todas as dimensões do nosso formulário apresentam uma correlação muito forte com a satisfação global, sendo o coeficiente de correlação sempre superior a 96%. As correlações com as dimensões de Acesso aos CE, Competências do enfermeiro e Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento superam os 98%. Todas estas correlações são significativas para um nível de significância de 1% ( $\alpha=0,01$ ).

#### **f) Análise de perguntas adicionais**

Os clientes foram ainda questionados sobre a importância de ter devidamente identificado um enfermeiro como sendo o responsável pelos cuidados prestados e sobre a recomendação dos cuidados da equipa de enfermagem a um amigo ou familiar. Os resultados estão sumariados na tabela seguinte:

*Tabela 3 - Resultados das perguntas adicionais*

| <b>Pergunta</b>  | <b>Sim</b> | <b>Não</b> |
|--|------------|------------|
| <b>É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar?</b> | 98,2       | 1,8        |
| <b>Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar?</b>                 | 100        | 0          |
| <b>Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?</b>                    | 94,5       | 5,5        |

De destacar que mais de 98% dos participantes diz-se capaz de identificar o enfermeiro que foi o principal responsável pelos cuidados prestados, a totalidade afirma que é importante ter esse mesmo profissional claramente identificado. Perto de 95% dos mesmos recomendaria os cuidados da equipa de enfermagem a um familiar ou amigo que necessitasse dos mesmos.

### **g) Sugestões**

O questionário conta ainda com uma pergunta que visa recolher algumas sugestões de melhoria para que a SC seja total. Das sugestões recebidas (n=24) a maior parte relaciona-se sobretudo com uma maior disponibilidade de tempo por parte da equipa de enfermagem (n=11), um aumento dos cuidados de fisioterapia (n=6), a existência de mais recursos materiais (n=2) e uma maior manutenção nos cuidados para recuperação do familiar (n=5).

## V DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na apresentação, análise e discussão dos dados pretendeu-se realçar os resultados mais significativos encontrados no trabalho de pesquisa efetuado de modo a confrontar esses resultados com os de estudos semelhantes.

Em relação á caracterização do estudo, as pessoas dependentes são maioritariamente do sexo masculino, cujas idades variam entre os 61 e os 80 anos de idade. São casados ou vivem em união de facto e são reformados na sua maioria. Relativamente ao nível de educação, tem o primeiro ciclo do ensino básico e no que respeita aos cuidados pela ECCI, cada cliente usufrui de cuidado de 1 ou 2 pessoas. Dados que corroboram com o estudo de Vilelas (2018), no que se refere à idade dos dependentes, verificou-se que a média de idades foi de 74,81e quanto ao estado civil dos participantes, verificou-se que a maioria (53,2%) dos dependentes eram casados ou em união de facto, enquanto cerca de 1/3 (35,6%) eram viúvos. Das pessoas dependentes, 18,9% referiu não saber ler, nem escrever; e 11,7% não tinham o 1º ciclo do ensino básico completo. A maioria (67,6%) referiu ter um dos ciclos do ensino básico completos.

Embora a dependência não seja exclusiva da idade, indubitavelmente que à medida que a idade avança aumentam as limitações funcionais, que são muitas vezes agravadas pela coexistência de doenças crónicas.

Quanto ao tipo de família, constatámos serem constituídas pela própria pessoa dependente e pelo cônjuge.

Isto remete-nos para um contexto em que a pessoa dependente é idosa, mas o prestador de cuidados também o é, e eventualmente também este com necessidades específicas.

Relativamente aos prestadores de cuidados, surge um perfil que veicula uma realidade social maioritariamente mulheres, entre os 28 e 90 anos de idade. No estudo de Vilelas (2018), no que se reporta ao sexo do prestador de cuidados foi encontrada uma grande diferença percentual, sendo que a maioria (79,3%) eram mulheres, tal como na maioria dos estudos de caracterização dos familiares cuidadores demonstram. Tomar conta de dependentes no seio das famílias é “tarefa das mulheres” (Parente, 2013). Metade estão na faixa etária dos 56-75 anos.

Numa análise interpretativa entre a idade do prestador de cuidados e a sua escolaridade, não nos surpreende que, relativamente à profissão, os prestadores de cuidados do estudo, à semelhança do que acontece noutros estudos (Ricarte, 2009), sejam, na sua maioria,

domésticos ou pensionistas/reformados, o que privilegia a concepção tradicional de cuidar da pessoa dependente em contexto familiar. O que não se verificou no estudo de Vilelas (2018) 13,1% tinham formação de nível superior e, destes, 10 (4,5%) era na área da saúde. A maioria (83,4%) referiu, também, ter um dos ciclos do ensino básico de escolaridade

Assim, o cuidador informal ou prestador de cuidados é a “pessoa que tem a função de cuidar de alguém com algum grau de dependência física ou mental e que necessite de ajuda (total ou parcial) para a realização de atividades da vida cotidiana” (Brondani et al., 2010, p. 505)

Na sua maioria não tinham experiência no cuidar e já residiam na mesma habitação antes do familiar ficar dependente. Dos 222 casos estudados por Vilelas (2018), 41,9% o familiar cuidador não coabitava com o seu familiar dependente, antes do episódio que determinou assistência por parte da ECCI. Destes, 40 (43%) passaram a coabitar.

Agora passamos á avaliação de cada um dos itens.

#### I – Acesso aos cuidados de enfermagem

A primeira dimensão do nosso formulário mede a SC face ao acesso aos CE. Nesta dimensão todos os itens foram avaliados de forma muito positiva, obtendo todos uma média superior a 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

A disponibilidade dos enfermeiros e a sua prontidão na resposta foram ligeiramente melhor avaliados atingindo um valor médio de 9,55. Já a explicação sobre o funcionamento e organização do serviço é o item avaliado de forma menos positiva, ainda assim com uma avaliação média de 9,42. No estudo de Vilelas (2018), o tempo que dedicaram à prestação de cuidados, foi aquele que manifestou valores menos positivos.

Adotar uma postura de disponibilidade, estabelecer relação de ajuda e empatia ou outra forma de comunicação, levam a que a pessoa se sinta acolhida e segura que é o que acontece nesta ECCI.

Conseguir garantir a disponibilidade de enfermeiros em qualquer altura, na quantidade certa, com a combinação adequada de competências, para se prestarem CE com qualidade e que correspondam às reais necessidades do cliente, é ainda um desafio a vencer pelos gestores de enfermagem.

Santos (2013), refere que é crucial o exercício da liderança dos enfermeiros gestores

para a operacionalização e otimização da dotação segura. Para tal, é preciso não descurar aspetos como a disponibilidade em tempo para os enfermeiros prestarem cuidados, sendo que, esse tempo deve ser equacionado através do uso de ferramentas que permitam a mensuração da carga de trabalho (necessidades de CE versus disponibilidade de CE). Destacamos este tema da avaliação da carga de trabalho, dado a sua importância na promoção da dotação segura, pois tem implicações ao nível da motivação, satisfação, exaustão emocional e física, assiduidade e intenção de mudança de emprego dos enfermeiros e também para os clientes, na qualidade e satisfação com os cuidados recebidos. (ICN,2006, 2007).

A informação dada pelos enfermeiros aos clientes constitui um dos fatores-chave para a satisfação quanto aos CE recebidos (Johansson, Oléni & Fridlund, 2002). É também um fator-chave na preparação da alta hospitalar, pois o aspeto educacional é imprescindível para garantir o autocuidado do cliente e até evitar possíveis reinternamentos decorrentes da falta de orientação (Atallah et al., 2013).

## II – Envolvimento e participação dos clientes

A segunda dimensão do nosso formulário mede a SC face ao seu nível de envolvimento e de participação no processo. Em todos estes 8 itens foi obtida uma avaliação média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10. Assim, e tal como verificado na dimensão anterior, todos os indicadores desta dimensão foram avaliados de forma muito positiva. O item respeitante às orientações dadas sobre os cuidados prestados (média de 9,47 pontos) é ligeiramente mais bem avaliado que os restantes. Igualmente estes resultados vão ao encontro dos de Vilelas (2018). A média mais baixa foi obtida no item relativo ao fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres. Estes resultados vão ao encontro dos obtidos nos estudos de Merkouris et al. (2013) – estudo em que se verificou que os clientes apresentam menores níveis de satisfação relativamente à formalização da informação pelos enfermeiros. Quer isto dizer que, é tem de se investir, em favor da qualidade dos cuidados e SC.

Em ambos os estudos se conclui que para obter maiores níveis de SC, os enfermeiros devem estar mais sensíveis à coordenação e aos aspetos interpessoais do cuidar, assim como

devem providenciar mais e melhor informação aos clientes com o intuito de promover a sua autonomia (Merkouris et al 2013; Ahmed et al., 2013).

Os resultados obtidos no estudo levado a cabo por Maqsood et al., (2012) encontram alguma semelhança com os resultados obtidos por Merkouris et al., (2013) e por Ahmed et al., (2013), indo também de encontro aos resultados obtidos por Suhonen et al., (2012) que realizaram um estudo no qual pretendiam analisar a relação entre a SC e o cuidado individualizado de enfermagem, em cinco países europeus. Os seus resultados evidenciaram que os clientes se encontravam, de um modo geral, satisfeitos com os CE recebidos, no entanto, tal como nos estudos referidos anteriormente, apresentavam menores níveis de satisfação relativamente às informações recebidas por parte dos enfermeiros e maior nível de satisfação com a vertente técnica dos CE.

Alcançar o nível ideal de SC com os CE resulta em melhor adesão dos clientes ao regime de cuidados de saúde e ao envolvimento no planeamento dos cuidados que lhe são prestados (Johansson et al., 2002).

A SC com os CE, pode ser afetada por diversos fatores: fatores relacionados com o cliente, como residência, história de hospitalização prévia; e fatores relacionados com o contexto, como disponibilidade dos enfermeiros, comportamentos dos enfermeiros e ambiente físico circundante (Ahmed, Shehadeh & Collins, 2013; Batbaatar, Dorjdagva, Luvsannyam, Savino & Amenta, 2016; Gill & White, 2009; Santos et al., 2017)..

Estes resultados indicam que os enfermeiros promovem efetivamente o envolvimento dos cuidadores em todas as etapas do plano de cuidados e poderão envolver menos os próprios clientes, talvez por estes últimos apresentarem elevada dependência e não possuírem capacidades cognitivas que lhe permitam intervir ativamente no planeamento, execução e decisão sobre os cuidados prestados. É importante mencionar que os cuidadores apresentam elevados níveis de satisfação, tanto na forma como percecionaram a promoção do envolvimento da pessoa dependente nos cuidados, como na forma como os enfermeiros das ECCI promoveram o envolvimento dos cuidadores em todo o processo do cuidar.

### III – Cuidados de enfermagem

A terceira dimensão do nosso formulário mede a SC com os CE prestados. Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10. A avaliação dos

vários itens é novamente muito semelhante. Não deixamos de reparar que o item avaliado de forma menos positiva é o respeitante à preparação para ajudar o prestador de cuidados a tomar conta do seu familiar dependente (média de 9,42 pontos), notamos ainda que este item é o segundo avaliado de forma menos positiva em todo o nosso formulário.

Estes dados também se verificam no estudo de Vilelas (2018), sendo que o que obteve nível mais baixo foi o item referente à preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si ( $X=7,92$ ). Do exposto importa extrair a necessidade de não descurar a promoção da autonomia, até ao máximo potencial dos dependentes, a par da preparação dos prestadores de cuidados.

Os enfermeiros identificam necessidades de CE, planeiam as intervenções, intervêm e avaliam os cuidados prestados para reequacionar nova intervenção por forma a alcançar sempre a SC (Atallah, Hamdan-Mansour, Al-Sayed & Aboshaiqah, 2013; Karaca & Durna, 2019; Wai, Chi-Yang & Wen, 2013). Avaliar a SC com os CE é importante para determinar a satisfação geral com os cuidados de saúde prestados. No entanto há situações em que os enfermeiros precisam de mostrar maior interesse para com os clientes e as suas necessidades em saúde (Karaca & Durna, 2019).

A equipa de enfermagem ocupa uma posição de relevo na forma como influencia a SC com os cuidados recebidos, pois é responsável pela prestação direta de cuidados aos clientes, pela organização dos CE pela coordenação e gestão desses cuidados.

Os clientes ao serem considerados em relação às suas expectativas, apresentam melhores condições de responder positivamente às intervenções terapêuticas, pois são envolvidos no plano de CE aderindo melhor às estratégias e cuidados propostos (Atallah et al., 2013; Johansson et al., 2002; Santos, Sardinha & Santos, 2017).

Na perspetiva das organizações de saúde a avaliação da SC tem sido uma estratégia para compreender os fatores que influenciam a perceção da qualidade dos cuidados, na perspetiva dos clientes (Alhusban & Abualrub, 2009; Crow et al., 2003; Gill & White, 2009; Karaca & Durna, 2019).

A SC é uma das principais preocupações dos sistemas de saúde. Clientes satisfeitos são mais propensos a terem um bom relacionamento com os profissionais, o que sugere melhoria da qualidade dos cuidados. Clientes satisfeitos com os cuidados que lhes foram prestados significa que obtiveram melhores resultados para os próprios (Alhusban & Abualrub, 2009; Atallah et al., 2013; Fan, Burman, McDonell & Fihn, 2005; Freitas et al., 2014).

Foram desenvolvidos estudos para determinar o nível de SC com os CE, como na Malásia (Wai et al., 2013), Brasil (Freitas et al., 2014; Santos et al., 2017) e Arábia (Atallah et al., 2013). Estes estudos demonstraram que a SC com os CE é no geral alta (Atallah et al., 2013; Freitas et al., 2014; Santos et al., 2017; Wai et al., 2013).

A opinião dos clientes sobre suas expectativas e satisfação com os CE pode ser considerada uma importante oportunidade para o enfermeiro planejar e implementar estratégias adequadas que melhorem a QCE (Maqsood, Oweis & Hasna, 2012).

#### IV – Competências do enfermeiro

A quarta dimensão do nosso inquérito mede a SC com as competências dos enfermeiros. Esta dimensão destaca-se por todos os seus itens terem sido avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos eles valores médios superiores a 9,5 pontos na nossa escala de 1 a 10. Apesar das avaliações serem muito idênticas destaca-se o item que avalia o respeito pela pessoa que obtém uma avaliação média de 9,55 pontos, sendo ligeiramente melhor avaliado nesta dimensão. Também aqui se verificou no estudo de Vilelas (2018) que o item que obteve média mais elevada de satisfação, desta subescala, foi O respeito pela pessoa ( $X=9,41$ ). A média mais baixa foi obtida no item O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados ( $X=9,03$ ).

Os valores de satisfação mais elevados recaem nas questões relativas ao respeito que os enfermeiros demonstram pela pessoa, pelos seus hábitos e costumes, assim como pela sua opinião e privacidade. Estes resultados são confirmados por Maqsood et al. (2012), que refere que os clientes manifestam maior satisfação com o aspeto técnico e ético dos CE.

Wagner e Bear (2009) vão mais longe e sugerem que o apoio emocional, a informação sobre a saúde, a inclusão do cliente no processo de decisão, e as competências técnicas e profissionais dos enfermeiros também representam um grande impacto na SC.

Os resultados revelam assim que os enfermeiros das ECCI, mesmo prestando cuidados no domicílio dos clientes e cuidadores, demonstram grande atenção ao princípio da dignidade humana e respeito pelos clientes e seus cuidadores.

## V – Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento

A quinta dimensão do nosso inquérito mede a SC com a organização dos CE e a intensidade do acompanhamento efetuado. Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média na ordem dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10.

Nesta dimensão, apesar de encontramos avaliações muito semelhantes, destacamos o item relativo ao número de visitas dos enfermeiros a casa. Este item obteve uma avaliação média de 9,40 pontos, sendo o avaliado de forma menos positiva de todo o nosso formulário. Já os indicadores relativos ao número de enfermeiro que participa em cada visita e o respeitante à avaliação da organização dos CE são ligeiramente mais bem avaliados nesta dimensão com uma média de 9,49 pontos. Em Vilelas (2018), o item com o mais elevado nível de satisfação nesta subescala foi O número de enfermeiros que iam em cada visita ( $X=9,41$  e  $X=9,81$ , respetivamente). A média mais baixa foi verificada no item O número de idas dos enfermeiros a sua casa.

A orientação para o cliente é fundamental e cada vez mais uma tarefa exigente, devido ao grau de informação crescente bem como ao grau de exigência do cliente. Assim, os serviços de enfermagem devem seguir os passos das grandes organizações, devendo empenhar-se e dedicar-se de modo a proporcionar cuidados confiáveis e seguros, para que o cliente fique satisfeito e retorne (Freitas et al., 2014).

Apesar de ser um valor baixo, revela que o número de visitas domiciliárias pode ser ajustado, com o intuito de aumentar a satisfação dos cuidadores. Neste sentido, Otani et al. (2012) sugerem que para aumentar a SC, devem-se melhorar e aumentar os cuidados e pessoal de enfermagem.

## VI – Continuidade dos cuidados de enfermagem

A quinta dimensão do nosso inquérito mede a SC com a continuidade dos CE. Também nesta dimensão todos os indicadores foram avaliados de forma muito positiva, obtendo-se para todos uma média acima dos 9,4 pontos na nossa escala de 1 a 10. A avaliação dos vários itens é novamente muito semelhante. Apenas o item relativo ao encaminhamento efetuado

em situações de urgência não obtém uma média abaixo dos 9,47 pontos, tal como se verifica no estudo de Vilelas (2018). –

A SC é definida como o grau de coerência entre as expectativas e a percepção do indivíduo sobre os cuidados recebidos (Crow et al., 2003; Johansson et al., 2002; Rafill, Hajiezhad & Haghani, 2009) que reflete a avaliação cognitiva e emocional dos clientes com base em experiências anteriores (Mulugeta, Wagnaw, Dessie, Biresaw & Habtewold, 2019).

Também pode ser compreendida como o grau em que os cuidados de enfermagem atendem às expectativas dos clientes em termos da arte do cuidado, da qualidade técnica, do ambiente físico, da continuidade de cuidados prestados e da eficácia dos resultados (Crow et al., 2003; Johansson et al., 2002; Mulugeta et al., 2019).

Entre os fatores que influenciam a SC com os CE destacam-se aqueles que envolvem o relacionamento entre enfermeiro e clientes (Atallah et al., 2013; Karaca & Durna, 2019) o apoio afetivo, as informações sobre a saúde, o controle da decisão pelo cliente e a competência técnica do profissional que o assiste (Ahmed et al., 2013; Johansson et al., 2002; Wai et al., 2013).

Os estudos de SC passam por ser sobre a avaliação da percepção dos clientes sobre a qualidade dos cuidados prestados e são as organizações que se devem concentrar na qualidade CE percebida pelos clientes (Johansson et al., 2002).

Passamos agora á Analise das dimensões:

Todas as dimensões foram avaliadas de forma muito positiva. As dimensões respeitantes à avaliação das competências do enfermeiro e ao acesso aos CE são ligeiramente mais bem avaliadas que as restantes, com avaliações a superar os 9,50 pontos. A dimensão avaliada de forma menos positiva é a relacionada com a organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento com uma avaliação média de 9,45 pontos (escala de 1 a 10).

Já o item de avaliação global também apresenta uma avaliação muito positiva com um valor médio de 9,51 pontos.

Ainda assim, constataram-se correlações positivas e altamente significativas entre as dimensões e a satisfação global, indicando que o formulário é indicado para avaliar a SC e dos seus cuidadores.

A SC e seus cuidadores foi de um modo geral muito elevada, tanto nas seis dimensões

identificadas como na satisfação global.

Para aprofundar a nossa análise quisemos analisar a relação que poderá existir entre as várias dimensões do inquérito e entre estas e a satisfação global. Para tal usamos o coeficiente de correlação de Pearson.

De particular interesse para o nosso estudo é a correlação apresentada entre as várias dimensões e a satisfação global.

Todas as dimensões do nosso formulário apresentam uma correlação muito forte com a satisfação global, sendo o coeficiente de correlação sempre superior a 96%. As correlações com as dimensões de Acesso aos CE, Competências do enfermeiro e Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento superam os 98%. Todas estas correlações são significativas para um nível de significância de 1% ( $\alpha=0,01$ ).

Os resultados do estudo tornaram evidente que a SC, em cada uma das seis subescalas adotadas, era elevada. Os melhores resultados verificaram-se nas dimensões: Competências dos enfermeiros; Organização dos cuidados e intensidade do acompanhamento; e, Acesso aos CE.

As dimensões com valores médios de satisfação “menos elevados” foram: CE prestados; Envolvimento e participação dos clientes; e, Continuidade dos CE. Os scores elevados de satisfação, em parte, poderão ser explicados por aquilo que, à partida, eram as expectativas dos clientes, até em função do que emergiu das entrevistas exploratórias realizadas na fase inicial da investigação. A correlação entre os níveis de SC, nas diferentes dimensões estudadas, e os ganhos em saúde tem pouco significado, o que nos leva a admitir que, por agora, a SC ainda está pouco dependente dos resultados em saúde.



## CONCLUSÕES

Neste último capítulo da dissertação, pretendemos reunir os aspetos mais significativos, resultantes da investigação efetuada, tendo em consideração os seus objetivos. Tal obriga a que sejam tecidas considerações, oriundas do percurso efetuado, que se circunscrevem à análise de uma realidade particular dos cuidados de saúde, e, neste caso concreto, a análise em torno da satisfação com os CE prestados pelas ECCI.

Os dados demográficos relacionados com o envelhecimento da população justificam, cada vez mais, a tendência de cuidados de saúde prestados no domicílio, pelo que os enfermeiros encontram neste contexto, novos desafios de desenvolvimento de investigações sobre práticas eficazes e baseadas em evidências, sendo urgente a direccionalidade das suas atenções para esta área tão significativa e útil para as populações.

Partimos para a realização desta dissertação com a finalidade de contribuir para a melhoria da QCE prestados numa ECCI, através da aplicação de um instrumento que permitia a caracterização da SC com os CE.

O quadro conceptual e a sua interação com a análise e discussão dos dados, permitiram o atingimento dos objetivos centrais da investigação aqui reportada, obtendo-se um conhecimento mais profundo, sobre a forma como a SC com os CE prestados no contexto domiciliário tem sido estudada. Verificou-se através da evidência científica, que são escassos os estudos sobre a SC em contexto de CSP.

Este facto justificou a pertinência do desenvolvimento desta dissertação, para compreender e sistematizar a forma de avaliar a SC com os CE e que estes contribuem para as práticas dos enfermeiros, dos enfermeiros gestores, para a organização dos CE e ainda da administração das organizações de saúde.

Importa aqui contextualizar principais conclusões, os clientes dependentes e os prestadores de cuidados, no geral estão satisfeitos com os CE, o que não permite, que se deixe de alinhar com uma de política de gestão da qualidade dos cuidados prestados pelas ECCI.

Uma parte significativa dos clientes dependentes referenciados para as ECCI são pessoas com limitado potencial para nos fornecerem a sua visão sobre os cuidados. Todavia, no contexto das ECCI, existe sempre ou quase sempre o cliente dependente e o seu familiar cuidador. Este familiar cuidador poderá ser, absolutamente decisivo para se

conhecer a satisfação com os cuidados prestados pelas ECCI. Quanto às características sociodemográficas dos clientes, são pessoas idosas e com níveis de escolaridade “baixos”. Das seis dimensões analisadas verifica-se no geral com boa pontuação, no entanto destacam-se o Acesso e as Competências do Enfermeiro as mais bem cotadas. As menos pontuadas foram o envolvimento e participação dos clientes, CE, organização dos cuidados e intensidade no acompanhamento e continuidade de cuidados.

Apesar dos valores relativos às dimensões da satisfação serem elevados, a análise aos itens específicos de cada dimensão, podem ajudar a perceber onde se obtiveram valores mais baixos ou menos “positivos” de satisfação. Apesar disso, estas parecem ser as áreas onde se pode investir na melhoria, sendo um bom ponto de partida para a reflexão sobre a forma como a prestação dos cuidados de enfermagem está a ser efetuada. Como sejam, melhorar na explicação sobre o funcionamento e organização do serviço; alargar o tempo de dedicação ao prestador de cuidados bem como prepará-lo para prestar cuidados ao cliente dependente e aumentar o número de visitas.

Este é um problema que os gestores enfrentam no contexto das UCC e, em particular nas ECCI o número de recursos humanos que constituem as unidades. Aqui, pelo tipo de cuidados que são prestados os rácios enfermeiro-cliente assumem particular relevância. A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento n.º 533/2014, de 2 de dezembro de 2014, emite a norma para o cálculo de Dotações Seguras dos CE. Relativamente ao cálculo de dotação de enfermeiros nas UCC, o regulamento define o rácio de, pelo menos, um enfermeiro por cada 5.000 habitantes, preferencialmente especialistas, dependendo das características geodemográficas e sociais da população em que se insere e do número e tipologias de projetos que cada UCC contempla. Sobre este último ponto, é muito relevante o número de vagas que a unidade disponibiliza para as equipas domiciliárias da RNCCI que as integram ECCI. Este regulamento acrescenta ainda que, para além da observação das questões atrás referidas, as ECCI devem integrar enfermeiros especialistas de Reabilitação com um rácio de um enfermeiro para cada sete clientes (Regulamento n.º 533/2014)

A satisfação é influenciada diretamente pela qualidade dos cuidados prestados, pelo profissionalismo, pela acessibilidade e pela qualidade técnica e eficiência, pela comunicação, pelo valor percebido, pelo envolvimento, pela imagem e pela equidade.

Conhecer a SC acerca dos CE, pontos fortes e fracos, potencialidades e deficiências permite aos gestores alguns caminhos decisórios para a reorganização das atividades

assistenciais, de gestão e de ensino, conduzindo a uma melhoria contínua da QCE, melhoria da segurança do cliente, obtenção de resultados nas equipas, nos clientes e nas organizações. As expectativas dos clientes em relação aos cuidados de saúde são um fator-chave quando se trata de satisfação com os CE.

É imprescindível monitorizar a satisfação, como medida de avaliação dos cuidados de enfermagem prestados e como condição necessária para a qualidade dos cuidados.

Salienta-se que este estudo identificara variáveis que influenciam a SC com a QCE prestados passíveis de serem alvo de intervenção, permitindo ao gestor implementar mecanismos de análise e gestão que lhe possibilite melhorar a SC e caminhar no sentido da excelência pretendida.

Dadas as características das necessidades em cuidados dos clientes da ECCI, é bem evidente a centralidade dos CE para a construção de respostas de qualidade às necessidades destes. Desenvolver metodologias válidas e fiáveis de avaliação da SC com os CE prestados nas ECCI é tarefa para o domínio disciplinar da enfermagem e também, por essa via, um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nas ECCI.

Existem implicações para a gestão em enfermagem, devendo estes conhecer os aspetos positivos e negativos da qualidade dos seus serviços, procurar definir aspetos negativos observados pelos clientes e deste modo procurar minimizar as falhas no sistema de prestação de cuidados através da análise das razões subjacentes às mesmas. Apesar dos esforços em minimizar estas situações, as falhas nos cuidados não podem ser totalmente evitadas, pelo que os gestores devem estar preparados para a ocorrência e resolução constante destes problemas. Os enfermeiros gestores devem adotar medidas que aumentem a cooperação, a satisfação e a partilha de informação, podendo lançar medidas coletivas catalisadoras destes fatores.

Para a investigação, importa a perspetiva do cliente na compreensão do papel central que a satisfação deste para com os CE pode ter para as políticas de gestão dos serviços numa procura contínua da melhoria da qualidade.

Para as ECCIs, este tipo de investigação, é necessária para melhorar a consistência e validade dos resultados noutras realidades, o que proporcionaria uma base de dados mais robusta, o que traria, certamente, orientações mais firmes para uma melhoria mais sólida, dos CE prestados por estas equipas em todo o país.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdel-Maqsood, A. S. A., Oweis, A. I., & Hasna, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International*

*Journal of Nursing Practice*, 18(2), 140–146. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x

Abrantes, M. J. A. (2012). Qualidade e satisfação: opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares (Dissertação de doutorado).

Ahmed, M., Shehadeh, A. & Collins, M. (2013). Quality of nursing care in community health centers: clients' satisfaction. *Health Science Journal*, 7(2): 229-36. Doi: <http://hdl.handle.net/11400/1412>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., & International Hospital Outcomes Research Consortium. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for quality in Health care*, 14(1), 5-14. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.1.5>

Alhusban, M. A. & Abualrub, R. F. (2009). Patient satisfaction with nursing care in Jordan. *Journal of Nursing Management*, 17(6):749-758. doi:10.1111/j.1365-2834.2008.00927.x

Almeida, S. (2017). *Estadística aplicada à investigação em ciências da saúde: um guia com o SPSS*. Lusodidacta.

Almeida, S., Nascimento, A., Lucas, P. B., Jesus, E. & Araújo, B. (2020). RN4CAST study in Portugal: Validation of the Portuguese version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Aquichan*. 20(3): e2038. doi:10.5294/aqui.2020.20.3.8

Alves, D. F. D. S., & Guirardello, E. D. B. (2016). Entorno de trabajo de enfermería, la seguridad y la calidad de la atención en el hospital de pacientes pediátricos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58817>

Alves, D. F. D. S., & Guirardello, E. D. B. (2016). Nursing work environment, patient safety and quality of care in pediatric hospital. *Rev Gaúcha Enferm*. 37(2):e58817. doi: 10.1590/1983-1447.2016.02.58817.

Atallah, M. A., Hamdan-Mansour, A. M., Al-Sayed, M. M., & Aboshaiqah, A. E. (2013). Patients' satisfaction with the quality of nursing care provided: the Saudi experience. *International Journal of Nursing Practice*, 19(6). 584–90. doi:10.1111/ijn.12102

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2016). Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspectives in Public Health*, 137(2). 89–101. doi:10.1177/1757913916634136

Bernardo, D. ., & Lucas, P. B. . (2020). Satisfação dos usuários com os cuidados de enfermagem - Revisão Integrativa da Literatura. *New Trends in Qualitative Research*, 3, 822–832. <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.822-832>

Brondani, C., Beuter, M., Aparecida, N., Alvim, T., Szareski, C., Rocha, L., .(2010). Cuidadores e estratégias no cuidado ao doente na internação domiciliar. *Texto & Contexto Enfermagem*. n.º 3, p. 504-510. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000300012>

Cabral, T. D. J. V. (2015). A qualidade dos cuidados de enfermagem em Timor-Leste (Dissertação de doutorado).

Canastra, M. A. D. A. P., & Ferreira, M. A. D. (2012). Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. *Revista de Enfermagem da UFPI*, 1(1). doi

Carpinetti, Luiz Cesar. (2016). Gestão da qualidade: conceitos e técnicas. São Paulo : Atlas, 978-85-970-0391-8.

Carvalho, L., Bernardo, M., Sousa, I., & Negas, M. (2014). *Gestão das Organizações*-Uma abordagem integrada e prospetiva. Lisboa: Edições Sílabo, 39.

Carvalho, M. C., & Lucas, P. R. (2020). The effectiveness of the clinical nurse leader practice - systematic review. *Millenium*, 2(11), 57-64. doi:10.29352/mill0211.06.00274

Cervilheri, A. H., Rossaneis, M. A., de Carvalho Silva, L. G., Haddad, M. D. C. L., & Costa, R. G. (2020). Qualidade em hospital acreditado na percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 25. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.65470>

Chalupowski, M. (2016). Tracking the origins, defining and quantifying quality of care: Can we reach a consensus? *J Hum Growth Dev*. vol. 26, n.º2, pp.133-38.

Charalambous, A. (2010). Validation and test–retest reliability of the Risser patient satisfaction scale in Cyprus. *Journal of Nursing Management*, 18(1), 61-69.

Charalambous, A., & Adamakidou, T. (2012). Risser patient satisfaction scale: a validation study in Greek cancer patients. *BMC nursing*, 11(1), 1-8.

Chaves, C.; Duarte, J.; Amaral, Coutinho, E. & Nelas, P. (2016). Satisfação dos utentes dos cuidados de saúde primários com os cuidados de enfermagem – amostra da Região Centro de Portugal. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2). 339-346 doi:10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.582

Copanitsanou, P., Fotos, N., & Brokalaki, H. (2017). Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*, 26(3), 172-176. doi:<https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.3.172>

Coutinho, T. (2018). ISO 9001:2015: O que é e como funciona? <https://www.voitto.com.br/blog/artigo/sistema-de-gestao-da-qualidade-iso-9001>

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. & Storey, L. (2003). The measurement of satisfaction with health care: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*. 6(32). <https://doi.org/10.3310/hta6320>

D. S., & Büscher, A. (2015). Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 6(1/4), 77-81

Davis, S. (2012). *Why Nurses Are the Unsung Heroes of Global Health*.

De Pedro-Gómez J, Morales-Asencio JM, Sesé-Abad A, Bennasar-Veny M, Pericas-Beltran J, Miguélez-Chamorro A. (2011). Psychometric testing of the Spanish version of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index in a primary healthcare context. *J Adv Nurs*. 68(1):212–21. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05730.x.

De Sul, S. I. R., & Lucas, P. R. M. B. (2020). Translation and validation of the anticipated turnover scale for the Portuguese cultural context. *Nursing Open*, 7(5), 1475-1481. doi: <https://doi.org/10.1002/nop2.521>

Direção Geral da Saúde. (2015). Plano Nacional De Saúde, Revisão E Extensão A 2020.

Dubois, C. A., D'Amour, D., Tchouaket, E., Rivard, M., Clarke, S., & Blais, R. (2012). A taxonomy of nursing care organization models in hospitals. *BMC health services research*, 12(1), 1-15.

enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*.

Ferreira, C. I. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade (Doctoral dissertation)*.

Figueiredo F Dalson B; Silva J. José A. (2010). Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, [S.l.], v. 18, n. 1, jan. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/politica hoje/article/view/3852/3156>>. Acesso em: 29 jul. 2021.

Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(12), 2401-2406.

Frederico-Ferreira, M., & da Silva, C. F. R. (2012). Reformas da gestão na saúde-desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 85-93.

Freire, R. M. D. A., Landeiro, M. J. L., Martins, M. M. F. P. D. S., Martins, T., & Peres, H. H. C. (2016). Taking a look to promoting health and complications' prevention: differences by context. *Revista latino-americana de enfermagem*, 24.

Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., & Sousa, M. R. G. (2014). Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um *hospital de ensino*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3): 454-60. doi:10.1590/0104-1169.3241.2437

Freitas, M. J., Parreira, P. M. & Domingues, J. P. (2016). Avaliação das propriedades psicométricas da Escala Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Hospital. *Revista Enfermagem Referência*, 4(10), 9-17. doi:10.12707/RIV16031

Gea-Caballero, V., Castro-Sánchez, E., Juárez-Vela, R., Díaz-Herrera, M. Á., de Miguel-Montoya, I., & Martínez-Riera, J. R. (2018). Elementos esenciales de los entornos profesionales enfermeros en Atención Primaria y su influencia en la calidad del cuidado. *Enfermería Clínica*, 28(1), 27-35.

Gill, L. & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22, 8–19. doi:10.1108/17511870910927994

Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2016). Burns and grove's the practice of nursing research-E-book: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences.

Guerra, M., Martins, I., Santos, D., Bernardino, A., & Pais, A. (2019). Ambiente da prática em enfermagem e qualidade dos cuidados. *Gestão e Desenvolvimento*, (27),

181-195.<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf>.

HUNTER, James C. (2014). Como se tornar um líder servidor. Rio de Janeiro: Sextante, 2006. \_\_\_\_\_. De volta ao mosteiro: O monge e o executivo falam de liderança e trabalho em equipe. 1. ed. Rio de Janeiro: Sextante.

ISO 9001. (2016). Transition Planning Guidance: 9 Step Project Plan for Implementing ISO 9001:2015.

Jesus Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 45-53.

Johansson, P., Oléni, M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337–344. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

Karaca, A. & Durna, Z. (2019). Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nursing Open*, 6: 535–545. doi:10.1002/nop2.237

Kerber, N. P. D. C., Kirchhof, A. L. C., Cezar-Vaz, M. R., & Silveira, R. S. D. (2010). Direito do cidadão e avaliação nos serviços de saúde: aproximações teórico-práticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 1013-1019.

Kitson, A., Conroy, T., Kuluski, K., Locock, L., & Lyons, R. (2013). Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs.

Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the nursing work index. *Research in Nursing and Health*, 25(3), 176–188. doi:10.1002/nur.10032

Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing research*, 55(1), 1-9.

Lake E. T. (2007). Measurement and Evidence. *Med Care Res Rev*. 64(2):104S–122S. doi: 10.1177/1077558707299253

Lobo, A., Martins, A., Carvalho, A., Santos, M., Monteiro, M., & Rodrigues, V. (2013). Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: Acessibilidade e Equidade nos Cuidados de Saúde: relação com a qualidade de vida e satisfação. 1ª edição.

Lopes, M. (2020). 7 Princípios Da Qualidade Definidos Pela ISO 9001:2015. <https://www.voitto.com.br/blog/artigo/sistema-de-gestao-da-qualidade-iso9001>

Lucas, P. R. M. B. & Nunes, E. M. G. T. (2020). Nursing practice environment in Primary Health Care: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020;73(6): e20190479. doi:10.1590/0034-7167-2019-0479

L. Ricarte. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

MacAllister, L., Zimring, C., & Ryherd, E. (2016). Environmental variables that influence patient satisfaction: A review of the literature. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 10(1), 155-169. doi: <https://doi.org/10.1177%2F1937586716660825>

Maqsood, A. S., Oweis, A. I., & Hasna, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing practice*, 18(2), 140-146. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02008.x>

M. M. F. P. D. S., Gonçalves, M. N. D. C., Ribeiro, O. M. P. L., & Tronchin, D. M. R. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69, 920-926. (pp.19–36).

Martins, R., & Frutuoso, C. (2017). Monitorização da qualidade em saúde: estudo da satisfação dos utentes. *Gestão e Desenvolvimento*, 25, 183-194.

McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K., & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 7-19.

Medeiros, F. A., de Araújo-Souza, G. C., Albuquerque-Barbosa, A. A., & Clara-Costa, I. D. C. (2010). Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Revista de Salud Pública*, 12, 402-413.

Merkouris, A., Andreadou, A., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., & Papastavrou, E. (2013). Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health science journal*, 7(1), 28.

Milutinović, D., Simin, D., Brkić, N., & Brkić, S. (2012). The patient satisfaction with nursing care quality: the psychometric study of the Serbian version of PSNCQ questionnaire. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(3), 598-606.

Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M., & American Academy of Nursing Expert Panel on Quality Health Care. (1998). Quality health outcomes model. *Image: The*

*Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 43-46.

Mulugeta, H., Wagnew, F., Dessie, G., Biresaw, H. & Habtewold, T. (2019). Patient satisfaction with nursing care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 18, 18-27. doi:10.1186/s12912-019-0348-9

National Quality Forum. (2004). *Current NQF – endorsed measures*. de [www.qualityforum.org](http://www.qualityforum.org).

Nunes, E. M. G. T., & Gaspar, M. F. M. (2016). A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37.

Ofilii, O. U. (2014). Patient Satisfaction in healthcare delivery--a review of current approaches and methods. *European Scientific Journal*, 10(25). doi: <https://doi.org/10.19044/esj.2014.v10n25p%25p>

OMS. (2018). *Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization, Organisation for Economic Co-operation and Development, and The World Bank. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros & Conselho de Enfermagem (2012) *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*, (2<sup>a</sup> Ed). Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica. Regulamento n.º 361/2015. Ordem dos Enfermeiros.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2012). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual: Enunciados descritivos. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Conselho Internacional de Enfermagem dá razão à Ordem sobre dotações seguras. Ordem dos Enfermeiros.

Parente, P. (2013). Famílias que Integram Pessoas Dependentes no Autocuidado - Estudo Exploratório de Base Populacional no Concelho do Porto (Tese de Doutoramento).

Universidade Católica Portuguesa, Porto: Instituto de Ciências da Saúde.

Pinto, S. A. G., & Silva, E. M. V. B. (2013). Qualidade e satisfação com o serviço de urgência pediátrica: a perspetiva dos acompanhantes das crianças. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 95-103.

Portugal. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Plano nacional de saúde (2015). revisão e extensão a 2020. Ministério da Saúde Lisboa, p.14.

Potra, T. M. F. D. S. (2015). Gestão de cuidados de enfermagem: Das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem. (Tese de doutoramento)

Rafill, F., Hajiezhad, M. & Haghani, H. (2009). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 26(2), 75-84

Regulamento nº 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República, Série II, nº 48, 5948-5952.

Regulamento nº 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Diário da República, Série II, nº 21, 3478-3487.

Rocha, M. J., Sousa, P., & Martins, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(2), 89-105.

Roque, H., Veloso, A., & Ferreira, P. L. (2016). Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. *Revista de saúde pública*, 50.

Santos, J. L. G. D., Pestana, A. L., Guerrero, P., Meirelles, B. S. H., & Erdmann, A. L. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66, 257-263.

Santos, M. A., Sardinha, A. H. L. & Santos, L. N. (2017). Satisfação dos utentes com os cuidados dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 38(1): e57506. doi:10.1590/1983-1447.2017.01.57506

Saturno, P ; Campos, L. & Carneiro, A. V (2010). a Qualidade no PNs 2011-2016. *Alto Comissariado da Saúde, Lisboa*.

Simonato, Marcelo. (2019). Liderança é como um namoro: o líder que se interessa pela equipe se torna interessante para ela também. Prod. São Paulo.

Scott, P. A. (Ed.). (2017). Key concepts and issues in nursing ethics. Springer.

Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-

Kilpi, H., ... & Mercuris, A. (2012). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian journal of caring sciences*, 26(2), 372-380.

Tomaszewska, K., Kłos, A., & Majchrowicz, B. (2017). Influence of work environment on the quality of benefits provided by primary health care nurses. *Journal of Education, Health and Sport*, 7(8), 1191-1205. doi: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1039369>

UNESCO (2006) Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Paris: UNESCO

Vilela, A. C. L. (2018). Satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados integrados. (Tese de Doutoramento )

Wai, M. T., Chi-Yang, S. & Wen, C. L. (2013). Patient Satisfaction with Nursing Care: A Descriptive Study Using Interaction Model of Client Health Behavior. *International Journal of Nursing Science*, 3(2): 51-56. doi:10.5923/j.nursing.20130302.04

World Medical Association. (2001). World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (4), 373 - 374. World Health Organization.



## **ANEXOS**



**Anexo I-** Autorização do autor para aplicação do Formulário SATENF - ECCI



sex, 12/07/2019 15:38

DEOLINDA CARDOSO DO ESPIRITO SANTO BERNARDO; Pedro Ricardo Martins  
Bernardes Lucas

□

CarlosVilela\_ESEP[2018]\_Formulário SATENF-ECCI (Versão 2).doc

137 KB

Muito boa tarde Ex.ma Sra. Enfermeira Deolinda Cardoso do Espírito Santo Bernardo,

Aproveito para a saudar, pelo percurso académico e pelo interesse nesta área de investigação tão pertinente.

Tenho muito gosto e interesse em autorizar a utilização do SATENF-ECCI no seu projeto de investigação, a desenvolver no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O Formulário de Satisfação dos Clientes com os Cuidados de Enfermagem Prestados nas Equipas de Cuidados Continuados Integrados (SATENF-ECCI, versão 2) foi originalmente construído, como o próprio nome indica, para avaliar a satisfação dos clientes – que foram alvo de cuidados prestados nas ECCI. Para que possa apreciar este inquérito e iniciar o seu trabalho, envio, em anexo, o formulário SATENF-ECCI [Versão2] - SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS.

Para seu melhor conhecimento sobre a sua construção, operacionalização e aplicação sugiro a consulta da minha tese no Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. Esta encontra-se com acesso restrito pelo que pode solicitar o acesso diretamente no site do referido Repositório. A restrição prende-se com o facto de, ainda,

ter pendente a publicação do artigo onde apresento a validação do formulário. Apesar disto, tenho muito gosto em conceder o acesso.

Ao mesmo tempo que autorizo, sendo minha pretensão continuar a validação deste instrumento, nomeadamente no contexto de internamento da Rede, solicito o envio da base de dados com os resultados obtidos e suas eventuais publicações, - a fim de os resultados do Vosso trabalho contribuírem, também, para o refinamento e adaptação do instrumento.

No caso de necessitar de mais algum esclarecimento ou formalidade, contem com a minha disponibilidade.

Os meus melhores cumprimentos, extensíveis ao Sr. Professor Doutor Pedro Bernardes Lucas, e desejos de um excelente trabalho.

Carlos Vilela

Porto, 12 de julho de 2019

---

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email [esep@esenf.pt](mailto:esep@esenf.pt)

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

[www.esenf.pt](http://www.esenf.pt)

Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas

Anexo II- Formulário SATENF – ECCI



**FORMULÁRIO SATENF-ECCI** [Versão2]

**SATISFAÇÃO DOS CLIENTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS  
NAS EQUIPAS DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS**

**CÓDIGO DO CASO** [de 1 a n]: \_\_\_\_\_ (igual ao usado na análise documental)

**ECCI QUE PRESTOU O CUIDADO** \_\_\_\_\_

**CONTACTOS EFETUADOS**

1º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

2º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

3º Contacto telefónico: *Respondeu, Agendou, Indisponível, Não responde*

**Questionar sobre a forma como prefere responder ao formulário?**

*Via telefónica, Presencial, Autopreenchimento*

**DATA DA COLHEITA DE DADOS:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**PARTICIPAÇÃO LIVRE E INFORMADA NO INQUÉRITO**

Com este inquérito pretende-se conhecer o seu **nível de satisfação com os Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), a si ou a um seu familiar**. As respostas obtidas, de um número significativo de pessoas, permitirão o desenvolvimento de estratégias para melhorar o serviço prestado aos futuros utentes.

Na primeira parte deste questionário, fazem-se algumas questões relativas a si próprio(a). No entanto, estas questões não visam identificá-lo(a), mas apenas recolher elementos que facilitem a análise dos dados. A segunda parte de perguntas é relativa à sua satisfação com um conjunto de áreas centradas nos cuidados de enfermagem.

**Não há respostas certas ou erradas.** Pretende-se apenas a sua opinião sincera. **As suas respostas são inteiramente confidenciais.**

## PARTE I – Informação Preliminar

---

### DADOS SOBRE A PESSOA DEPENDENTE

**Sexo** Masculino          Feminino

**Idade** [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [antes da alta do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade**

Portuguesa      Não Portuguesa

**Profissão** \_\_\_\_\_

**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**          Sim          Não

**Quantas pessoas prestaram cuidados à pessoa dependente, no período em que integrou a ECCI**

(inclui familiares, amigos e prestadores de cuidados formais – exceto os profissionais da ECCI) \_\_\_\_\_

**DADOS DO PRINCIPAL MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

Sexo Masculino      Feminino

Idade [anos completos] \_\_\_\_\_

**Estado civil** [antes da alta do serviço]

Casado(a) / União de Facto

Solteiro(a)

Viúvo(a)

Divorciado(a) / Separado(a)

**Nacionalidade** Portuguesa    Não Portuguesa**Profissão** \_\_\_\_\_**Nível de escolaridade** [completo]

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever, sem 1º ciclo completo

Ensino básico - 1.º ciclo (4 anos)

Ensino básico - 2.º ciclo (6 anos)

Ensino básico - 3.º ciclo (9 anos)

Ensino secundário (11 ou 12 anos)

Ensino superior

**Em caso de curso superior, é na área de saúde?**      Sim      Não**Grau de parentesco ou relação com a pessoa dependente**

Filho(a)

Marido/Mulher

Pai/Mãe

Sobrinho(a)    Vizinho(a)/Amigo(a)    Genro/Nora    Neto(a)    Irmã(o)    Família    de

Acolhimento particular

Outro (qual?) \_\_\_\_\_

**Reportando-se ao período em que integrou a ECCI****Número total de pessoas com dependência a seu cargo** \_\_\_\_\_**Tinha experiência anterior de tomar conta de pessoas dependentes** [não inclui a situação atual, nem a experiência profissional que tenha]      Sim    Não**Total de horas, por dia, que dedicava ao cuidado do seu familiar** \_\_\_\_ (1 a 24horas/contínuo)**Vivia na mesma casa, com a pessoa dependente, antes do período de agudização da sua dependência**    Sim    Não**Em caso de resposta Não, passou a viver na mesma casa**      Sim    Não**Em caso de resposta Não, qual a distância entre as residências (em metros)** \_\_\_\_\_

## PARTE IIa – SATENF-ECCI

[Vilela, 2018 – Versão2, adaptada ao Principal Membro da Família Prestador de Cuidados]

**RESPONDENTE:** Membro da Família Prestador de Cuidados

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

**Quão satisfeito(a) está com:**

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (8)

- |   |  |
|---|--|
| 1. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço  |  |
| 2. O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| 3. A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço                                       |  |
| 4. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
| 5. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas                      |  |
| 6. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados  |  |
| 7. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados                                 |  |
| 8. A prontidão na resposta para atender às necessidades em cuidados do seu familiar                       |  |

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (8)

- |  |  |
|--|--|
| 9. A forma como foi promovida a participação do seu familiar dependente        |  |
| 10. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação                  |  |
| 11. As orientações dadas sobre os cuidados prestados                           |  |
| 12. As orientações dadas sobre a medicação                                     |  |
| 13. As orientações dadas sobre a evolução da condição de saúde do seu familiar |  |

- |  |  |
|--|--|
| 14. A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à situação do seu familiar |  |
| 15. A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento na condição de saúde do seu familiar  |  |
| 16. O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres   |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na ECCI, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. **Quão satisfeito(a) está com:**

### III – CUIDADOS (4)

- |  |  |
|--|--|
| 17. Os cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações) |  |
| 18. A preparação fornecida para o ajudar, a si, a tomar conta do seu familiar dependente (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)  |  |
| 19. O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros  |  |
| 20. A promoção da autonomia do seu familiar dependente nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)                                    |  |

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (4)

- |  |  |
|--|--|
| 21. O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados                   |  |
| 22. A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros |  |
| 23. O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)  |  |
| 24. A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações         |  |

*Quão satisfeito(a) está com:*

### V – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (6)

- |   |  |
|---|--|
| 25. O número de idas dos enfermeiros a sua casa   |  |
| 26. O número de enfermeiros que iam em cada visita a sua casa   |  |
| 27. A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados  |  |
| 28. O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros  |  |
| 29. A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem   |  |
| 30. A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as suas disponibilidades, ou da família |  |

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem** prestados na **ECCL**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10** **Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

---

#### VI - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (4)

---

31. O encaminhamento efetuado em situações de urgência

32. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde

33. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações)

34. A forma como foi preparada a alta do seu familiar, deste serviço e por parte dos enfermeiros

---

#### SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

---

35. Globalmente, e face às suas expectativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

---

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

---

#### CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

---

36. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados ao seu familiar?

Sim - Não - NA / NR / NS

37. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo caso do seu familiar?

Sim - Não - NA / NR / NS

38. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?

Sim - Não - NA / NR / NS

39. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?

---

#### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Sentiu alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCL.

## PARTE IIb – SATENF-ECCI

[Vilela, 2018 – Versão2, adaptada à Pessoa com Dependência]

**RESPONDENTE:** Pessoa Dependente

Passando á segunda parte do questionário, serão colocadas um conjunto de perguntas centradas exclusivamente nos **Enfermeiros e nos Cuidados de Enfermagem prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)**.

No caso de **não saber, não querer responder ou não se aplicar** alguma das questões colocadas, simplesmente, **deixe a sua resposta em branco**.

Dando início às perguntas, pontue **numa escala de 1 a 10** – em que o **1** representa **Muito Insatisfeito** e o **10** corresponde a **Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva.

**Quão satisfeito(a) está com:**

---

### I – ACESSO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (8)

---

- |   |  |
|---|--|
| 1. O procedimento e o tempo de espera para a admissão no serviço  |  |
| 2. O acolhimento feito pelos enfermeiros  |  |
| 3. A explicação dada sobre o funcionamento e organização do serviço                                       |  |
| 4. A facilidade de entrar em contacto com os enfermeiros da equipa a qualquer momento (telefone ou outro) |  |
| 5. A disponibilidade dos enfermeiros para atender aos seus pedidos e às suas dúvidas                      |  |
| 6. O tempo que dedicaram à prestação de cuidados  |  |
| 7. A disponibilidade de materiais e equipamentos necessários aos cuidados                                 |  |
| 8. A prontidão na resposta para atender às suas necessidades em cuidados                                  |  |

Sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

---

### II - ENVOLVIMENTO E PARTICIPAÇÃO DOS CLIENTES (8)

---

- |  |  |
|--|--|
| 9. A forma como os enfermeiros promoveram a sua participação             |  |
| 10. A forma como foi promovida a participação da sua família ou cuidador |  |
| 11. As orientações dadas sobre os cuidados prestados                     |  |

- |  |  |
|--|--|
| 12. As orientações dadas sobre a medicação que toma  |  |
| 13. As orientações dadas sobre a evolução da sua condição de saúde                               |  |
| 14. A informação recebida sobre profissionais de saúde e instituições úteis, face à sua situação |  |
| 15. A informação recebida sobre como detetar alterações ou agravamento da sua condição de saúde  |  |
| 16. O fornecimento de informações sobre os seus direitos e deveres                               |  |

Relembrando que estas questões são unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**. Uma avaliação entre 1 e 5 é considerada negativa e entre 6 e 10 é considerada positiva. **Quão satisfeito(a) está com:**

### III – CUIDADOS (4)

- |  |  |
|--|--|
| 17. Os cuidados de prevenção de complicações (ensinos de sinais de alerta, prevenção de úlceras de pressão, prevenção de aspiração, evitar quedas, evitar erros, vigilância dos sinais e sintomas, outras situações) |  |
| 18. A preparação fornecida ao seu familiar cuidador para o ajudar a cuidar de si (desenvolvimento de conhecimentos e capacidades)  |  |
| 19. O apoio emocional fornecido pelos enfermeiros  |  |
| 20. A promoção da sua autonomia nas atividades de vida diária (cuidar da sua higiene, comer, mover-se, virar-se, transferir-se, usar a casa de banho, ...)   |  |

Continuando, numa escala de 1 a 10, em que **1** representa **Muito Insatisfeito** e **10 Muito Satisfeito**, quão satisfeito(a) está com:

### IV - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO (4)

- |  |  |
|--|--|
| 21. O rigor dos enfermeiros na execução dos cuidados                   |  |
| 22. A qualidade da relação interpessoal estabelecida pelos enfermeiros |  |
| 23. O respeito pela pessoa (hábitos, costumes, opinião e privacidade)  |  |
| 24. A clareza com que os enfermeiros forneceram as informações         |  |

*Quão satisfeito(a) está com:*

### V – ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS E INTENSIDADE DO ACOMPANHAMENTO (6)

- |   |  |
|---|--|
| 25. O número de idas dos enfermeiros a sua casa               |  |
| 26. O número de enfermeiros que iam em cada visita a sua casa |  |
| 27. A forma como os cuidados de enfermagem foram organizados  |  |
| 28. O nível de cooperação e coordenação entre os enfermeiros  |  |

29. A pontualidade dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem

30. A compatibilização da prestação de cuidados de enfermagem com as disponibilidades da família

Unicamente sobre os **Enfermeiros** e os **Cuidados de Enfermagem prestados na ECCI**, e numa escala de 1 a 10, em que **1** representa *Muito Insatisfeito* e **10** *Muito Satisfeito*, quão satisfeito(a) está com:

#### VI - CONTINUIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM (4)

31. O encaminhamento efetuado em situações de urgência

32. O nível de articulação dos enfermeiros com outros profissionais de saúde

33. A ajuda prestada pelos enfermeiros no encaminhamento para outras organizações ou grupos de apoio (Lares, Centros de Dia, Associações)

34. A forma como foi preparada a sua alta, deste serviço e por parte dos enfermeiros

#### SATISFAÇÃO GLOBAL (1)

35. Globalmente, e face às suas expetativas iniciais, quão satisfeito(a) está com os enfermeiros e os cuidados de enfermagem recebidos

Nas seguintes afirmações, refira o seu grau de concordância – *Sim* ou *Não*:

#### CARACTERIZAÇÃO DA PERCEÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS (4)

36. É capaz de identificar o enfermeiro, da equipa, que foi o principal responsável pelos cuidados que lhe foram prestados?

Sim - Não - NA / NR / NS

37. Considera importante ter identificado um enfermeiro mais responsável pelo seu caso?

Sim - Não - NA / NR / NS

38. Recomendaria os cuidados de enfermagem desta equipa a um familiar ou amigo que necessitasse?

Sim - Não - NA / NR / NS

39. Tem alguma sugestão para que a sua satisfação, com este serviço, seja total?

#### NOTA FINAL:

Este questionário encontra-se ainda em fase de validação e refinamento. Assim, perguntamos-lhe:

- 1) Senti alguma dificuldade em responder às questões colocadas?
- 2) Considera que existe alguma pergunta repetitiva, em excesso ou que lhe provocasse algum desconforto?
- 3) Existe alguma pergunta que não lhe fizemos e que gostaria que tivesse sido feita?
- 4) No futuro, como considera que seria melhor responder a este inquérito?
  - 4.1) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, presencialmente
  - 4.2) Perguntas feitas pelo investigador e respondidas por si, por telefone
  - 4.3) Ser-lhe entregue o questionário em papel e responder sozinho(a), por escrito
  - 4.4) Ser-lhe enviado o questionário por e-mail e responder sozinho(a), de forma eletrónica
  - 4.5) Indiferente

Para qualquer questão ou esclarecimento relativo ao questionário entre em contacto com o investigador pelo correio eletrónico [carlosvilela@esenf.pt](mailto:carlosvilela@esenf.pt) ou através do contacto telefónico da ECCI.

**Obrigado pela sua colaboração.**

Comprometemo-nos, desde já, a divulgar os resultados no final do estudo

## **Anexo IV - Cronograma de Atividades**



## Cronograma de Atividades

|   | Julho 2019 | Outubro 2019 | Novembro 2019 | Dezembro 2019 | Janeiro 2020 | Fevereiro 2020 | Março 2020 | Abril 2020 |
|---|------------|--------------|---------------|---------------|--------------|----------------|------------|------------|
| Pesquisa bibliográfica  | x          | x            | x             | x             | x            | x              | x          | x          |
| Pedido de autorização ao ACES   | x          |              |               |               |              |                |            |            |
| Pedido de autorização á comissão de ética da ARSLVT   |            | x            |               |               |              |                |            |            |
| Reunião com enfermeiros da ECCI para participar do estudo e da população abrangida pelo mesmo |            |              |               | x             |              |                |            |            |
| Aplicação do formulário SATINF ECCI   |            |              |               | x             | x            | x              |            |            |
| Recolha, Tratamento e análise de dados  |            |              |               | x             | x            | x              |            |            |
| Divulgação dos resultados aos enfermeiros da ECCI   |            |              |               |               |              |                |            | x          |
| Redação da Dissertação  |            | x            | x             | x             | x            | x              | x          | x          |
| Revisão da Dissertação e entrega  |            |              |               |               |              |                |            | x          |
|   |            |              |               |               |              |                |            |            |



