ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

O CONTRIBUTO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA PESSOA COM DEPENDÊNCIA EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Manuela Josefa da Rocha Teixeira

FERNANDO JOÃO RODRIGUES MOREIRA ALVES

PORTO | 2012

À minha mulher Olga
e aos meus filhos
Matilde e Pedro

Agradecimentos

A realização deste trabalho foi uma tarefa árdua com altos e baixos na sua execução, as minhas palavras são de reconhecimento a todas as pessoas que de alguma forma apoiaram e contribuiram para o seu sucesso.

Expresso os meus sinceros agradecimentos, em primeiro lugar à Professora Doutora Manuela Josefa Teixeira, minha orientadora nesta tese de Mestrado, pela pela sua orientação e incentivo neste desafio e no percurso da minha vida académica.

Um especial agradecimento à Professora Ana Leonor Alves Ribeiro pela disponibilidade e colaboração no uso do formulário de satisfação SUCECS26. Sou grato também à pessoa coordenadora deste Mestrado a Professora Doutora Bárbara Pereira Gomes por todo o apoio e compreensão.

Aos meus amigos de profissão, em especial aos da Reabilitação, pela partilha de experiências e pela ajuda e incentivo que me deram para terminar este desafio.

Aos meus pais e à minha sogra pelo apoio incondicional. À minha esposa, por me incentivar a este desafio e por ser o "farol" e "porto de abrigo" da minha vida pessoal e profissional, sem o seu apoio, dificilmente tinha conseguido…

Aos meus filhos que me fazem lutar por uma melhor qualidade de vida e sonhar por um mundo melhor.

A todos muito obrigado

“Nem tudo que se enfrenta pode ser modificado mas nada pode ser modificado até que seja enfrentado.”

(Albert Einstein)

Siglas e Abreviaturas

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ARS – Administração Regional de Saúde do Norte
ATQAPF - Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CPP/2010 - Classificação Portuguesa das Profissões de 2010
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EAIC - Especialistas das actividades intelectuais e científicas
ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados
ECL – Equipas Coordenadoras Locais
EGA – Equipa de gestão de alta
GL – Graus de liberdade
MCSP –Missão para os Cuidados Saúde Primários
OIMT - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem
PA - Pessoal administrativo
PRD – Programa de Reabilitação no Domicílio
QUECENSA - Questionário da Perceção da Qualidade nos Centros de Saúde da ULS de Matosinhos
RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RPLO - Representantes do poder legislativo e de órgãos
Sig. – Significância
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SUCECS – Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde
TPNI - Técnicos e profissões de nível Intermédio
TNQ - Trabalhadores não qualificados
TQICA - Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices
TSPPSV - Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS – Unidade Local de Saúde
UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados
USF – Unidade de Saúde Familiar
USP – Unidade de Saúde Publica

RESUMO

A implementação de projetos potenciadores da qualidade de serviços é complexa, assim como a sua monitorização objectiva e precisa. No entanto na nossa perspectiva a qualidade tem que ser vista de uma forma dinâmica, em que há várias entradas e saídas no sistema organizacional. Uma das condições potenciadoras da qualidade do produto e dos serviços, passa por entre outros factores, pela formação que os seus profissionais têm. Passa também pela actividade dos enfermeiros junto das pessoas alvo de cuidados. Nesta perspectiva a avaliação incidiu sobre o comportamento do Enfermeiro no desempenho das atividades inerentes aos cuidados prestados à pessoa, tendo em conta o desenvolvimento científico e técnico da profissão. O recrutamento de Enfermeiros de Reabilitação para os Cuidados de Saúde Primários implicou novas intervenções nas diferentes áreas de atuação que fazem parte das suas áreas de abrangência. Perante estas novas áreas que o Enfermeiro de Reabilitação desenvolve nos Cuidados de Saúde Primários, é viável avaliar-se a qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados. A satisfação é um dos indicadores da avaliação da qualidade e perante esta problemática surgiu o tema:

- O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

O objetivo deste estudo, foi de avaliar o grau de satisfação das pessoas dependentes e das pessoas prestadoras de cuidados relativamente aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Para tal realizamos um estudo de caso, transversal, quantitativo num ACES numa população de 74 pessoas que tiveram este tipo de assistência.

De uma forma global a maioria das pessoas estão satisfeitas (85,77%) com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Verificamos também que as dimensões com maior satisfação são o Envolvimento do utente, a Individualização da informação e a Qualidade na assistência. A dimensão que manifesta um grau de satisfação baixo é a Formalização da informação. De salientar que a média de idade dos inquiridos estudo é de 68,8 anos e o grupo etário com maior representação na população para as pessoas dependentes e para as pessoas que prestam cuidados situa-se entre os 71 e os 80 anos. Nesta realidade, estudada, temos pessoas idosas a cuidar de outras pessoas idosas.

Palavras-chave: Satisfação, Enfermagem de Reabilitação, Cuidados de Saúde Primários, SUCECS26

ABSTRACT

The contribution of nursing care rehabilitation on the person with dependence in the context of primary health care

The implementation of projects that can increase the potencial of services quality is complexe, as well as their objective and accurate monitoring. However, from our perspective the quality has to be seen in an dynamic way, in which there are several inputs and outputs in the organizational system. One of the conditions who potenciate the quality of the product, and in the context of health institutions, of services goes by, among others factors, their professionals training. Also involves the activity of nurses among those targeted care. In this perspective the assessment focused on the behavior of Nurses in carrying out activities related to the care of the person, taking into account the scientific and technical development of the profession. Rehabilitation Nurses recruitment for primary care health services meant new interventions in the different areas that are part of their areas of coverage. Faced with these new areas that the rehabilitation Nurse develops in primary health care, it is feasible to evaluate the quality of Nursing Care provided. The satisfaction is one of the indicators of quality evaluation and by this problem came up the theme:

-The contribution of rehabilitation nursing care in the dependent person in the context of primary health Care.

The objective of this study was to assess the degree of satisfaction of dependent persons and caregivers in nursing home rehabilitation in the context of primary health Care services.

To do this we conducted a cross-sectional quantitative case study, in a ACES on a population of 74 people who had that kind of assistance. Overall most people are satisfied with (85.77%) the rehabilitation nursing care.

We also note that the dimensions with greatest satisfaction are the involvement of the beneficiary, the Individualization of information and the quality in assistance. The dimension that expresses a lower degree of satisfaction is the formalization of information. It should be noted that the average age of our study is 68.8 years, step of age with increased representation in our population to dependants and caregivers is between 71 and 80 years. In this reality, studied, we have the elderly taking care of other elderly people.

Keywords: Satisfaction, Rehabilitation Nursing, Primary Healthcare, SUCECS26

ÍNDICE

INTRODUÇÃO **11**
PARTE I - CONTRIBUTOS TEÓRICOS **15**
1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO 17
2. A OPERACIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS 21
2.1 - Autocuidado como Modelo Assistencial no Domicílio 25
3. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SATISFAÇÃO 29
3.1 - Dimensões na Avaliação da Satisfação 32
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO **37**
4 - FINALIDADES E OBJECTIVOS 39
5 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO 43
5.1 – Tipo de Estudo 43
5.2 - Hipóteses e Variáveis em Estudo 44
5.3 - População e Local de Estudo 45
5.4 - Instrumento de Colheita de Dados 45
5.5 - Procedimentos de Colheita de Dados e Aspectos Éticos Contemplados 48
5.6 - Tratamento de Dados 49
6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 51
6.1 - Satisfação das Pessoas 59
6.2 - Análise das Diferentes Dimensões da Satisfação com as Diferentes Variáveis 63
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS 81
BIBLIOGRAFIA **89**
ANEXOS **97**
ANEXO I: AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO SUCECS26 99
ANEXO II: SUCECS26 - FORMULÁRIO ORIGINAL 103
ANEXO III: FORMULÁRIO 103
ANEXO IV: CARTA DE COMPROMISSO 103
ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO 125
ANEXO VI: PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA 131

ANEXO VII: AUTORIZAÇÃO DA ARS NORTE..... 137

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por género 52
Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por idade 52
Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por estado civil..... 53
Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por escolaridade 54
Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por profissão..... 54
Quadro 6 -Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por profissão segundo as unidades do ACES a que pertencem 55
Quadro 7 -Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por patologia que provocou a dependência 56
Quadro 8 -Distribuição numérica e percentual dos prestadores de cuidados pelo tempo de exercicio de papel 57
Quadro 9 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por tempo que está ou esteve inserido em PRD 58
Quadro 10 -Respostas da 1ª parte do SUCECS26 59
Quadro 11 -Respostas da 2ª parte do SUCECS 26 60
Quadro 12 - Dimensões da satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário (N=74) 62
Quadro 13 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e pessoa que responde ao formulário 64
Quadro 14 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o género das pessoas..... 65
Quadro 15 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e estado civil das pessoas 66
Quadro 16 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o nível de escolaridade 67
Quadro 17 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e as diferentes unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde 69

Quadro 18 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o tempo em PRD 71
Quadro 19 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e a situação profissional 72

INTRODUÇÃO

A Enfermagem de Reabilitação está presente, há alguns anos, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com os enfermeiros a prestar cuidados especializados, mas não de uma forma organizada. O processo de reforma dos Cuidados de Saúde Primários, iniciado em 2005, entrou numa segunda etapa de desenvolvimento, concluída que foi a fase de delineamento, arranque e implantação das suas vertentes e componentes essenciais. Estes estão divididos em várias unidades específicas como as Unidades de Saúde Familiares (USF), Unidades de Saúde Pública (USP) e Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) com Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A Enfermagem de Reabilitação tem oportunidade de demonstrar que pode estar inserida nas diferentes unidades, bem como nas diferentes equipas de saúde que a constituem e com o seu trabalho, ir de encontro às necessidades das populações abrangidas por estas unidades. Como refere Gomes (2008, p.224) " *os enfermeiros de Reabilitação, são importantes na equipa de saúde e uma mais-valia para os cuidados e satisfação dos utentes*".

A qualidade em saúde está constante processo de feedback com as alterações sociopolíticas e com os pareceres internacionais que daí resultam. Todas as atividades desenvolvidas no âmbito da saúde têm necessidade de ser monitorizadas e avaliadas, o que condiciona o aparecimento de sistemas e procedimentos para esse efeito.

No entanto, na nossa perspetiva, a qualidade tem que ser vista de uma forma dinâmica, na qual existem várias entradas e saídas no sistema organizacional. Uma das condições potenciadoras da qualidade do produto no contexto das instituições de saúde passa, por entre outros fatores, pela formação que os seus profissionais têm. Nesta perspetiva, a avaliação incidirá sobre o comportamento do Enfermeiro no desempenho das atividades inerentes aos cuidados prestados ao utente, tendo em conta o desenvolvimento científico e técnico da profissão.

Assim, "*a qualidade pode ser definida em termos de satisfação, isto é, de que forma as necessidades e expectativas relativas à prestação de um cuidado de saúde específico ou utilização de um serviço foram satisfeitas ou atingidas*" Ferreira (2003, p.26), pelo que a satisfação tem sido reconhecida como parte integrante dos cuidados, nomeadamente nos resultados de saúde, constituindo por isso um indicador da qualidade dos cuidados prestados.

Esta pesquisa, intitulada: "*O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários*" foi concebida com o principal objetivo de conhecer a satisfação das pessoas face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio à pessoa dependente e ao seu prestador de cuidados.

Caracteriza-se num estudo que utiliza procedimentos metodológicos de natureza quantitativa, que pretende conhecer a satisfação das pessoas perante os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto de CSP utilizando uma escala validada para a população portuguesa SUCECS26.

A dissertação que apresentamos divide-se em duas partes, sendo a primeiro parte intitulada de "*contributo teórico*" em que realizamos uma revisão da literatura pertinente para a compreensão da temática em estudo, sendo constituída por quatro capítulos. O primeiro capítulo faz uma abordagem do que é a Enfermagem de Reabilitação e de que forma é concretizada em contexto domiciliário.

O segundo capítulo apresenta de que maneira a Enfermagem de Reabilitação é inserida nas Unidades dos Cuidados de Saúde Primários e como operacionaliza o atendimento às pessoas dependentes e às pessoas cuidadoras no seu domicílio.

Integra um subcapítulo sobre o autocuidado, como modelo assistencial no atendimento do Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

O capítulo que se segue clarifica o objetivo delineado pelo nosso estudo esclarecendo de que forma a satisfação pode estar presente quando o Enfermeiro de Reabilitação exerce a sua atividade junto das pessoas, no domicílio.

O último subcapítulo, da primeira parte, expõe quais as dimensões que estão mais presentes na avaliação da satisfação em CSP. Fazemos uma breve resenha histórica de alguns estudos efetuados no nosso País com a avaliação da satisfação das pessoas atendidas em Centros de Saúde e quais as dimensões mais valorizadas.

Neste subcapítulo também se menciona estudos que utilizaram a escala SUCECS26 referindo os resultados obtidos a nível da satisfação global e das dimensões mais valorizadas pelas pessoas atendidas, fazendo no final um

paralelismo destas com os objetivos que a Enfermagem de Reabilitação traça no percurso de cuidar em contexto domiciliário.

A segunda parte que intitulamos de "*estudo empírico*", esclarece em primeira análise a opção metodológica efetuada, qual o instrumento de colheita de dados utilizado e a população abrangida pelo estudo, dando resposta à nossa pergunta de partida "*Será que as pessoas se sentem satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio?*"

Fazemos a análise dos resultados obtidos com a aplicação do formulário SUCECS26, com recurso a técnicas descritivas e à inferência estatística. Os resultados obtidos são comparados com os resultados de outros estudos que utilizaram esta escala e são comentados e confrontados com estudos empíricos realizados neste domínio.

Por último sintetizam-se as considerações finais do nosso estudo procurando salientar os resultados mais relevantes do estudo e perceber se a satisfação das pessoas está presente em relação aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

A execução deste trabalho foi intersectada por dificuldades relacionadas com a inexperiência, por questões temporais e familiares, no entanto a orientação recebida foi sempre o grande impulsionador deste trabalho.

PARTE I - CONTRIBUTOS TEÓRICOS

1. ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO

"*A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas, ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência*" (OE, 2010, p.24).

Os princípios da Enfermagem de Reabilitação promovem assim o envolvimento da pessoa e da sua família no planeamento e implementação de cuidados que têm como objetivo a autonomia e a gestão do autocuidado.

Tem como objetivos gerais, de acordo com a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, referindo-se a Brummel-Smith, (citado por Hoeman, 2000), "*melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima*" (OE, 2010, p.24).

A Enfermagem de "*Reabilitação envolve a utilização de técnicas e ações interdisciplinares, como o esforço conjunto de todos os profissionais e familiares, dentro e fora das instituições e que deve ter como objetivo comum, a melhoria e a reabilitação das funções diminuídas ou perdidas, preservando a capacidade de viver de cada pessoa e a envolver no seu autocuidado*" (Figueiredo, citado por Faro, 2006, p.129).

Conforme vem descrito na OE (2010), a Enfermagem de Reabilitação utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervêm na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

O alvo de intervenção do Enfermeiro Especialista de Reabilitação é a pessoa com necessidades especiais, ao longo da sua vida, com respostas não adequadas às suas capacidades motoras e fisiológicas, sensoriais, respiratórias, da sua eliminação e sexualidade e com doença, que limita a sua atividade e não permite a participação na sua rotina diária. (OE, 2009).

Desta forma os Enfermeiros Especialistas de Reabilitação estão preparados para prestar cuidados às pessoas com limitações no seu autocuidado, em situações

transitórias de doença, como nas limitações decorrentes do próprio envelhecimento do ser humano. Perante esta situação o "*cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do seu ciclo de vida, implica não só a mobilização de conhecimentos e de habilidades, mas também a atenção dada a cada situação particular que, inscrita num espaço de tempos concretos, é vivenciada por duas pessoas que se encontram, uma que é cuidada e outra que cuida*" (OE, 2010,p.25).

Resumindo, a pessoa é o alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação e tanto pode ser a pessoa que apresenta dependência, como a pessoa que cuida dessa mesma. Por este motivo pode-se afirmar que os cuidados de Enfermagem de Reabilitação permitem na pessoa dependente o desenvolvimento de habilidades com o objetivo de realizar o seu autocuidado e com isto a sua autonomia. A sua recuperação interfere também na dinâmica familiar com a diminuição do trabalho da pessoa prestadora de cuidados.

Também o facto de estes cuidados serem prestados no domicílio, abrangendo estas pessoas, possibilita uma melhor recuperação e uma melhor aprendizagem, porque são realizados nas condições reais do seu dia-a-dia.

Por isso, estes cuidados são abrangentes e levam à participação de toda a família da pessoa dependente, na assistência da sua doença e incapacidade (OE, 2010).

Perante esta situação, os cuidados de Enfermagem de Reabilitação têm um novo desafio. Os cuidados de Enfermagem de Reabilitação passam a ser prestados no domicílio de forma organizada, indo de encontro às necessidades da pessoa que deles necessita. Estes novos desafios já algumas vezes foram citados por alguns autores como o caso de Faro (2006). Este autor refere que é importante e necessário a visão do envolvimento global da reabilitação, abraçando várias ciências, outros saberes. A reabilitação, tem contribuído para o desenvolvimento da Enfermagem na medida que é um poderoso instrumento na sensibilização para a importância da intervenção precoce e na prevenção de doenças crónicas e degenerativas e na inclusão social.

O sucesso dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde e a pessoa dependente, porque, segundo Carvalhido (2009) o processo de reabilitação é único e pessoal e não termina no hospital, nem numa clínica, termina quando a pessoa se torna autónoma no seu autocuidado e independente no seu meio ambiente.

O meio ambiente mais importante para a recuperação da pessoa dependente é o seu domicílio, a sua casa. Carvalhido (2009) refere que "*o domicílio é o local onde se encontra a família e é nela que os seus elementos se desenvolvem física e emocionalmente, mental e espiritualmente*" (p.144), devendo-se considerar o ambiente familiar como um elemento integrante nas pessoas em reabilitação.

Nas famílias, os seus elementos podem ser parceiros essenciais nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Cabe ao Enfermeiro Especialista de Reabilitação considerar as implicações do défice do autocuidado para a pessoa dependente mas também para as restantes pessoas que constituem a família. O enfermeiro Especialista de Reabilitação tem que confiar na família e ajuda-la a lidar com a situação de dependência. Como refere Lima (2003) é necessário que a família sinta o apoio e parceria de profissional de saúde, pois esta também sente medo e possui dúvidas quanto aos cuidado a ter em relação ao familiar doente e às suas reações inesperadas.

Carvalhido (2009) refere na conclusão do seu estudo, que a família ou as pessoas prestadoras de cuidados, tiveram uma opinião positiva sobre a reabilitação domiciliária, afirmando que esta facilitou uma vida melhor ao familiar doente e estes intervenientes ficaram com a vida mais simplificada, verificando-se que a liberdade das pessoas aumentou, as preocupações diminuíram e o trabalho que tinham com o familiar doente diminuiu.

Em conjunto, todos estes fatores contribuem para o aumento da qualidade de vida e conduzem à satisfação com a prestação de cuidados. Perante estes factos são patentes as vantagens dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

Lacerda (2001) afirma que, para a pessoa, o ambiente familiar melhora o processo de recuperação da pessoa dependente, evitando também a deslocação dos seus familiares para o hospital. Com isto os hospitais têm mais vagas disponíveis e para a família, o atendimento no seu domicílio passa a ser mais personalizado.

Também Jiménez (2007) refere como vantagens da Reabilitação no domicílio que ao efetuar-se no ambiente familiar, favorece o processo de integração da pessoa dependente, favorece a motivação e cria incentivo na pessoa dependente e seus cuidadores.

Possibilita também adiantar a alta hospitalar, favorece a continuidade assistencial, diminui o risco de internamentos hospitalares, com a diminuição do risco de infeções hospitalares, evitam-se também os problemas de transporte e

alguns estudos demonstraram melhores resultados no treino das atividades de vida diária em contexto domiciliário originando todo este processo diminuição de custos (Jiménez, 2007). Este autor, citando Anderson et al. (2007) menciona que a reabilitação domiciliária é mais barata 15% do que a reabilitação hospitalar.

A Enfermagem de Reabilitação, "*mais do que uma especialidade de Enfermagem, pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde*" (OE, 2010, p.27).

2. A OPERACIONALIZAÇÃO DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Segundo Miguel e Sá (2010, p.4), " *o aparecimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) em Portugal, enquanto rede prestadora de cuidados de saúde, tem origem na reforma do sistema de saúde e da assistência delineada por Gonçalves Ferreira, Arnaldo Sampaio e Baltazar Rebelo de Sousa em 1971, antes da Declaração de Alma Ata, de 1978, e da constituição do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português em 1979*".

Até a data, tem-se assistido a uma série de remodelações do SNS mais especificamente nos CSP. Estas remodelações têm sido concretizadas através de reformas, assentes em legislação produzida pelos diferentes governos, levando ao aparecimento de novas Unidades e à reorganização dos Centros de Saúde.

Neste contexto e relacionando o desejo de compreender a realidade em que vivemos atualmente, com a reestruturação dos CSP, tendo como objetivo melhorar o presente modelo de prestação de cuidados, tornando-o mais acessível e adequando-o às necessidades das pessoas. Estas alterações organizacionais, poderão ir de encontro às expectativas das pessoas, face a um atendimento mais personalizado, promovendo a sua qualidade de vida e a sua satisfação.

De facto, esta remodelação assenta não só nas estruturas físicas, mas também na otimização de recursos existentes para melhorar a qualidade do serviço, a diferenciação técnica, a inovação e aprendizagem de todos os profissionais, a flexibilidade, a competência, a responsabilização, a voluntariedade, o planeamento, a monitorização, consenso e a qualidade de cuidados (Ribeiro, 2008).

Criada em 2006 a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI),tem o objetivo de implementar um nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social. Foi criada, então, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Até à sua criação, cada hospital encaminhava os seus doentes para instituições que pudessem recebe-los, não havendo qualquer diferenciação de cuidados.

Até ser criada a RNCCI o apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, com necessidade de cuidados de saúde e apoio social, encontrava-se assegurado pelas respostas de Apoio Domiciliário Integrado e pelos Serviços de Apoio Domiciliário criados, suportadas no âmbito do Programa de Apoio Integrado a ambas implementadas através de acordos de cooperação celebrados entre os Centros Distritais e pelas equipas dos Centros de Saúde (MCSP, 2007).

Com o aparecimento da Rede, a gestão desse encaminhamento passou a ser realizada de forma específica, segundo quatro tipologias de cuidados: Convalescença; Paliativos; Média duração e Reabilitação e Longa duração e Manutenção.

De referir que as duas primeiras unidades são gratuitas para as pessoas e as duas últimas, comparticipadas pelas pessoas e suas famílias, segundo as regras de apoio social.

Além das unidades de internamento, foram criadas equipas domiciliárias, segundo a tipologia adotada pela UCCMI: as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), segundo o Decreto-Lei n.º 101/2006, são:

"*Equipas multidisciplinares da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma, fomentando a resposta integrada a situações de saúde e sociais da população e potencializar os recursos da comunidade, reforçando as capacidades e competências dos cuidadores, recorrendo a articulação dos diferentes profissionais da equipa e outros recursos do centro de saúde e comunidade*" (p.3862)

Perante esta missiva que vai de encontro às competências da Enfermagem de Reabilitação, estas equipas passam a integrar o Enfermeiro Especialista de Reabilitação com os seus cuidados especializados em contexto domiciliário e conforme vem no referido Decreto-lei:

"*A ECCI é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos CSP e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença*

terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma." (p.3862)

Conforme relatado, a tutela dos cuidados, partilhada entre a Saúde e a Segurança Social, permite dar resposta às necessidades globais do doente e não da doença. O conceito geral deste aspeto é fomentar uma mudança de paradigma e cultura. O que ainda hoje, se valoriza são as tecnologias e não a forma como se vive.

Por este fato, é fundamental existir uma Rede de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), cujo objetivo não visa a cura, mas a reabilitação, a autonomia, a qualidade de vida, o conforto e alívio do sofrimento.

A RNCCI possui 5695 camas em funcionamento e 253 equipas domiciliárias (ECCI). Existem Equipas de Gestão de Alta em todos os hospitais (EGA) e Equipas Coordenadoras Locais (ECL) em cada ACES que identificam os utentes em situação de risco e dependência e os assinalam para as ECCI (MCSP, 2007).

O objetivo primordial é a criação de um serviço de proximidade, que vá de encontro às necessidades da pessoa com dependência e à família onde esta se encontra. A rede está em todo País, em todos os concelhos e potencia os cuidados prestados nos hospitais e nos CSP. A RNCCI através do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, preconiza a participação e corresponsabilização da família e dos seus cuidadores principais, na prestação de cuidados.

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP) na elaboração das orientações para as ECCI (2007, p.6) refere que "*Apesar de ser contemplada a possibilidade de ter que se recorrer ao regime de internamento para prestação de cuidados, em consequência da sua intensidade, complexidade ou do contexto sócio familiar, estes deverão, preferencialmente, ser prestados em contexto domiciliário. O enfoque nos cuidados domiciliários, além de se ajustar às caraterísticas das pessoas/famílias e cuidadores, conduz à implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas integradas e satisfaçam as necessidades específicas da população*".

De acordo com a OE (2009, p.16) "*os enfermeiros da RNCCI devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou prestadores informais de cuidados capacitando-os para a integração do doente no seio da família*".

Como refere Augusto (2002) as pessoas que cuidam de pessoas dependentes, apesar da sua vontade para cuidarem no domicílio, fazem-no grande parte das vezes sem uma preparação adequada. A alta de uma pessoa dependente de um

hospital para o seu domicílio é um processo, frequentemente causador de angústia para a pessoa doente como para a pessoa que vai tratar dela.

Segundo o Relatório de Monitorização da Rede (2007), a maioria das pessoas tem como motivo de admissão na RNCCI a necessidade de Reabilitação e a dependência para as atividades da vida diária, cerca de metade das pessoas admitidas na Rede foram para ensino e preparação da pessoa e ou da pessoa que presta cuidados, reforçando a necessidade deste tipo de cuidados (OE, 2010).

Como refere o Referencial do Enfermeiro, elaborado pelo Conselho de Enfermagem (OE, 2009), ao nível da RNCCI, o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação "*concebe, implementa e monitoriza planos de Reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/incapacidade ou doença crónica*" (p.23).

Este profissional tem autonomia para decidir a sua intervenção junto da pessoa dependente e sua família, fazendo parte de uma equipa multidisciplinar, que em conjunto traçam um plano de intervenção com o objetivo de dar resposta às suas necessidades e preocupações.

Segundo a OE (2010, p.22) " *os Enfermeiros Especialistas de Enfermagem de Reabilitação são fundamentais tanto nas unidades como nas equipas domiciliárias (Unidades de Cuidados na Comunidade por exemplo), já que estas estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física e funcional*"

Com a incorporação dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação nos CSP em 2009 e posteriormente com o aparecimento das ECCI em 2010, estes profissionais foram alocados com o objetivo de dar resposta às necessidades atrás descritas.

Neste momento, o Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um elo importante no atendimento e satisfação da pessoa dependente e da pessoa que trata desta, na diminuição da sobrecarga do seu trabalho.

Este fato é reconhecido pelas alíneas *h)* e *i)* do Artigo 6.º do Capitulo II do Decreto-Lei n.º 101/2006 que "*preconiza que se adote um novo paradigma de atuação: o dos cuidados integrados de reabilitação global e que o individuo e a família abandonem a posição de recetores passivos e adaptem a posição de participação ativos, que devem ser envolvidos tanto na tomada de decisão como na própria concretização dos cuidados*" (p. 3858).

Esta forma de intervenção coaduna-se com a filosofia dos CSP, em que ao intervir na pessoa dependente e na sua família, ensinando e adaptando estas

pessoas à incapacidade de que são alvo, ajudam a minorar e a prevenir outras complicações. A prevenção, o ensino e o trabalho com a família são os alicerces dos CPS, bem como da intervenção domiciliar.

2.1 - Autocuidado como Modelo Assistencial no Domicilio

Os Cuidados Continuados Integrados são definidos como sendo "*o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta centrado na recuperação global entendida como um processo terapêutico e de apoio social, ativo e continuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e da sua reinserção familiar e social*" (Decreto Lei n.º 101/2006, p.3857).

Perante o descrito, está patente que o ensino e treino dos familiares para a aprestação de cuidados, bem como o apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, são áreas de intervenção comuns às diversas unidades de RNCCI, prolongando-se no tratamento da fase aguda da doença ou da intervenção preventiva, acompanhamento e manutenção.

Ao ser abordado o autocuidado e a necessidade de apoio e ensino à pessoa com dependência ou da pessoa que lida com a dependência de um familiar, o recurso ao modelo teórico de enfermagem é essencial para a apoiar a prestação de cuidados.

Na relação dos cuidados, a pessoa dependente e a sua família devem ser elementos ativos e envolverem-se na tomada de decisão, bem como na própria concretização dos cuidados – autocuidado.

Orem, no seu modelo do autocuidado, e segundo Cunha et al (citado por Rueda, 2005, p.37) afirma: "*Todos os indivíduos adultos e saudáveis têm capacidade de se auto-cuidar, (...) porém, quando por motivo de doença, falta de recursos, fatores ambientais ou a necessidade do indivíduo for superior à sua capacidade de o realizar surge a enfermagem para ajudar o indivíduo a compensar o desequilíbrio existente*".

Dorothea Orem destaca neste conceito, a importância da pessoa como ser social, com capacidade de desenvolver habilidades intelectuais e práticas para manter a motivação essencial para o autocuidado e membros dependentes da sua

família. Se houver dificuldade de aprendizagem devem ser outros a aprender e a proporcionar o autocuidado necessário à pessoa.

A teoria de Orem orienta para a possibilidade das pessoas, família e comunidade tomarem iniciativas e assumirem responsabilidades, bem como empenhar-se no desenvolvimento do seu próprio caminho com vista à melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar.

Quando a pessoa se torna dependente, não sendo capaz de por si só de satisfazer o seu autocuidado, necessita de alguém que a ajude, ou de uma assistência especializada, como os cuidados de enfermagem, aqui reside a génese da teoria do défice do autocuidado.

Para Orem, esta teoria constitui o núcleo base da sua Teoria Geral de Enfermagem, já que traduz a necessidade de enfermagem, exprimindo as relações entre as capacidades de ação das pessoas e das suas necessidades em cuidados, explicando desta forma a necessidade de cuidados de enfermagem. As ações de enfermagem terão como finalidade a autonomia da pessoa.

Lessman (2011) refere que reabilitação é uma das inúmeras funções da enfermagem, que procura no indivíduo a independência para a realização do autocuidado, a habilidade para realizá-lo é frequentemente a chave para a sua independência, para o retorno ao seu domicílio e para a vida comunitária. Esta mesma autora menciona que "*com esta prática assistencial foi possível compreender a importância das atividades de reabilitação e da conscientização das famílias para tais cuidados. Quando o indivíduo reconhece suas potencialidades, sendo estimulado para as ações de autocuidado, torna-se mais ativo e participativo, refletindo positivamente na autoimagem e autoestima*", (p.201)

Com o objetivo de conseguir atingir esta autonomia, Orem identifica cinco métodos de proporcionar ajuda ou assistência para o autocuidado, como o agir ou substituir a pessoa, orientar e dirigir a pessoa, proporcionar apoio físico e psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e promover a educação. Os métodos poderão ser usados de forma individual ou em conjunto, com o objetivo de que a pessoa mobilize as suas capacidades de modo a superar as limitações.

Pode-se perceber na leitura das competências do Enfermeiro de Reabilitação, uma proximidade ao pensamento de Orem, pois o objetivo primordial é promover a autonomia, com a subsequente melhoria da qualidade de vida da pessoa e sua satisfação.

Estes cuidados de enfermagem especializados, que incluem o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e o apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, numa perspetiva holística e personalizada, caracterizam os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com vista à recuperação e à adaptação funcional da pessoa e dos seus envolventes ao seu contexto de vida ou à preparação do regresso a casa (OE, 2009).

A Enfermagem de Reabilitação como "*especialidade multidisciplinar compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas, a maximizar o seu potencial funcional e independência*" (OE 2010, p.1) com vista ao seu autocuidado conforme descreve o regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação aprovado na Assembleia do Colégio da Especialidade.

Hesbeen (2003) refere que a novidade da reabilitação reside no fato de esta especialização atribuir mais importância ao doente ou seja a pessoa dependente do que à sua doença. Ou seja, preparar a pessoa para ser capaz de realizar o seu autocuidado quer na sua dependência quer na dependência de outrem.

É neste grupo de pessoas que os ganhos em saúde associados aos cuidados de Enfermagem Especializados, têm significado e importância. Estes ganhos são devidos à adaptação e manutenção funcional das pessoas à sua nova condição de dependência, ou da pessoa que cuida, preparando-a com antecipação para agir na resolução dos problemas, o que se consegue pelo treino das pessoas que cuidam (OE, 2010).

Esses ganhos em saúde passam também pela qualidade dos cuidados prestados e pela satisfação das pessoas atendidas. Como refere Santos (2010) os enfermeiros de Reabilitação ao incidir o seu trabalho nestas duas pessoas, procuram melhorar a qualidade de vida da pessoa dependente e sua família.

3. A ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO E A SATISFAÇÃO

O tema de estudo refere-se ao contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Contributo segundo o dicionário da Porto Editora significa "*…aquilo com que se contribui…*". Ao analisarmos o verbo contribuir no mesmo dicionário significa ajudar ou participar na execução de algo; cooperar; colaborar, que reflete o ato de enfermagem e de ser Enfermeiro e que está patente no art.º 88.º "Da excelência do exercício" no Código Deontológico, de 16 de Setembro de 2009:

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

a) Analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;

b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

c) Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;

e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos; (Decreto Lei n.º111, p.6548).

Perante o código deontológico da profissão, verificamos através deste, que a excelência dos cuidados de enfermagem tem implícita a qualidade como forma de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e consequentemente o aumento da satisfação das pessoas atendidas.

Para o conceito de qualidade ser mensurável, Ribeiro (2008) procedeu à sua caracterização, clarificando a sua articulação com alguns conceitos. Assim, termos

como *"eficácia (relação entre objetivos propostos e objetivos atingidos), eficiência (relação entre resultados obtidos e recursos dispendidos), equidade (igualdade de oportunidades no acesso aos cuidados de saúde), acessibilidade (grau de adequação entre a pessoa e o sistema de saúde, o qual implica o uso de bens e serviços considerados socialmente importantes, sem obstáculos físicos, financeiros ou de natureza geográfica, económica, cultural ou funcional com oferta de serviços adequada às necessidades da população) "* (p.4), são constructos relacionados com qualidade.

O mesmo autor refere também a satisfação dos utentes, a adequação, a continuidade de cuidados, a estrutura física e organizacional da instituição, como aspetos a considerar.

Salienta ainda a "*competência profissional (ao nível técnico-científico - "saber fazer" e relacional -"saber ser e saber estar", relação de ajuda, respeito, empatia, congruência, saber escutar…)"* (Ribeiro, 2008, p.4).

De acordo com André e Rosa (1997), por cuidados de saúde de qualidade entendem-se os que promovem a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. Sendo assim, a satisfação das pessoas atendidas pelo profissional de saúde, torna-se um indicador da qualidade, devido ao facto de refletir a forma de como estas foram atendidas, se os resultados obtidos foram de encontro às suas expectativas e promoveram a resolução das suas dúvidas.

A perspetiva da pessoa é assim considerada indispensável, tanto para monitorizar a qualidade dos serviços de saúde, como para identifica os problemas a corrigir, as expectativas em relação aos cuidados e ainda reorganizar serviços de saúde (Mcintyre e Silva, 1999).

As pessoas identificam, como indicadores da qualidade, um ambiente holístico, com envolvimento da família e dele próprio, uma comunicação eficaz, entre os que prestam os cuidados de saúde e enfermeiros disponíveis, eficientes e empenhados (Taylor, citado por Holman, 2000).

O método mais preciso para determinar as perceções de qualidade das pessoas consiste, simplesmente, em perguntar-lhes (Duchene, citado por Holman, 2000). O mesmo autor refere que quando as pessoas se dizem insatisfeitas com os cuidados prestados, tentar corrigir a deficiência e descobrir o que para estas significa qualidade, pode permitir uma mudança no nível de satisfação.

Assim, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades/expectativas das pessoas, constitui um desafio auspicioso à

avaliação da satisfação das pessoas, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador da qualidade.

Tal indicador é reconhecido pela Ordem dos Enfermeiros (2001, p.15), como sendo uma das categorias de enunciados descritivos de qualidade nos cuidados e produtividade de enfermagem, quando refere que "*na procura permanente da excelência profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes*", considerando elementos importantes neste processo, o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual.

Ainda, "*a procura constante de empatia nas interações com o cliente, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados e 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.15).

Machaqueiro (2010) numa das recomendações, referente ao Plano Nacional de saúde 2011-2016 ao nível da qualidade, afirma que se deve " *efetuar uma mudança cultural nos serviços de saúde. A prestação de cuidados deve ser verdadeiramente centrada no doente, o que implica uma prestação de cuidados em torno das necessidades de saúde do doente, mas também das suas necessidades sociais, atendendo ao contexto onde se insere*" (p. 67)

Como já foi salientado os objetivos desta nova forma de atuação que surge com a integração dos Enfermeiros Especialistas de Reabilitação em contexto domiciliário, é no sentido de se centrar mais na pessoa e na sua valorização, melhorando as suas capacidades, do que no tratamento da sua doença, sendo outro dos objetivos, de levar à participação dos seus familiares no processo da sua recuperação.

Por este facto, a Enfermagem de Reabilitação ao ser integrada nos Cuidados de Saúde Primários, com a prestação de cuidados a pessoas dependentes em contexto domiciliário, também tem que estar incluída nesta perspetiva, demonstrando que a qualidade nos cuidados de Enfermagem de Reabilitação conduz à obtenção de pessoas satisfeitas, que por sua vez tem repercussões na saúde da população em geral e na imagem pública da profissão.

A satisfação da pessoa será portanto, um indicador válido na avaliação da qualidade dos serviços. Como refere Holman (2000) a Enfermagem de Reabilitação tem um significativo desafio, no que respeita em ir ao encontro das expectativas de qualidade das pessoas e das suas famílias. Consiste em informar e conversar,

exatamente sobre essas expectativas, o que irá aumentar a consciência e alterar a perceção, em termos de qualidade e satisfação.

Para o conhecimento da satisfação das pessoas, torna-se fundamental conhecer como estas veem os Enfermeiros de Reabilitação na sua prática diária, bem como, se as atuações destes, vão de encontro às suas necessidades.

Como refere Ribeiro (2003, p.21), "*os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de Qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes*".

São as pessoas que podem fornecer-nos informação válida e única acerca da sua satisfação perante a forma de como foram prestados os cuidados de enfermagem, sendo esta, um resultado que se deseja obter no processo da sua prestação.

A Ordem dos Enfermeiros também demonstra a preocupação com a avaliação da satisfação pelo que preconiza que "*a satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legitimo indicador da qualidade dos cuidados prestados*" (2005, p.52), pelo que a satisfação tem sido reconhecida como parte integrante dos cuidados, constituindo um indicador de qualidade dos mesmos.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, definida no Despacho 14223/2009 de 24 de Junho de 2009, adotou as seguintes prioridades estratégicas de atuação também em relação ao item da satisfação como: "*Gerir os sistemas de monitorização e perceção da qualidade dos serviços pelos utentes e profissionais de saúde, designadamente o sistema nacional de reclamações, sugestões e comentários dos utentes do Serviço Nacional de Saúde, designado "Sim Cidadão", e promover a avaliação sistemática da satisfação*;" (p.24668)

Assim, a relação entre os cuidados que os profissionais de saúde prestam e as necessidades/expectativas das pessoas, constituem um desafio promissor à avaliação da satisfação das pessoas, funcionando esta relação como um importante e legítimo indicador de qualidade, (Ribeiro, 2008).

3.1 - Dimensões na Avaliação da Satisfação

O estudo da satisfação dos utentes tem sido nos últimos anos uma das prioridades de investigação em várias áreas académicas, onde a saúde não é exceção. Autores como Ribeiro (2003), Alves (2007), Correia (2007) e Santos (2011) nos seus estudos fizeram a avaliação da satisfação das pessoas com os CSP.

É consensual que as perspetivas das pessoas doentes, são largamente reconhecidas como determinantes na avaliação da qualidade dos cuidados prestados. Em Portugal, são vários os estudos que abordam a satisfação das pessoas atendidas pelo Sistema Nacional de Saúde, sendo utilizadas diferentes dimensões que são usadas para avaliar e medir a qualidade dos cuidados prestados, quer em contexto hospitalar quer em contexto de CSP.

Perante esta duplicidade institucional, na identificação das dimensões e variáveis que influenciam a satisfação da pessoa, Alves (2007) refere que alguns autores indicam que a satisfação parece depender do tipo de cuidados prestados e do contexto em que ela é estudada, enquanto outros dizem que tem a ver com as características das pessoas, dos profissionais de saúde, do relacionamento profissional de saúde enfermeiro/pessoa, de fatores estruturais e de localização.

Assim, são numerosas as tipologias da satisfação das pessoas analisadas, mas as medidas de avaliação disponíveis, são limitadas incidindo sobre um número limitado de dimensões dos cuidados. As dimensões dos cuidados também diferem de acordo com a instituição estudada.

Num contexto mais global, foi realizado em 1998, resultando de um protocolo entre a ARS Norte e o Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, um estudo da satisfação dos utentes dos serviços de saúde, na Região Norte, sendo avaliadas as seguintes dimensões: o Acesso, Despesas, Qualidade técnica, Comunicação-Informação, Relações Interpessoais, Coordenação de Equipa e Avaliação Global (Ribeiro, 2003).

No estudo presente, sendo o contexto estudado os CSP, preferimos fazer uma breve resenha de estudos de satisfação que foram realizados neste contexto, bem como as diferentes dimensões por eles identificadas. No âmbito dos CSP, Ramos (2001) utilizou um questionário de Perceção de Qualidade – Questionário da Perceção da Qualidade nos Centros de Saúde da ULS de Matosinhos (QUECENSA), à população abrangida pelos Centros de Saúde da ULS de Matosinhos. As dimensões avaliadas foram: o ambiente e acessibilidade, relação com o médico, relação com a enfermagem, privacidade e relação com os administrativos.

No mesmo ano Ferreira, (2001), no estudo sobre a satisfação dos utentes dos cuidados primários, identificou cinco dimensões: Relação da comunicação, Cuidados médicos, Informação e apoio, Continuidade e cooperação e organização dos serviços. Este mesmo autor realizou outro estudo em 2005 e identificou as mesmas dimensões.

Perante uma nova realidade de atuação nos CSP, com uma vertente de atendimento centrada no domicílio, com cuidados mais especializados, dando resposta às necessidades de dois elementos da família, um com dependência e outro, a pessoa prestadora de cuidados, será que estes se sentem satisfeitos com o atendimento realizado pelo Enfermeiro especialista de Reabilitação?

São poucos os instrumentos que permitem a avaliação da satisfação e tem-se dado menos importância à criação destes, apesar das Instituições cada vez mais apostarem neste indicador como forma de avaliação periódica do seu desempenho.

Embora a satisfação e as suas diversas dimensões sejam reconhecidas como parte integrante dos cuidados e a evidência mostre que a melhoria da qualidade está fortemente relacionada com a satisfação dos doentes, no âmbito concreto da saúde, também não é fácil avaliar a satisfação das pessoas. É conhecido que, tanto os profissionais de saúde como as administrações dos serviços de saúde, têm perspetivas diferentes das pessoas atendidas quanto às noções de cuidados de saúde (Ribeiro, 2008).

É por isso fundamental, para avaliar a satisfação nestas circunstâncias, que se conheçam os aspetos da prestação de cuidados que as pessoas que utilizam estes serviços, mais valorizam.

Ribeiro (2003) no seu estudo "*Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem – construção e validação de um instrumento de medida*" criou um instrumento (SUCECS26) que avalia a satisfação dos utentes atendidos no Centro de Saúde com os cuidados de enfermagem, segundo seis dimensões: Qualidade na assistência, Envolvimento do utente, Individualização da informação, Informação de recursos, Promoção do elo de ligação e Formalização da informação. As dimensões mais valorizadas pelas pessoas foram a Qualidade na assistência, o Envolvimento do utente e a Individualização da Informação. A dimensão Formalização da informação foi a dimensão menos apreciada. No seu estudo obteve um nível de satisfação global (valores médios) dos inquiridos de 66,5%.

Alves (2007) utilizou o mesmo instrumento num estudo sobre o "*Serviço de Atendimento Permanente - a satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*", e aplicando-o na avaliação da satisfação, das seis dimensões avaliadas, ficaram cinco: Individualização da informação, Qualidade na assistência, Promoção do elo de ligação, Informação dos recursos e Envolvimento do utente. A dimensão Formalização da Informação foi integrada na dimensão Individualização da Informação, não constituindo uma dimensão autónoma, como

no estudo de Ribeiro (2003). A autora (Alves, 2007), obteve esta redução das seis para cinco dimensões, quando submeteu as variáveis do instrumento SUCECS26 à Análise Fatorial das Correspondências Múltiplas. O nível de satisfação global foi de 76,7%.

Neste estudo, a dimensão mais valorizada, foi a dimensão Qualidade na assistência, as restantes dimensões ficaram com valores inferiores a 50% demonstrando um grau baixo de satisfação. A dimensão menos representada foi a dimensão Envolvimento do utente.

Correia (2007) também utilizou este instrumento no estudo "*Adesão e Gestão do regime terapêutico em diabéticos tipo 2 – O papel e suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*". Obteve uma satisfação global de 82,77% nos cuidados de enfermagem prestados na consulta de enfermagem. As dimensões mais valorizadas foram a Qualidade na assistência, a Individualização da informação e o Envolvimento do utente nos cuidados prestados. A dimensão menos valorizada foi a Formalização da Informação.

Costa (2011) utilizou o SUCECS26 no estudo "*Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade dos cuidados*". O objetivo deste estudo foi de perceber a relação entre a formação escolar, a emergência das competências profissionais, na sede de exercício e a qualidade percebida pelos utentes.

Ao aplicar esta escala, as dimensões mais valorizadas no seu estudo, foram também a Qualidade de assistência, a Individualização da informação e o Envolvimento do utente e que mais contribuíram para a satisfação das pessoas em contexto de CSP.

A dimensão Formalização da informação deste estudo também ficou em último lugar. Este estudo não apresentou valores totais percentuais em relação à avaliação da satisfação global pois, o seu objetivo principal, foi conhecer os fatores da satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem.

No seu estudo Costa (2011) utilizou também a escala de avaliação hospitalar SUCEH21 de Ribeiro (2003). Com a utilização das duas escalas obteve a identificação de fatores facilitadores da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, destacando que os aspetos mais relevantes para a satisfação do cliente relacionam-se com a Qualidade no atendimento, Qualidade e prontidão na assistência, interligadas com as competências genéricas, nomeadamente com o espírito de iniciativa, sentido de organização, preocupação e solicitude em relação aos outros. Também o ambiente terapêutico, individualização da

informação e envolvimento do utente, inter-relacionadas com as competências sociais, designadamente a atitude e a relação; soft skills, sobretudo a capacidade de comunicação e abertura a novas ideias.

A mesma autora, salienta que a Qualidade de assistência refere-se ao atendimento, ao ambiente, ao conforto, às competências técnico-científicas, às atitudes e a preocupação e solicitude em relação ao outro. A Individualização da informação inclui a forma de explicar, a preocupação com a linguagem a utilizar e validar a informação transmitida. O Envolvimento do utente implica ter em consideração a opinião da pessoa, a disponibilidade dos enfermeiros e o conhecimento prévio da situação da pessoa.

Costa (2011) também conclui que as pessoas valorizam a importância que os enfermeiros atribuem à sua opinião sobre o seu estado de saúde. Os profissionais deveriam reconhecê-los como um parceiro, que colabora e participa no tratamento, que valoriza a informação e a qualidade de comunicação, exigindo alguma simplicidade nos comportamentos e nos termos utilizados por parte do profissional de saúde.

Santos (2009), constatou que a experiencia vivencial dos participantes, num estudo que desenvolveu em relação à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação tinha por base quatro aspetos centrais: a informação, as competências profissionais (técnicas e relacionais) a relação terapêutica e a eficácia do programa terapêutico.

Este autor, reconheceu que o Enfermeiro de Reabilitação assume um papel primordial no processo interativo pessoa dependente/pessoa cuidadora, provocando nestes um conjunto de sentimentos e significados face à sua intervenção. Um desses sentimentos é a satisfação nas pessoas com a sua intervenção.

Para alguns autores citados por Botelho (1998) constituem como indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros, a satisfação das visitas, pelos cuidados que são prestados aos utentes e a satisfação dos utentes pelos cuidados que recebem.

Mais recentemente, Santos et al (2007, p.11) afirmaram que "*a satisfação dos utentes é, atualmente, considerada como um objetivo fundamental dos serviços de saúde e tem vindo a ocupar um lugar progressivamente mais importante na avaliação da qualidade dos mesmos*".

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

4 - FINALIDADES E OBJETIVOS

Qualquer investigação tem o seu início com a escolha de um domínio particular de interesse para uma questão de investigação que poderá ser estudada (Fortin, 1999).

A Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário é uma área em desenvolvimento nos Cuidados de Saúde Primários, por isso torna-se necessário avaliar a qualidade dos seus cuidados prestados à pessoa dependente e à pessoa prestadora de cuidados.

Perante este tipo de atuação, surgiu a necessidade de saber se estas pessoas estão satisfeitas com a atuação destes profissionais e quais as mais-valias que trazem a estas pessoas, com dependência física e do saber.

Segundo Leite, (2005, p.93) "*o enfermeiro pela sua formação e atuação desenvolve papeis nos âmbitos educativos, gerencial, na coordenação e implementação da assistência de Enfermagem ao binómio paciente e família e à comunidade*." O mesmo autor refere que as instituições além de os incluir com a finalidade curativa também os devem incluir na prevenção e reabilitação.

A Enfermagem de Reabilitação aborda a pessoa dependente sob ponto de vista sociocultural, económico, físico, psicológico e cognitivo, considerando sempre a dinâmica que se estabelece entre este e a pessoa dependente/pessoa prestadora de cuidados e a comunidade em que ambos se inserem.

É cada vez mais aconselhado a utilização de intervenções que possibilitem a obtenção de resultados, que diminuam as consequências negativas para a pessoa prestadora de cuidados e com isso um melhor bem-estar, com satisfação no cuidar, de modo a quem cuida, não fique por cuidar (Santos, 2009).

Presentemente é imperativo diminuir o tempo de permanência das pessoas nas Unidades de Hospitalares transferindo a responsabilidade destes cuidados para aos serviços de apoio à comunidade. Estes cuidados são extensíveis às respectivas famílias.

Na constituição do ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde, fazem parte as Unidades de Saúde Familiar como USF Alfena, USF Ermesinde, USF de São João de Sobrado e USF Valongo; Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados como a

UCSP Campo, UCSP Ermesinde I e II e a UCSP Valongo. A tendência no futuro é que todas as UCSP passem a USF. Há também duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) localizando-se uma em Ermesinde e outra em Valongo cada qual, com uma ECCI com capacidade de atendimento a 20 pessoas, em regime de internamento domiciliário.

Estas ECCI foram constituídas no final de Dezembro de 2010 e as UCC em meados de 2011. No entanto, antes do aparecimento destas unidades onde o Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Reabilitação está inserido, em 2009, com abertura pela ARS Norte de um concurso para admissão de 18 Enfermeiros Especialistas de Reabilitação para os Centros de Saúde, alguns começaram a exercer a sua especialidade antes do aparecimento destas Unidades, com intervenção domiciliar e atendendo as pessoas com dependência no autocuidado.

Obviamente a sua intervenção no domicílio engloba sempre a pessoa dependente e a pessoa que cuida de forma a alcançar as expectativas que estas pessoas têm. Muito do trabalho com vista à autonomia da pessoa dependente é feito pela pessoa que assume a prestação direta dos cuidados.

Assim aconteceu no ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde, em que a Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário começou a ser realizada em Setembro de 2009, inicialmente por dois Enfermeiros Especialistas de Reabilitação e no final de Dezembro desse mesmo ano, com as duas ECCI criadas, são quatro os Enfermeiros desta especialidade, a exercer funções nesta área e sendo este atendimento realizado preferencialmente em regime domiciliar.

Na descrição efetuada, pretende-se com o presente estudo analisar o grau de satisfação das pessoas atendidas e contribuir para o conhecimento da avaliação da satisfação e da prestação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Perante tudo o que foi descrito e tendo por base estes pressupostos a pergunta de Investigação que orientou o nosso estudo foi: **Será que as pessoas se sentem satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio?**

Para elucidar a finalidade proposta tornou-se necessário identificar os objetivos. Segundo Fortin (1999) "*O objetivo do estudo num projeto de investigação enuncia de forma precisa o que o investigador tem intenção de fazer para obter respostas às suas questões de investigação*.". (p.99). Os objetivos delineados para este estudo foram:

- Identificar as dimensões que influenciam a satisfação da pessoa com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação.
- Conhecer os aspetos específicos dentro de cada uma das dimensões da satisfação da pessoa face aos cuidados de enfermagem de Reabilitação no domicílio;
- Conhecer o nível de satisfação da pessoa dependente e do seu prestador de cuidados face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

5 – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Gil (2002) refere que, a pesquisa é o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

A metodologia é a descrição sistematizada dos procedimentos e estratégias utilizadas para a realização de um trabalho de investigação.

Segundo Fortin (1999), a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica, e também, a secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.

Ao longo deste capítulo procuraremos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adotados tendo em conta a definição da problemática. Na apresentação do desenho do estudo, descreveremos o tipo de estudo adotado, bem como a estratégia utilizada para a colheita e análise de dados.

5.1 – Tipo de Estudo

O tipo de estudo segundo Fortin (1999, p.133), "*descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupo de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade*".

Optamos por um estudo de caso, transversal, quantitativo devido ao facto de se obter informações de pessoas que tiveram ou têm cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicilio e uma vez que se efetua a recolha de informação relativa à satisfação, num dado momento e numa população da área de um ACES.

5.2 - Hipóteses e Variáveis em Estudo

Segundo Fortin (1999: p. 122) *" a hipótese é um enunciado formal de relações previstas entre duas ou mais variáveis*". A revisão da literatura, a nossa experiência e vivência profissional, de estreito e frequente contacto com as pessoas dependentes e das pessoas que cuidam, levaram-nos a refletir sobre a temática em questão, levando à elaboração de algumas hipóteses:

H1 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não depende do género
H2 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não depende do estado civil
H3 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não varia com a profissão
H4 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não varia com o tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.
H5 – Não há diferenças entre a satisfação da pessoa dependente e pessoa que cuida.
H6 – Não há diferenças entre a satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas várias Unidades que compõe o ACES Grande Porto III-Valongo/Ermesinde.

De acordo com Polit & Hungler, (1995, p.373), uma variável é vista como a "*caraterística que varia (assume valores diferentes) na população estudada.*"

Neste estudo que pretendemos realizar, a variável dependente **é o grau de satisfação das pessoas dependentes e dos seus prestadores de cuidados em relação aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário**.

Como variáveis independentes são consideradas as caraterísticas das pessoas que constituem a população. Essas caraterísticas são o género, a idade, estado civil, profissão, habilitações literárias, patologia e tempo de utilização dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

Utilizamos também como variáveis independentes a Qualidade na assistência, Envolvimento da pessoa, Individualização da informação, Informação de recursos, Promoção do elo de ligação e Formalização da informação.

5.3 - População e Local de Estudo

População, segundo Fortin (1999: p.202) é definida como uma "…*coleção de elementos ou de sujeitos que partilham caraterísticas comuns, definidas por um conjunto de critérios*".

O atendimento da pessoa dependente é realizado no domicílio e a pessoa está inserida num contexto familiar, em que um dos seus elementos assume o papel de cuidador, sendo este também, alvo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, através de ensinos e orientações. Scramin (2006, p.506) refere "(…) *se adotem medidas terapêuticas de enfermagem e intervenções específicas para o cuidado de clientes com deficiência, de forma a enfocar a orientação no autocuidado com o máximo de aproveitamento do potencial de funcionalidades do cliente, assim como envolver familiares, pessoas significativas e cuidadores no processo de cuidar adequadamente…*"

Como a pessoa com dependência tem sempre um prestador de cuidados, os inquiridos foram a pessoa dependente e ou a pessoa que presta cuidados. Nas famílias em que o dependente não tinha condições para responder ao formulário, este foi aplicado apenas à pessoa prestadora de cuidados.

A população que integrou este estudo foram todas as pessoas dependentes e as pessoas prestadoras de cuidados que usufruíram de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio com mais de 18 anos e com capacidades cognitivas para responderem.

A população é assim constituída pelas pessoas dependentes e as pessoas prestadoras de cuidados às quais foram prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário no ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde.

5.4 - Instrumento de Colheita de Dados

Para Polit & Hungler (1995, p.168), um formulário de perguntas é "*um instrumento totalmente estruturado, solicita-se aos sujeitos que respondam exatamente às mesmas perguntas, sendo que eles recebem o mesmo conjunto de opções de repostas.*"

Em 2003, Ribeiro realizou um estudo sobre a Satisfação dos utentes com os Cuidados de Enfermagem, com o objetivo de construir e validar um instrumento

de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, no Hospital e Centros de Saúde. Com esse estudo surgiram dois formulários SUCES21 e o SUCECS26 orientados para cada uma das Instituições atrás mencionadas. A utilização do SUCECS26, neste estudo, é possivel, após pedido e consequente autorização da autora (Anexo I).

Este instrumento é constituído por diferentes questões, aplicando-se uma escala de alternativa múltipla tipo Likert, graduada de 0 a 3, em que o valor (0) corresponde a Não se aplica/Sem opinião, (1) Nunca, (2) Às vezes, (3) Sempre, sendo estas representativas de conjunto de questões. Noutro conjunto como critério mantendo o (0) ao mesmo valor, variando o (1) em Insatisfeito, (2) Nem satisfeito/Nem insatisfeito e (3) Satisfeito. Todas estas questões refletem o grau de satisfação dos utentes atendidos nos CSP. Este formulário, SUCECS26, é constituído por 27 questões, de acordo com o que foi apresentado por Ribeiro (2003, p.240), (Anexo II).

Ribeiro (2003) no seu estudo mede a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem segundo seis dimensões: qualidade na assistência, envolvimento do utente, individualização da informação, informação de recursos, promoção do elo de ligação e formalização da informação.

A Qualidade na assistência é avaliada nas questões número 11, 21, 24, 25, 26, 27, 30, 31 e 32 que expressa o modo de como os enfermeiros se relacionam com as pessoas atendidas. Expressam a atitude do enfermeiro em situação de prestação de cuidados de enfermagem, a paciência e o envolvimento na relação que determina a satisfação dos cuidados prestados. A Individualização da informação agrupa as questões número 1, 2, 6, 7, 8 e 10 que reflete o modo como as pessoas percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com as pessoas atendidas. A informação proporcionada às pessoas tem sempre, como um pressuposto uma, necessidade da pessoa e por outro lado a informação e neste caso não é um fim em si mesmo, mas antes um meio para que a pessoa aprenda a lidar com a saúde e doença.

O Envolvimento do Utente é avaliado em três questões número 22, 28 e 29. Traduzem a ideia geral de que a pessoas se encontra satisfeita pelo facto de sentir que o enfermeiro desenvolve o seu trabalho centrado na pessoa, demonstrando disponibilidade, considerando a sua opinião na prestação dos cuidados e demonstrando que conhece bem a situação clinica da pessoa.

Informação de recursos é avaliada também em três questões número 4, 5 e 12, expressando a importância da transmissão de informação de recursos

disponíveis, na área de residência da pessoa atendida. Um conhecimento acerca dos serviços disponíveis e a forma de como pode utiliza-los facilita a uma maior acessibilidade dos mesmos.

A Formalização da Informação é avaliada nas questões número 9 e 13 reflete a forma de como se proporciona a informação escrita assim como a explicação dos direitos e deveres das pessoas atendidas. Por fim a Promoção do elo de ligação é avaliado nas questões número 3, 14 e 18 e expressa a preocupação da necessidade do envolvimento da família ou de uma pessoa mais próxima que cuida da pessoa dependente, no processo de cuidados. Outro facto explícito nesta dimensão é a possibilidade de as pessoas poderem contactar sempre ou quase sempre o mesmo enfermeiro, constituindo um fator promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.

O instrumento de colheita de dados, construído neste estudo e proposto à pessoa dependente e à pessoa que presta cuidados, foi precedido de uma nota introdutória na primeira página, com uma informação precisa e clara, numa linguagem compreensível. Nela se expõe os objetivos do trabalho, as condições de anonimato e a confidencialidade, na utilização das respostas obtidas, assim como o tempo que seria dispensado ao seu preenchimento.

O SUCES26 integra a segunda parte do formulário, enquanto na primeira parte se faz a caraterização da população com as perguntas relativas ao género, a idade, estado civil, profissão, habilitações literárias, patologia, tempo de utilização do Programa de Reabilitação no Domicilio (PRD) e a unidade a que pertence do ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde.

Identifica também a pessoa que responde a este formulário, pessoa dependente ou a pessoa que presta cuidados e por fim, o tempo que presta cuidados à pessoa dependente, sendo esta pergunta destinada só à pessoa que presta cuidados (Anexo III).

Na análise da profissão optamos por utilizar a **Classificação Portuguesa das Profissões de 2010**, abreviadamente designada por **CPP/2010**, elaborada a partir da Classificação Internacional Tipo de Profissões de 2008 (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P.), que se destina a substituir a Classificação Nacional de Profissões de 1994 (CNP/94) do Instituto do Emprego e Formação Profissional.

Esta classificação engloba os Reformados, Profissões das Forças Armadas, Representantes do poder legislativo e de órgãos (RPLO), Especialistas das atividades intelectuais e científicas (EAIC), Técnicos e profissões de nível

Intermédio (TPNI), Pessoal administrativo (PA), Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores (TSPPSV), Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta (ATQAPF), Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices (TQICA), Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem (OIMT) e Trabalhadores não qualificados (TNQ).

5.5 - Procedimentos de Colheita de Dados e Aspectos Éticos Contemplados

Este estudo tenta abranger todas as pessoas que usufruíram de cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio. Ao caracterizarmos pessoa referimo-nos aos dois principais intervenientes no trabalho do Enfermeiro de Reabilitação em contexto domiciliário a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados.

Como este atendimento iniciou-se em 2009 e como é um processo moroso e inovador na forma de atendimento, foram consideradas para este estudo todas as pessoas que tiveram intervenção deste profissional até Agosto de 2011.

Foi realizado um contacto telefónico, às pessoas que tiveram alta deste tipo de atendimento e explicado quais os objetivos do nosso estudo e após a sua decisão favorável, os formulários foram aplicados.

Os participantes foram convidados a responder pelos Enfermeiros de família das diferentes unidades que constituem o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde. As pessoas que ainda se encontram neste tipo de atendimento, após explicado quais os objetivos do nosso estudo, foram também incluídas neste estudo.

Os Enfermeiros que aceitaram colaborar no estudo, assinaram uma carta de compromisso (Anexo IV). Com esta intermediação pretendeu-se obter respostas mais sinceras no que respeita à satisfação relativa aos cuidados de enfermagem prestados pelo do Enfermeiro especialista de Reabilitação e não enviesar as resposta

Por sua vez os participantes deram o seu consentimento para que os dados recolhidos fossem utilizados neste estudo através da assinatura do modelo de Consentimento Informado (Anexo V).

Neste estudo não houve necessidade de fazer um pré-teste devido ao facto de este instrumento de colheita de dados já tinha sido aplicado, testado e

validado no estudo de Ribeiro (2003) "*Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem – Construção e validação de um instrumento de medida*".

Relativamente às questões éticas, estas referem-se à exigência de fundamentação do agir, isto é, à determinação dos princípios que estão na base da ação humana. De acordo com Fortin (1999, p.114), " (...) *a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua condut*a."

Toda a investigação realizada com seres humanos levanta questões morais e éticas. O Código de Nuremberga nasce, portanto, da necessidade de definir regras morais de experimentação sobre os seres humanos. Todos os investigadores devem submeter-se a este código quando decidem utilizar pessoas como sujeitos de investigação.

Nos estudos de investigação que envolvem seres humanos, os direitos das pessoas que têm de ser absolutamente protegidos são: direito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, assim como, o direito a um tratamento justo e equitativo.

No sentido de respeitar todos os aspetos éticos supracitados, foi pedida a autorização aos participantes para a sua participação na resposta ao formulário.

Foi também submetido ao Conselho de Ética da ARS Norte o pré-projecto de investigação deste trabalho, em que obtivemos um parecer positivo para a sua realização conforme o (Anexo VI).

Foram também pedidas as devidas autorizações à ARS Norte, para submeter este formulário às pessoas (pessoa dependente/pessoa cuidadora) das ECCI abrangidas pelo atendimento do Enfermeiro Especialista de Reabilitação (Anexo VII).

5.6 - Tratamento de Dados

Fortin (1999, p.42) refere que " *a análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo*".

Procedeu-se ao tratamento e análise dos dados quantitativos do estudo através do pograma informático SPSS17 (Statiscal Package for the Social Sciences

versão 17 para Windows). Os valores dos resultados são representados através de quadros com a respetiva analise, para melhor compreensão dos dados.

6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo fazemos a apresentação dos resultados nas diferentes variáveis que nos propusemos investigar e a análise dos resultados obtidos com a aplicação do formulário SUCECS26 com recurso a técnicas descritivas e à inferência estatística.

Os quadros não apresentam fonte, uma vez que todos os dados foram produzidos no estudo realizado.

Caracterização da população

A população do nosso estudo é constituída no total por setenta e quatro pessoas das quais trinta e quatro são pessoas dependentes e quarenta pessoas prestadoras de cuidados. O formulário não foi aplicado em oito pessoas dependentes pois apresentavam défice cognitivo, aplicando-se o critério de exclusão. A população integra só quarenta pessoas prestadoras de cuidados, visto que em duas pessoas dependentes não se identificaram o respetivo prestador de cuidados.

A população é caracterizada de acordo com várias variáveis sócio demográficas, o tipo de pessoa que responde ao formulário (pessoa dependente e/ou pessoa prestadora de cuidados), patologias que originaram a dependência, o tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Nas variáveis socio demográficas foram inquiridos quanto ao género, idade, estado civil, escolaridade e profissão.

Na apresentação dos resultados, são mostrados os valores totais em termos absoluto e percentuais, bem como a sua distribuição por pessoas dependentes e pessoas prestadoras de cuidados.

Género

No quadro 1 referente ao género, constatamos que a distribuição em termos percentuais globais é mais elevada no género feminino que no género masculino.

Quanto ao facto de serem pessoas dependentes ou pessoas prestadoras de cuidados há uma ligeira diferença quanto ao género, sendo mais notória a diferença em relação às pessoas prestadoras de cuidados, em que o género feminino (31) é mais alto que as do género masculino (9) das pessoas prestadoras de cuidados. No total da população, há mais pessoas do género feminino com 66,2%.

Quadro 1 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por género

	Masculino	Feminino	Total
Pessoa dependente	**16** **21,6%**	**18** **24,3%**	**34** **45,9%**
Pessoa prestadora de cuidados	**9** **12,2%**	**31** **41,9%**	**40** **54,1%**
TOTAL	**25** **33,8%**	**49** **66,2%**	**74** **100,0%**

Idade

A maior percentagem desta distribuição encontra-se no intervalo dos " 71-80 anos" com cerca de 33,8%, como demonstra o quadro 2. Os grupos etários a seguir mais representativos desta população situam-se no intervalo dos "81 e mais anos" com 17,6% e dos "51- 60" e "61-70" (16,2%).

Quadro 2 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por idade

	Idade								Total
	Menos 20	21 – 30	31 – 40	41-50	51-60	61-70	71-80	81 e mais	
Pessoa dependente	1 1,4%	1 1,4%	1 1,4%	2 2,7%	3 4,1%	2 2,7%	14 18,9%	10 13,5%	34 46.9%
Pessoa prestadora de cuidados	0 0%	1 1,4%	1 1,4%	5 6,8%	9 12,2%	10 13,5%	11 14,9%	3 4,1%	40 54,1%
TOTAL	1 1,4%	2 2,7%	2 2,7%	7 9,5%	12 16,2%	12 16,2%	25 33,8%	13 17,6%	74 100,0%

De salientar aspetos curiosos em que temos o escalão dos "81 e mais anos" com o segundo valor em termos percentuais.

Na análise, quanto ao facto de serem pessoas dependentes, a idade da pessoa mais nova situa-se no escalão abaixo dos 20 anos e a maior percentagem das pessoas dependentes situa-se no escalão dos "71-80 anos" com 18,9%.

Nas pessoas prestadoras de cuidados, a idade do mais novo situa-se no grupo etário dos "21-30" e o grupo etário mais representativo, é o de "71-80", com 14,9% que espelha a realidade de uma população envelhecida, em que temos idosos a cuidar de outros idosos.

De assinalar, que o elemento mais novo da nossa população tem 19 anos e o mais idoso tem 90 anos. A média de idade é de 68,8 anos.

Estado civil

O estado civil "casado" é maioritário, com os valores totais de 70,3 % com 28,4 % nas "pessoas dependentes" e 41,9% nas "pessoas prestadoras de cuidados".

O estado civil a seguir representado é o "viúvo(a)" e nesta situação é maior a percentagem de pessoas dependentes do que prestadores de cuidados.

Quadro 3 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por estado civil

	Estado civil				Total
	Solteiro	Casado	Divorciado	Viúvo(a)	
Pessoa dependente	3 4,1%	21 28,4%	0 ,0%	10 13,5%	34 45,9%
Pessoa prestadora de cuidados	1 1,4%	31 41,9%	3 4,1%	5 6,8%	40 54,1%
TOTAL	4 5,4%	52 70,3%	3 4,1%	15 20,3%	74 100,0%

De salientar que só se encontra o estado civil "divorciado" nas pessoas prestadoras de cuidados.

Escolaridade

Analisando o grau de escolaridade no quadro nº 4 denotamos que este é baixo.

A maior percentagem da população tem o 1º ciclo com o total de 58%, os segundos valores mais representativos são o "não sabe ler e escrever" e o "sabe ler e escrever" com valores de 9,5%. Os outros graus académicos têm uma

representação abaixo dos 10% sendo o valor maior deste grupo o "Secundário" (8,1%) e a seguir "3º ciclo" (6,8%).

Quadro 4 – Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por escolaridade

	Não sabe ler e escrever	Sabe ler e escrever	1ºciclo	2ºciclo	3ºciclo	Secundário	Licenciatura	Mestrado	Total
Pessoa dependente	6	3	18	0	4	2	1	0	34
	8,1%	4,1%	24,3%	,0%	5,4%	2,7%	1,4%	,0%	47,4%
Pessoa prestadora de cuidados	1	4	25	4	1	4	0	1	40
	1,4%	5,4%	33,8%	5,4%	1,4%	5,4%	,0%	1,4%	52,6%
TOTAL	7	7	43	4	5	6	1	1	74
	9,5%	9,5%	58,1%	5,4%	6,8%	8,1%	1,4%	1,4%	100%

Profissão

O quadro n.º 5, demonstra a distribuição da nossa população pelas diferentes profissões que fazem parte da CPP/2010.

É notória a alta percentagem de reformados, sendo de 71,6%, estando esta classe mais representada nas pessoas dependentes do que nas pessoas que são prestadoras de cuidados.

Quadro 5 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por profissão

	Reformado	TNO	Desempregado	TPNI	TSPPSV	OIMTM	Total
Pessoa dependente	30	2	1	1	0	0	34
	40,5%	2,7%	1,4%	1,4%	0%	,0%	45,9%
Pessoa prestadora de cuidados	23	3	10	1	2	1	40
	31,1%	4,1%	13,5%	1,4%	2,7%	1,4%	54,1%
TOTAL	53	5	11	2	2	1	74
	71,6%	6,8%	14,9%	2,7%	2,7%	1,4%	100,0%

A profissão que se encontra em segundo lugar na representação da nossa população, são os desempregados, com um valor aproximadamente de 15%, estando nesta classe em maior número representado, as pessoas que são prestadoras de cuidados.

Esta situação chega a ser vantajosa, devido ao facto de a pessoa dependente ter um familiar que pode assumir o papel de pessoa que presta os cuidados pelo facto de ter mais disponibilidade de tempo. A terceira profissão mais representada são os trabalhadores não qualificados, com um valor de 6,8%.

Este valor, reflete mais uma vez alguma correspondência com os valores que que encontramos na análise da nossa população, pois este valor vai ao encontro da baixa percentagem da escolaridade da nossa população. Todas as outras categorias profissionais têm pouca expressão, com valores inferiores a 3%.

A seguir apresentamos alguns dados de caracterização da população, que faziam parte da primeira parte do nosso formulário, como as unidades onde se encontram inscritas, as patologias que originaram a dependência, o tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação e por fim há quanto tempo presta cuidados à pessoa dependente.

Unidades do ACES a que a pessoa dependente e a pessoa prestadora pertencem

Relativamente às unidades que fazem parte do ACES do Grande Porto III - Valongo-Ermesinde, este é constituído por várias unidades de diferentes tipologias abrangendo várias freguesias.

Quadro 6 -Distribuição numérica e percentual dos inquiridos segundo as unidades do ACES a que pertencem

	Frequência	Percentagem
USF Ermesinde	21	28,4%
UCSP de Ermesinde I e II	16	21,6%
UCSP de Valongo	16	21,6%
USF de Alfena	9	12,2%
UCSP de Campo	7	9,5%
USF São João de Sobrado	3	4,1%
USF de Valongo	2	2,7%
TOTAL	74	100,0%

Assim a nossa população distribui-se da forma como vem apresentado no quadro n.º 6. Como se denota a distribuição pelas diferentes unidades, não é

uniforme.A população está mais concentrada na USF e a UCSP de Ermesinde com 28,4% e 21,6% respetivamente. A UCSP de Valongo tem o mesmo valor desta ultima e as restantes unidades com valores percentuais inferiores.

Patologia que originou a dependência

Obtivemos a identificação de um leque variado de doenças que provocaram a dependencia na pessoa dependente, conforme as respostas obtidas.

No quadro n.º 7, apesar de figurem os valores totais da nossa população, representando que em cada grupo (pessoa dependente/ pessoa prestadora de cuidados) houve coincidência da resposta sobre a patologia que provocou a depêndencia, estão também presentes as situações em que se obteve resposta só da pessoa dependente ou só da pessoa prestadora de cuidados.

Quadro 7 -Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por patologia que provocou a dependência

	Pessoas dependentes	Pessoas prestadoras de cuidados	N	%
AVC	16	16	32	43,2%
Síndrome de Desuso	4	4	8	10,8%
DPOC	3	4	7	9,5%
Diabetes	2	3	5	6,8%
Prótese da Anca	2	3	5	6,8%
Doença de Parkinson	2	2	4	5,4%
Doença Cardíaca	1	1	2	2,7%
Fratura do Trocanter	1	1	2	2,7%
Traumatismo Crânio-Encefálico	1	1	2	2,7%
Lesão ocupando espaço	0	1	1	1,4%
Demência	0	1	1	1,4%
Traumatismo vertebro-medular	0	1	1	1,4%
Tumor cerebral	0	1	1	1,4%
Paralisia Cerebral	0	1	1	1,4%
Artoplastia lombar	1	0	1	1,4%
Prótese total do joelho	1	0	1	1,4%
TOTAL	34	40	74	100,0%

Constata-se que a patologia com maior percentagem de causa de dependência é o AVC (Acidente Vascular Cerebral) com 43,2%. A síndrome de desuso é a segunda causa mais frequente, sendo uma causa associada a alguma patologia que pode ter provocado o alectoamento da pessoa e consequentemente a perda da sua capacidade para realizar o autocuidado.

Esta síndrome é uma das causas que associado ao envelhecimento das pessoas provoca nestas a dependência para a realização do autocuidado precisando de ajuda para a sua realização motivando por isso dependência.

A terceira patologia que provocou a dependência foi a DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica) com 9,5%. Depois vem a Diabetes e outras patologias com pouca representatividade mas em que a maior parte delas são decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento da pessoa.

Tempo de papel de prestador de cuidados

O quadro n.º 8 apresenta os valores encontrados e na sua análise, verificamos que o maior valor percentual com 35% encontra-se no tempo " *mais de 5 anos*" em que a pessoa que assume o papel de prestador tem a seu cargo a pessoa dependente, sendo uma situação crónica de dependência.

Quadro 8 -Distribuição numérica e percentual dos prestadores de cuidados pelo tempo de exercicio de papel

	Frequência	Percentagem
Menos de 6 meses	8	20%
Entre 6 meses a 1 ano	3	7,5%
Entre 1 ano a 3 anos	8	20%
Entre 3 a 5 anos	7	17,5%
Mais de 5 anos	14	35%
TOTAL	40	100%

Os valores imediatamente a seguir é o intervalo de tempo de "*menos de 6 meses*" e o de "*entre o 1 ano e 3 anos*", com 20% da nossa população.

Na primeira situação descrita as pessoas, ainda estão em fase de aprendizagem para lidar com dependência de um familiar e no segundo caso já se encontram "familiarizadas" com esta situação.

Numa análise mais global denota-se que as percentagens mais elevadas situam-se nos períodos de tempo maiores que abrange de 1 ano em diante. Mais uma vez se demonstra que a maior parte das pessoas que desempenham o papel de prestador de cuidados o vão desempenhando por muito tempo.

Tempo de permanência em PRD

Numa análise das variáveis realizada, colocada pela questão " *Há quanto tempo está ou esteve inserido em Programa de Reabilitação no Domicílio (P.R.D)?*" , em que pretendiamos determinar quanto tempo as pessoas permanecem com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário, obtivemos os resultados presente no quadro n.º 9.

Quadro 9 - Distribuição numérica e percentual dos inquiridos por tempo que está ou esteve inserido em PRD

	Frequência	Percentagem
Menos de 1 semana	1	1,4%
Entre 1 semana e 1 mês	18	24,3%
Entre 1 mês e 6 meses	48	64,9%
Entre 6 meses e 1 ano	4	5,4%
Mais de 1 ano	3	4,1%
TOTAL	74	100

Através dos resultados obtidos observa-se que as percentagens com maior representação em termos percentuais no quadro n.º 9 são referentes a "*entre 1 mês e 6 meses*" e entre "*1 semana e 1 mês*" sendo o primeiro com maior percentagem com 64,9%.

De observar que nos períodos de maior duração também há utentes representados sendo 4,1% com mais de um ano em Programa de Reabilitação no Domicílio (PRD).

Perante estes resultados está patente que o processo de reabilitação efetuado pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação é um processo moroso até se atingir os objetivos preconizados por este, pela pessoa dependente e pela pessoa prestadora de cuidados.

6.1- Satisfação das Pessoas

Neste subcapítulo apresentamos, em primeiro lugar, a análise descritiva dos resultados obtidos no formulário SUCECS26 e depois fazemos uma apresentação da análise da relação entre as dimensões da satisfação.

Como já foi referido o formulário SUCECS26 está divido em duas escalas de opção de resposta, as primeiras com as opções de resposta: ***Não se aplica/Sem opinião***, ***Nunca***, ***Às vezes***, ***Sempre***, sendo estas representativas do maior conjunto de perguntas. Noutro conjunto, com 6 perguntas é alterada a opção de escolha mas mantendo como critério as mesmas quatro opções de ***Não se Aplica/Sem opinião***, ***Insatisfeito***, ***Nem satisfeito/Nem insatisfeito*** e ***Satisfeito***.

Todas estas questões refletem o grau de satisfação das pessoas atendidas no domicílio pelos Enfermeiros de Reabilitação.

Quadro 10 - Respostas da 1ª parte do SUCECS26

	Não se aplica/Sem opinião	Nunca	Às vezes	Sempre
Os enfermeiros forneceram toda, alguma ou nenhuma informação relativamente à informação necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem	**0% 0**	**2,7 2**	**2,7% 2**	**94.6% 70**
Os enfermeiros preocupavam-se em fazer o ensino que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Os enfermeiros relativamente à informação, preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas, explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava	**1,4% 1**	**1,4% 1**	**1,4% 1**	**95,9% 71**
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais….	**2,7% 2**	**8,1% 6**	**6,8% 5**	**82,4% 61**
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis de como e quando os deve utilizar	**0% 0**	**8,1% 6**	**5,4% 4**	**86,5% 64**
Os enfermeiros explicaram as coisas de forma compreensível	**1,4% 1**	**0% 0**	**2,7% 2**	**95,9% 71**
Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)	**12,2% 9**	**55.4% 41**	**14.9% 11**	**17.6% 13**
Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário faze-los	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Os enfermeiros no Centro de Saúde, preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do Centro de Saúde (horários de atendimento, tipo de consultas, localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas…)	**43,2% 32**	**13,5% 10**	**9,5% 7**	**33,8% 25**
Os enfermeiros no Centro de Saúde preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do Centro de Saúde	**39,2% 29**	**18,9% 14**	**10,8% 8**	**31.1% 23**
No Centro de Saúde tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si, a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação	**32,4% 24**	**14,9% 11**	**9,5% 7**	**43,2% 32**

	Não se aplica/Sem opinião	Nunca	Às vezes	Sempre
Quando necessitava, era fácil contactar com os enfermeiros dos Centros de Saúde, para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas	35.1% 26	1,4% 1	17,6% 13	45.9%34
Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados	0% 0	0% 0	0% 0	100% 74
Os enfermeiros quando prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com outros, mantendo-o confortável)	0% 0	0% 0	4,1% 3	95.9% 71
Os enfermeiros atenderam-no com simpatia	0% 0	0% 0	0% 0	100% 74
Os enfermeiros davam importância aos seus problemas	0% 0	0% 0	1,4% 1	98.6% 73
Os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes	0% 0	0% 0	1.4% 0	98.6% 73
Os enfermeiros deixavam colocar as suas dúvidas	0% 0	0% 0	0% 0	100% 74
Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam	0% 0	0% 0	1.4% 1	100% 73
Os enfermeiros demonstravam ser profissionais atualizados e bem informados?	0% 0	0% 0	0% 0	100% 74

Analisando, assim, de uma forma global a primeira parte do formulário denotamos que a maior parte das questões tem 100% na opção "***Sempre***" ou com valores superiores a 80%.

No entanto, quando as questões são feitas em relação ao Centro de Saúde as respostas centram-se na opção "***Não se Aplica/Sem opinião*** " devido ao facto de muitas das pessoas nunca terem recorrido às instalações destes serviços.

Outra questão que suscita interesse na sua análise, é a questão "*Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si*), que tem a percentagem de escolha mais elevada na opção "***Nunca***" com 55,4% das respostas.

Esta questão está relacionada com a informação escrita que é fornecida às pessoas. Na análise desta resposta verifica-se que quarenta e uma pessoas dependentes e pessoas prestadoras de cuidados não consideram que lhe forneceram informação escrita.

Relativamente à análise da segunda parte do formulário, em que as opções de escolha variam entre o insatisfeito e satisfeito obtivemos o resultado de 100% ***Satisfeito*** em três questões e 97,3% numa outra.

Nas restantes duas, em que as pessoas eram inquiridas em relação ao Centro de Saúde as opções de resposta repartiam-se maioritariamente no ***Satisfeito*** e no ***Não se aplica/sem opinião***.

Quadro 11 -Respostas da 2ª parte do SUCECS 26

	Não se aplica/Sem opinião	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito
Os enfermeiros relativamente à forma como explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreende-se, a preocupação em saber de tinha mesmo percebido)	**0% 0**	**0% 0**	**2.7% 2**	**97.3% 72**
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no Centro de Saúde.	**40,5% 30**	**1,4% 1**	**4,1% 3**	**54,1% 40**
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	**0% 0**	**0% 0**	**0% 0**	**100% 74**
Relativamente aos cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde	**43,2% 32**	**2,7% 2**	**2,7% 2**	**51,4% 38**

Depois de concluída a análise de cada questão do formulário SUCECS26, passamos a apresentar os resultados obtidos nas seis dimensões da avaliação da satisfação que o constituem, de acordo com o tratamento de dados realizado pela autora do instrumento (Ribeiro, 2003).

São trabalhadas seis dimensões que agrupam um total de 26 questões, sendo excluída uma das questões que integrava o formulário.

A primeira dimensão denominada "**Qualidade na assistência**" associa as questões que parecem expressar o modo como os enfermeiros se relacionam com as pessoas atendidas.

Na segunda dimensão, "**Individualização da Informação**", associa-se às questões que refletem a forma de como as pessoas percecionaram o processo de comunicação que o enfermeiro estabeleceu com elas, o objetivo desta dimensão era que a informação transmitida fosse uma forma de aprendizagem para que o individuo aprendesse a lidar com a situação de saúde/doença.

A dimensão três, denominada "**Envolvimento do utente**", associa questões que traduzem a ideia geral de que a pessoa se encontra satisfeita pelo atendimento prestado pelo enfermeiro, demonstrando disponibilidade, conhecimento da sua situação e considerando a sua opinião na prestação de cuidados.

A dimensão quatro, "**Informação de recursos**", associa questões que traduzem a importância da transmissão da informação sobre os recursos disponíveis na sua área de residência e como poderá utiliza-los, permitindo com isto melhor acessibilidade.

A dimensão cinco, **"Formalização da informação"** associa questões que espelham um papel mais formal da atividade do enfermeiro em relação a proporcionar informação escrita, explicação dos direitos e deveres das pessoas no contexto dos cuidados com o objetivo de que a sua participação seja informada.

Por último a dimensão **"Promoção do elo de ligação"** associa as questões que expressam a preocupação e a necessidade do envolvimento da família ou pessoas mais próximas, no processo de cuidados.

Tem também como objetivo perceber se a pessoa tem a possibilidade de contactar sempre ou quase sempre o enfermeiro constituindo um fator promotor de segurança e facilitador da utilização dos serviços de saúde.

Perante esta descrição e sendo dimensões que estão presentes no trabalho do Enfermeiro Especialista de Reabilitação no atendimento domiciliário com a pessoa dependente e da pessoa prestadora de cuidados, foram obtidos os seguintes resultados de satisfação conforme demonstra o quadro n.º 12.

Quadro 12 - Dimensões da satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário (N=74)

	Média	Desvio Padrão
3 - Envolvimento do utente	99,84	1,29
2 - Individualização da informação	99,02	3,23
1 - Qualidade na assistência	89,88	10,4
4 - Informação de recursos	75,67	22,12
6 - Promoção de elo de ligação	69,97	26,05
5 - Formalização da informação	45,27	28,20
Satisfação global SUCECS26	85,77	9,60

Podemos verificar que as pessoas inquiridas valorizam de uma forma quase unânime o "*Envolvimento do utente*" com (99,84%), com os enfermeiros a desenvolver o trabalho centrado na pessoa dependente e na pessoa que assume o papel de prestador de cuidados, demonstrando disponibilidade para com estas.

Com um valor também aproximado a "*Individualização da Informação*" (99,02%) apresenta-se como a segunda dimensão mais representativa, traduzindo a forma de como o Enfermeiro de Reabilitação transmite a informação útil para as pessoas com quem trabalha, no seu dia-a-dia.

A "*Qualidade na assistência*" com 89,88% é a terceira dimensão mais representativa da satisfação das pessoas perante o atendimento realizado pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação, traduzindo esta dimensão a atitude deste

na prestação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Com níveis intermédios mas com valores ainda elevados, a dimensão "*Informação de recursos*" com 75,67% revela que as pessoas atendidas estão satisfeitas com a informação transmitida dos recursos existentes garantido assim a sua acessibilidade aos cuidados de saúde. A "*Promoção do elo de ligação*" com 69,97% demonstra que as pessoas estão satisfeitas com este tipo de atendimento e intervenção.

As pessoas apresentam níveis de satisfação na dimensão "*Formalização da informação*" com 45,27% que reflete a informação escrita e o esclarecimento dos direitos e deveres da pessoa atendida. Esta dimensão da satisfação está de acordo ao resultado apresentado na questão " *Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si) "* em que 55,4% da população respondeu que o Enfermeiro de Reabilitação não fornecia documentação escrita estando assim demonstrado o motivo de insatisfação nesta dimensão.

6.2 - Análise das Diferentes Dimensões da Satisfação com as Diferentes Variáveis

Com o objetivo de estabelecer e compreender as possíveis relações entre as dimensões do SUCECS26 procedeu-se à análise de variância com as variáveis socio demográficas e outras. A análise dos resultados é também realizada recorrendo aos mesmos testes paramétricos que Ribeiro (2003) utilizou.

Na análise da variância importa definir um nível de significância e para este estudo o nível de significância foi de $p < 0,05$. Segundo (Martinez, 2010, p.24) "*…os limites do intervalo de confiança são variáveis aleatórias cuja a probabilidade de conter o verdadeiro valor é definida pelo investigador*"

O mesmo autor Martinez (2010) refere que a probabilidade designa-se por nível de significância e representa o risco de o parâmetro não estar no intervalo de confiança calculado sendo que os níveis de significância mais utilizados são de $p < 0,01$, $p < 0,05$ e $p < 0,1$. A análise da variância foi efetuada através do modelo T-Teste e ANOVA (consoante o caso) indicando como variáveis independentes: a pessoa que responde ao formulário, sexo, estado civil, idade, profissão, tempo de

permanência sob cuidados de Enfermagem de Reabilitação e as diferentes Unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde.

Satisfação e a pessoa que responde ao formulário

O quadro n.º 13, demonstra os resultados da análise da variância das várias dimensões com a variável, pessoa que responde ao questionário. Para o efeito foi utilizado o T-Teste, uma vez que se pretendeu avaliar as diferenças entre dois grupos de sujeitos, neste caso pessoa dependente e pessoa que presta cuidados.

Quadro 13 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e pessoa que responde ao formulário

Dimensões	Pessoa que responde ao formulário	N	Média dos grupos	Valor de T	d.f	Valor de Sig.
Qualidade na Assistência	Pessoa dependente	34	23,23	-3,069	72	,085
	Pessoa prestadora c.	40	25,15			
Individualização da Informação	Pessoa dependente	34	18,00	2,477	72	,001
	Pessoa prestadora c.	40	17,67			
Envolvimento do utente	Pessoa dependente	34	9,00	,921	72	,063
	Pessoa prestadora c.	40	8,97			
Informação dos recursos	Pessoa dependente	34	6,70	-,416	72	,001
	Pessoa prestadora c.	40	6,90			
Formalização da Informação	Pessoa dependente	34	2,23	-2,321	72	,197
	Pessoa prestadora c.	40	3,12			
Promoção do elo de ligação	Pessoa dependente	34	5,23	-3,931	72	,765
	Pessoa prestadora c.	40	7,20			
Satisfação Global	Pessoa dependente	34	67,41	-2,758	72	,279
	Pessoa prestadora c.	40	72,02			

Os resultados obtidos demonstram existirem diferenças com significado estatístico nas dimensões "*Individualização de Informação*" e "*Informação de recursos*". Isto significa que a "*Individualização Informação*" foi percebida de forma diferente entre as pessoas que responderam ao formulário, sendo as pessoas que atingiram média mais alta nesta dimensão, foram as pessoas com dependência (média igual a 18,00).

Na dimensão "*Informação de recursos*" as pessoas que cuidam interpretaram de forma diferente esta dimensão, apresentando uma média ligeiramente mais alta (média igual a 6,90).Nas restantes dimensões avaliadas não existem diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas dependentes e as pessoas prestadoras de cuidados, relacionadas com a satisfação face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

Satisfação e género

O quadro n.º 14 representa os resultados da análise de variância das diferentes dimensões e a variável género.

Quadro 14 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o género das pessoas

Dimensões	Género	N	Média dos grupos	Valor de t	d.f	Sig.
Qualidade na Assistência	Masculino	25	23,56	-1,560	72	,593
	Feminino	49	24,63			
Individualização da Informação	Masculino	25	18,00	1,887	72	,001
	Feminino	49	17,73			
Envolvimento do utente	Masculino	25	9,00	,712	72	,150
	Feminino	49	8,97			
Informação dos recursos	Masculino	25	6,60	-,648	72	,238
	Feminino	49	6,91			
Formalização da Informação	Masculino	25	2,36	-1,300	72	,919
	Feminino	49	2,89			
Promoção do elo de ligação	Masculino	25	5,76	-1,418	72	,436
	Feminino	49	6,57			
Satisfação global	Masculino	25	68,28	-1,341	72	,701
	Feminino	49	70,73			

Para esse efeito foi utilizado o T-Test, uma vez que se pretende analisar as diferenças entre o género masculino e o feminino.

Pretende-se saber com isto, em que medida o género masculino e feminino mostram níveis de satisfação diferentes face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados em contexto domiciliário.

Pela análise do quadro n.º 14 asseguram-se diferenças estatisticamente significativas na satisfação com o género na dimensão "*Individualização da Informação*" que obteve um valor de p <0,05, t (72) = 1,887 p=0,001.

Na análise descritiva permite encontrar as médias mais elevadas no género masculino, isto significa que a "*Individualização Informação*" foi percebida de forma diferente pelas pessoas do género masculino das pessoas que responderam ao formulário, pois apresenta a média mais elevada.

Satisfação e estado civil

Na análise da satisfação relacionando-a com o estado civil utilizou-se o One Way - ANOVA (F), pelo facto da variável em análise - estado civil ser formada por mais do que dois grupos, "solteiro, casado, divorciado, viúvo(a)".

O quadro n.º 15, evidencia diferenças estatisticamente significativas na análise dos resultados obtidos ao nível da satisfação e o estado civil.

Quadro 15 -Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e estado civil das pessoas

Dimensões	Estado civil	N	Médias dos grupos	Fonte de variância	G.L	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Qualidade na Assistência	Solteiro	4	26,75	Entre- grupos	3	17,539	2,317	,083
	Casado	52	24,05	Intra- grupos	70	7,571		
	Divorciado	3	27,00					
	Viúvo(a)	15	23,80					
Individualização da Informação	Solteiro	4	18,00	Entre –grupos	3	,322	,949	,422
	Casado	52	17,75	Intra-grupos	70	,339		
	Divorciado	3	18,00					
	Viúvo(a)	15	18,00					
Envolvimento do utente	Solteiro	4	9,00	Entre-grupos	3	7,170	,136	,938
	Casado	52	8,98	Intra-grupos	70	3,826		
	Divorciado	3	9,00					
	Viúvo(a)	15	9,00					
Informação dos recursos	Solteiro	4	8,25	Entre-grupos	3	9,994	1,874	,142
	Casado	52	6,57	Intra-grupos	70	2,558		
	Divorciado	3	8,66					
	Viúvo(a)	15	6,86					

Formalização da Informação	Solteiro	4	3,25	Entre-grupos	3	6,250	3,907	,012
	Casado	52	2,61	Intra-grupos	70	5,467		
	Divorciado	3	5,67					
	Viúvo(a)	15	2,33					
Promoção do elo de ligação	Solteiro	4	7,50	Entre-grupos	3	142,970	1,143	,338
	Casado	52	6,32	Intra-grupos	70	52,363		
	Divorciado	3	7,66					
	Viúvo(a)	15	5,60					
Satisfação global	Solteiro	4	75,75	Entre-grupos	3		2,730	,050
	Casado	52	69,30	Intra-grupos	70			
	Divorciado	3	79,00					
	Viúvo(a)	15	68,60					

As pessoas inquiridas demonstraram níveis de satisfação diferentes na "*Formalização da informação*" com F (3,907) devido ao p <0,05.

Na análise descritiva tal sugere que a "*Formalização da informação*" é vista de maneira diferente conforme o estado civil das pessoas inquiridas, apresentando médias mais elevadas nas pessoas divorciadas (média=5,67).

As restantes dimensões não apresentam diferenças significativas.

Satisfação e escolaridade

O quadro n.º 16 apresenta os resultados da análise da variância das diferentes dimensões com o nível de escolaridade das pessoas inquiridas. Para essa análise utilizou-se o teste OneWay - ANOVA.

Quadro 16 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o nível de escolaridade

Dimensões	Escolaridade	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G.L	Média dos quadrados	Valor de F	Valor da Sig.
Qualidade na Assistência	Não sabe ler e escrever	7	22,57	Entre- grupos	7	7,419	,925	,487
	Sabe ler e escrever	7	25,28	Intra- grupos	66	8,022		
	1ºciclo	43	24,48					
	2ºciclo	4	23,25					
	3ºciclo	5	24,0					
	Secundário	6	23,50					
	Licenciatura	1	27,00					
	Mestrado	1	27,00					

Individualização da Informação	Não sabe ler e escrever	7	18,00	Entre-grupos	7	1,049	3,663	0,092
	Sabe ler e escrever	7	18,00	Intra-grupos	66	,286		
	1ºciclo	43	17,86					
	2ºciclo	4	17,00					
	3ºciclo	5	18,00					
	Secundário	6	17,50					
	Licenciatura	1	18,00					
	Mestrado	1	18,00					
Envolvimento do utente	Não sabe ler e escrever	7	9,00	Entre-grupos	7	0,097	13,232	0,009
	Sabe ler e escrever	7	9,00	Intra-grupos	66	0,007		
	1ºciclo	43	9,00					
	2ºciclo	4	8,75					
	3ºciclo	5	9,00					
	Secundário	6	9,00					
	Licenciatura	1	9,00					
	Mestrado	1	9,00					
Informação dos recursos	Não sabe ler e escrever	7	7,00	Entre-grupos	7	6,154	1,618	,132
	Sabe ler e escrever	7	7,14	Intra-grupos	66	3,803		
	1ºciclo	43	7,04					
	2ºciclo	4	5,50					
	3ºciclo	5	6,60					
	Secundário	6	4,83					
	Licenciatura	1	9,00					
	Mestrado	1	9,00					
Formalização da Informação	Não sabe ler e escrever	7	1,85	Entre-grupos	7	4,768	1,751	,119
	Sabe ler e escrever	7	2,71	Intra-grupos	66	2,724		
	1ºciclo	43	2,97					
	2ºciclo	4	3,00					
	3ºciclo	5	2,00					
	Secundário	6	1,50					
	Licenciatura	1	6,00					
	Mestrado	1	4,00					
Promoção do elo de ligação	Não sabe ler e escrever	7	4,57	Entre-grupos	7	8,019	1,509	,220
	Sabe ler e escrever	7	7,00	Intra-grupos	66	5,314		
	1ºciclo	43	6,60					
	2ºciclo	4	5,50					
	3ºciclo	5	5,40					
	Secundário	6	5,66					
	Licenciatura	1	9,00					
	Mestrado	1	9,00					

Satisfação global	Não sabe ler e escrever	7	66,00	Entre-grupos	7	102,136	1,938	0,128
	Sabe ler e escrever	7	72,14	Intra-grupos	66	52,701		
	1ºciclo	43	70,97					
	2ºciclo	4	66,00					
	3ºciclo	5	68,00					
	Secundário	6	65,00					
	Licenciatura	1	81,00					
	Mestrado	1	79,00					

Pelo que se pode observar, a dimensão "*Envolvimento do utente*" e relativamente ao nível da escolaridade das pessoas, é a única que apresenta diferenças estatisticamente significativas, em que as médias dos diferentes grupos são similares, não se destacando nenhum grupo.

Satisfação e as diferentes Unidades do ACES

Com o objetivo de verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas, entre as diferentes unidades que constituem o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde em que as pessoas que estão inscritas e as diferentes dimensões que constituem a satisfação, procedemos mais uma vez à análise da variância recorrendo ao teste OneWay - ANOVA.

O quadro n.º 17 representa os valores desta análise. Pelo que se pode observar não se encontram diferenças estatisticamente significativas nas dimensões com a exceção da dimensão "*Envolvimento do utente*" que apresenta um valor de F=10,865; p=0,001, isto sugere que a satisfação das pessoas inquiridas sobre o "*Envolvimento do utente*" é diferente conforme a unidade do ACES.

Quadro 17 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e as diferentes unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde

Dimensões	Unidades do ACES Grande Porto III Valongo/Ermesinde	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G. L	Média dos quadrados	Valor de F	Valor da Sig.
Qualidade na Assistência	USF Ermesinde	21	23,85	Entre- grupos	6	59,934	1,209	,312
	UCSP de Ermesinde I e II	16	24,56	Intra- grupos	67	525,661		
	UCSP de Valongo	16	23,68					
	UCSP de Campo	7	23,57					
	USF São João de Sobrado	3	25,00					
	USF de Alfena	9	26,33					
	USF de Valongo	2	23,00					

Individuali-zação da Informação	USF Ermesinde	21	17,80	Entre-grupos	6	2,839	1,449	,209
	UCSP de Ermesinde I e II	16	18,00	Intra-grupos	67	21,877		
	UCSP de Valongo	16	17,62					
	UCSP de Campo	7	18,00					
	USF São João de Sobrado	3	18,00					
	USF de Alfena	9	17,88					
	USF de Valongo	2	17,00					
Envolvimento do utente	USF Ermesinde	21	9,00	Entre-grupos	6	,486	10,865	,001
	UCSP de Ermesinde I e II	16	9,00	Intra-grupos	67	,500		
	UCSP de Valongo	16	9,00					
	UCSP de Campo	7	9,00					
	USF São João de Sobrado	3	9,00					
	USF de Alfena	9	9,00					
	USF de Valongo	2	8,50					
Informação dos recursos	USF Ermesinde	21	6,66	Entre-grupos	6	14,644	,595	,733
	UCSP de Ermesinde I e II	16	6,75	Intra-grupos	67	274,707		
	UCSP de Valongo	16	6,81					
	UCSP de Campo	7	6,57					
	USF São João de Sobrado	3	7,66					
	USF de Alfena	9	7,55					
	USF de Valongo	2	5,00					
Formali-zação da Informação	USF Ermesinde	21	2,90	Entre-grupos	6	18,247	1,068	,391
	UCSP de Ermesinde I e II	16	2,12	Intra-grupos	67	190,794		
	UCSP de Valongo	16	2,62					
	UCSP de Campo	7	2,28					
	USF São João de Sobrado	3	3,00					
	USF de Alfena	9	3,77					
	USF de Valongo	2	2,50					
Promoção do elo de ligação	USF Ermesinde	21	6,19	Entre-grupos	6	38,189	1,174	,331
	UCSP de Ermesinde I e II	16	6,50	Intra-grupos	67	363,271		
	UCSP de Valongo	16	5,56					
	UCSP de Campo	7	5,71					
	USF São João de Sobrado	3	6,33					
	USF de Alfena	9	8,00					
	USF de Valongo	2	6,00					
Satisfação global	USF Ermesinde	21	69,42	Entre- grupos	6	415,741	1,262	,287
	UCSP de Ermesinde I e II	16	69,93	Intra-grupos	67	3678,597		
	UCSP de Valongo	16	68,31					
	UCSP de Campo	7	68,14					
	USF São João de Sobrado	3	72,00					
	USF de Alfena	9	75,55					
	USF de Valongo	2	65,00					

Nesta dimensão são várias as unidades que apresentam o valor máximo de média exceto a USF de Valongo.

Satisfação e tempo de PRD

Para determinarmos se a satisfação das pessoas é influenciada pelo tempo que se encontram em Programa de Reabilitação no Domicílio, utilizamos o Teste OneWay - ANOVA para percebermos se existem diferenças significativas entre as dimensões em análise.

O quadro n.º 18 representa os valores relativos a esta análise. Pelo que se pode observar não se encontram diferenças estatisticamente significativas em todos os grupos.

Quadro 18 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e o tempo em PRD

Dimensões	Tempo em P.R.D	N	Média dos grupos	Fonte de variância	G. L	Média dos Quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Qualidade na Assistência	Menos de 1 semana	1	27,00	Entre-grupos	4	8,612	1,084	,371
	Entre 1 semana e 1 mês	18	24,16	Intra-grupos	69	7,944		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	24,52					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	22,50					
	Mais de 1 ano	3	22,33					
Individuali-zação da Informação	Menos de 1 semana	1	18,00	Entre-grupos	4	,309	,909	,464
	Entre 1 semana e 1 mês	18	18,00	Intra-grupos	69	,340		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	17,72					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	18,00					
	Mais de 1 ano	3	18,00					
Envolvimento do utente	Menos de 1 semana	1	9,00	Entre-grupos	4	0,002	,129	,971
	Entre 1 semana e i mês	18	9,00	Intra-grupos	69	0,14		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	8,97					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	9,00					
	Mais de 1 ano	3	9,00					
Informação dos recursos	Menos de 1 semana	1	9,00	Entre-grupos	4	3,081	,767	,550
	Entre 1 semana e 1 mês	18	6,27	Intra-grupos	69	4,015		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	7,00					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	6,75					
	Mais de 1 ano	3	6,33					

Formalização da Informação	Menos de 1 semana	1	6,00	Entre-grupos	4	3,383	1,194	,321
	Entre 1 semana e 1 mês	18	2,61	Intra-grupos	69	2,833		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	2,77					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	2,25					
	Mais de 1 ano	3	2,00					
Promoção do elo de ligação	Menos de 1 semana	1	7,00	Entre-grupos	4	4,087	,732	,573
	Entre 1 semana e 1 mês	18	6,11	Intra-grupos	69	5,581		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	6,54					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	5,25					
	Mais de 1 ano	3	4,66					
Satisfação global	Menos de 1 semana	1	79,00	Entre-grupos	4	53,626	,954	,439
	Entre 1 semana e 1mês	18	69,16	Intra-grupos	69	56,229		
	Entre 1 mês e 6 meses	48	70,54					
	Entre 6 meses e 1 ano	4	66,75					
	Mais de 1 ano	3	65,33					

Satisfação e situação profissional

Recorremos igualmente ao teste OneWay - ANOVA para determinar se existem diferenças estatisticamente significativas na análise da satisfação com a situação profissional. O quadro n.º 19 demonstra os resultados obtidos.

Quadro 19 - Análise das diferenças entre as dimensões da satisfação e a situação profissional

Dimensões	Situação profissional	N	Média dos grupos	Fontes de Variância	G. L	Média dos quadrados	Valor de F	Valor de Sig.
Qualidade na Assistência	Reformado	53	24,16	Entre-grupos	5	7,419	,925	,470
	Desempregado	11	24,45	Intra-grupos	68	8,022		
	TNPI	2	25,50					
	TSPPSV	2	23,00					
	OIMTM	1	20,00					
	TNQ	5	25,80					
Individualização da Informação	Reformado	53	17,83	Entre-grupos	5	1,049	3,663	,005
	Desempregado	11	18,00	Intra-grupos	68	,286		
	TNPI	2	18,00					
	TSPPSV	2	17,00					
	OIMTM	1	16,00					
	TNQ	5	18,00					

Envolvimento do utente	Reformado	53	9,00	Entre-grupos	5	0,097	13,232	,001
	Desempregado	11	9,00	Intra-grupos	68	0,007		
	TNPI	2	9,00					
	TSPPSV	2	8,50					
	OIMTM	1	9,00					
	TNQ	5	9,00					
Informação dos recursos	Reformado	53	6,83	Entre-grupos	5	6,154	1,618	,167
	Desempregado	11	6,90	Intra-grupos	68	3,803		
	TNPI	2	7,50					
	TSPPSV	2	5,50					
	OIMTM	1	2,00					
	TNQ	5	7,60					
Formalização da Informação	Reformado	53	2,62	Entre-grupos	5	4,768	1,751	,135
	Desempregado	11	2,36	Intra-grupos	68	2,724		
	TNPI	2	5,50					
	TSPPSV	2	3,50					
	OIMTM	1	1,00					
	TNQ	5	3,40					
Promoção do elo de ligação	Reformado	53	6,09	Entre-grupos	5	8,019	1,509	,199
	Desempregado	11	6,81	Intra-grupos	68	5,314		
	TNPI	2	9,00					
	TSPPSV	2	5,00					
	OIMTM	1	3,00					
	TNQ	5	7,40					
Satisfação global	Reformado	53	69,54	Entre-grupos	5	102,136	1,938	,099
	Desempregado	11	70,54	Intra-grupos	68	52,701		
	TNPI	2	77,50					
	TSPPSV	2	65,50					
	OIMTM	1	54,00					
	TNQ	5	74,20					

Pelo que podemos verificar não se encontraram diferenças, estatisticamente significativas, nas dimensões "*Qualidade na assistência*", "*Informação de recursos*", "*Formalização da informação*" e "*Promoção do elo de ligação*", uma vez que os valores de F encontrados não apresentam níveis de significância para $p<0,05$.

Pelo contrário asseguram-se diferenças estatisticamente significativas nas dimensões " *Individualização da Informação*" com $F=3,663$, $p=0,005$ e "*Envolvimento do utente*" com $F=13,232$, $p=0,001$, com significado estatístico para $p <0,05$.

Com base nos resultados obtidos, de seguida iremos validar as hipóteses de investigação formuladas para este estudo. Após a análise das diferentes variáveis com os diferentes testes estatísticos e sendo o objetivo da inferência estatística testar hipóteses, passamos então à validação das hipóteses levantadas pelo nosso estudo.

Segundo Martinez (2010) é necessário estabelecer a região da hipótese nula, com base no nível de significância e no tipo de teste, e comparar o valor da estatística teste com a região de rejeição.

O mesmo autor refere que escolhendo um determinado nível de significância que normalmente é de 1%, 5% ou de 10% a região de rejeição encontra-se associada à probabilidade de rejeitar uma hipótese nula. Neste estudo, se $p < 0,05$ rejeitamos a hipótese nula e aceitamos a hipótese alternativa. Perante esta definição de parâmetros passamos então à validação das hipóteses

H1 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não depende do género.

Uma vez que a variável género revelou diferenças estatisticamente significativas na dimensão "*Individualização da Informação*", concluímos que se rejeita a hipótese e portanto o género afeta o nível de satisfação das pessoas com cuidados de enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário.

Nesta dimensão, as pessoas do género masculino estão mais satisfeitas que as do género feminino. Este resultado vai de encontro ao resultado obtido no estudo de Costa, 2011, em que apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão "*Qualidade na assistência*" e "*Informação de recursos*", tendo o género masculino níveis de satisfação superiores ao género feminino. Contrariamente no estudo de Ribeiro (2003) esta variável não apresentou diferenças estatisticamente significativas. Já o estudo de Alves (2007) apresenta diferenças na satisfação das pessoas quanto ao género, sendo que neste caso o género feminino está mais satisfeita que o género masculino contrariando também os resultados obtidos neste estudo.

H2 - A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não depende do estado civil.

Uma vez que a variável estado civil revelou diferenças estatisticamente diferentes na dimensão "*Formalização da Informação*", concluímos que se rejeita a hipótese e portanto o estado civil afeta o nível de satisfação das pessoas com os

cuidados de Enfermagem de Reabilitação. No estudo de Ribeiro (2003), a análise desta variável, também teve diferenças estatisticamente significativas em três das seis dimensões: ("*Qualidade na assistência*", "*Individualização da Informação*" e "*Promoção do elo de ligação*") não havendo diferenças na dimensão "*Formalização da informação*" como neste estudo é demonstrado.

Esta mesma autora até na análise da satisfação global apresenta diferenças estatisticamente significativas. O estado civil casado apresenta as pessoas mais satisfeitos na dimensão " *Qualidade da assistência*" e as pessoas com o estado civil de divorciadas são as mais satisfeitas na "*Promoção o elo de ligação*".

Neste estudo são as pessoas com o estado civil "divorciados" que estão mais satisfeitas na "*Formalização da Informação*".

Noutro estudo, com o mesmo instrumento de avaliação, a autora Alves (2007) não teve diferenças estatisticamente significativas nesta variável.

H3 - A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não varia com a profissão

Uma vez que a variável profissão revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "*Envolvimento do utente* " e "*Individualização da Informação*", concluímos que se rejeita a hipótese e confirma-se que a profissão afeta o nível de satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário.

Estes resultados estão em consonância com os estudos de Ribeiro (2003) que também apresenta diferenças estatisticamente significativas na dimensão "*Individualização da informação*".

O estudo de Alves (2007) apresenta também diferenças estatisticamente significativas sendo que as pessoas que estão inativas estão menos satisfeitas que as pessoas ativas.

H4 – A satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação não varia com o tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

Uma vez que a variável tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio não revelou, em nenhuma das dimensões diferenças estatisticamente significativas (valor de $p > 0,05$), concluímos que se confirma a hipótese em que a satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de

Reabilitação não varia com o tempo de permanência em cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário.

H5 – Não há diferenças entre a satisfação da pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados.

Uma vez que a variável da satisfação da pessoa, quanto ao facto de ser pessoa dependente ou pessoa prestadora de cuidados, que responde ao formulário revelou diferenças estatisticamente significativas nas dimensões "*Individualização da Informação*" e "*Informação de recursos*", concluímos que se rejeita a hipótese e portanto o facto de ser a pessoa prestadora de cuidados ou o facto de ser pessoa dependente que responde a este formulário, têm diferentes níveis de satisfação perante os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados em contexto domiciliário. Assim as pessoas dependentes têm uma maior satisfação na "*Individualização da Informação"* e as pessoas prestadoras de cuidados tem uma maior satisfação na "*Informação de recursos",* apresentando nestes itens médias as mais altas.

H6 – Não há diferenças entre a satisfação das pessoas com cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas várias Unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde.

Uma vez que a variável da satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas várias Unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde revelou diferenças estatisticamente significativas na dimensão "*Envolvimento do utente*", concluímos que se rejeita a hipótese e portanto há diferenças de satisfação nas pessoas que fazem parte das diferentes unidades que constituem o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde. O estudo de Ribeiro (2003), também revelou nesta mesma dimensão, diferenças estatisticamente significativas e também nas dimensões "*Qualidade na assistência*", "*Formalização da Informação*" e "*Promoção do elo de ligação*"

Fidelidade do instrumento

Para a análise da fidelidade de instrumento recorre-se à avaliação do alfa de Cronbach, variando o seu valor entre 0 e 1. Geralmente é aceite que um alfa de 0.6 a 0.7 indica fiabilidade aceitável e acima de 0.8 indica boa fiabilidade. Um

valor maior ou igual a 0.95 geralmente não é desejado já que indica que os itens podem ser redundantes (Maroco, 2006).

Maroco (2006) refere também que em cenários de investigação das ciências sociais, um alfa de 0.60 é um alfa Cronbach aceitável e fundamenta este valor com estudos de diferentes autores.

Neste estudo obtivemos um alfa de 0,78, um valor muito próximo de 0,8 permitindo afirmar que o conjunto das questões deste formulário é um indicador válido para avaliar a satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em contexto domiciliário.

Em comparação com o estudo que permitiu a criação e validação da escala, Ribeiro (2003) obteve um coeficiente de alfa de 0.89. Posteriormente noutro estudo Alves (2007) obteve um coeficiente de alfa de 0,81.

A satisfação das pessoas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação em contexto domiciliário

As pessoas inquiridas apresentam níveis de satisfação acima dos 50% em todas as dimensões analisadas exceto na "Formalização da Informação" que obteve um valor de 45,27 como podemos verificar no quadro n.º 12. Podemos também verificar que a satisfação global foi de 85,77% um valor bastante alto em comparação com Ribeiro (2003) com 66,51%. Comparando este valor com outros estudos que utilizaram esta escala, Alves (2007) obteve uma satisfação global de 76,7% e Correia (2007) obteve um valor de 82,77%, valores superiores à autora da escala (Ribeiro, 2003) que pode ser um sinonimo da melhoria dos cuidados prestados em contexto de Cuidados de Saúde Primários, desde que se procedeu à reformulação destes no ano de 2006 com a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

Pisco (2007) refere que o surgimento de novas unidades funcionais e autónomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, proporciona maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, indo de encontro às necessidades da população.

Em relação ao presente estudo, que reflete a entrada de um novo profissional de saúde, especializado na área de Enfermagem de Reabilitação cujo atendimento da pessoa é efetuado em regime domiciliário, sendo o seu centro de atuação duas pessoas, a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados, parece ser

também uma forma de levar a que estes tenham uma maior satisfação e seja o motivo deste resultado.

Santos (2009) no estudo que realizou acerca dos sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, um dos sentimentos emergentes, foi a satisfação, sendo esta sentida pelos participantes como contentamento e alegria e estando diretamente ligada à eficácia do programa terapêutico estabelecido pelo Enfermeiro de Reabilitação, do saber-fazer que se refletiu de forma positiva em ganhos na autonomia da pessoa dependente e diminuição da sobrecarga de trabalho da pessoa prestadora de cuidados.

Santos (2009) refere também que o familiar cuidador cada vez mais assume um papel primordial na tríade do cuidar. A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação, cujo enfoque engloba duas pessoas ou mais, no atendimento que executa, obtendo ganhos na autonomia e no ensino, promove, desde logo uma satisfação nestas pessoas atendidas sendo talvez por isso que se obteve este resultado.

Costa (2010) refere que a pessoa valoriza a importância que os enfermeiros atribuem à sua opinião sobre o seu estado de saúde e estes profissionais devem reconhecer a pessoa que cuida com um parceiro de cuidados, que colabora e participa no tratamento, que valoriza a informação e a qualidade de informação

Analisando cada dimensão e comparando com os estudos que aplicaram esta escala, também são notórias diferenças no posicionamento das seis dimensões que compõem esta escala.

Em relação ao estudo de Ribeiro (2003) aquando da construção e validação da escala apresentou por ordem decrescente, os três aspetos mais valorizados a "*Qualidade de assistência*" com 93,84%, "*Envolvimento do utente*" com 85,83% e a "*Individualização da informação*" com 72,59% ficou em ultimo a "*Promoção do elo de ligação*" com 42,2%.

Alves (2007) da análise das seis dimensões que constituem esta escala, agrupou uma delas ficando apenas com cinco dimensões quando as submeteu a uma análise fatorial, tendo obtido como principais dimensões em termos percentuais três: a "*Qualidade na assistência*" com 85,7%, a "*Individualização da Informação*" com 41.4% e a "*Informação de recursos*" com 12,8% ficando em último o "*Envolvimento de doente*" com 3.6%.

De destacar que este estudo apresenta três dimensões com valores inferiores a 15%, das cinco que o constituem.

No mesmo ano Correia (2007), os aspetos mais valorizados foram também a "*Qualidade na assistência*", a "*Individualização da informação* e o "*Envolvimento do utente"* ficando em ultimo a "*Formalização da informação*". Os aspetos mais valorizados e atrás citados ficaram com valores percentuais na ordem dos 99%, valores elevados em relação aos anteriores estudos referidos.

Comparando com o nosso estudo, as três principais dimensões também têm um valor de satisfação de que ronda valores entre os 99% e os 90%, estando em concordância com o estudo de Correia (2007). Neste estudo, a dimensão "*Formalização da informação*" foi também a que obteve menor satisfação.

Mais recentemente Costa (2010), obteve como principais dimensões valorizadas pelos utentes e que contribuem para a sua satisfação em contexto de CSP a "*Qualidade na assistência*", a "*Individualização da informação*" e o "*Envolvimento do utente*".

Analisando e comparando estes estudos que aplicaram esta mesma escala para determinar o grau de satisfação das pessoas atendidas, denota-se uma semelhança nas principais dimensões valorizadas, estando sempre presente a "*Qualidade na assistência"*, a "*Individualização da informação"* e o "*Envolvimento do utente"*, (com exceção do trabalho de Alves, 2007) apesar de haver diferenças de posicionamento em relação ao mais relevante.

Este estudo vai de encontro aos resultados obtidos por outros, mantendo estas três dimensões como as principais, sendo sinonimo de uma boa integração do Enfermeiro Especialista de Reabilitação nos Cuidados de Saúde Primários.

Percepciona-se também uma semelhança na escolha da última dimensão no nosso estudo com o estudo de Correia (2007) na dimensão "Formalização da informação". Esta dimensão relaciona-se com as questões de proporcionar, informação escrita de forma a que a participação dos utentes seja informada, Ribeiro (2003).

Estes dados são comprovados na análise descritiva dos dados obtidos em que se obteve 55,4% na opção *Nunca* na questão "*Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si) "*.

Foi também nesta questão que obtivemos o valor mais elevado na opção *Nunca* como resposta em todo o formulário. O Enfermeiro de Reabilitação tem mais preocupação em demonstrar, pela prática e ensino, os conteúdos a serem

aplicados pelas pessoas atendidas, não existindo preocupação com a transmissão desses conhecimentos por via escrita.

Como refere Santos (2009) o desempenho dos Enfermeiros de Reabilitação no domicílio foi reconhecido pelas pessoas, atendendo às suas competências técnicas demonstradas, assim como o contacto humano revelado.

Este resultado é comprovado também por Costa (2010) em que a satisfação das pessoas em relação aos cuidados de Enfermagem está relacionada com os comportamentos, atitudes e competências dos profissionais de enfermagem destacando as competências pessoais e as competências sociais, nomeadamente os comportamentos e atitudes. Refere também que as pessoas são mais sensíveis à comunicação com base nas atitudes e comportamentos.

A novidade da Enfermagem de Reabilitação reside no facto de esta especialização atribuir mais importância ao doente do que a doença, Hesbeen (2003). No domicílio, onde este profissional atua e ao lidar com a pessoa doente, o conceito de doente é um conceito abrangente da pessoa dependente e da pessoa prestadora de cuidados.

Citando Costa (2010, p.211) "*para os clientes a satisfação relaciona-se com o atendimento, com a informação e com a confiança, expressos pelos profissionais e que facilitam o envolvimento destes no processo de cuidar*."

Esta citação resume de uma forma global o resultado deste estudo quer a nível da satisfação em que estão enumeradas as três principais dimensões obtidas ("*Qualidade na assistência*", a "*Individualização da informação*" e o "*Envolvimento do utente*") quer a nível dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação que são inclusivos e participativos.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

No capítulo anterior foram apresentados e discutidos os resultados encontrados ao longo do estudo, no entanto não queremos terminar, sem antes tecermos algumas considerações e sistematizarmos algumas ideias que consideramos importantes.

O tema a que nos propusemos estudar foi "*O contributo dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação nas pessoas com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários*".

O contributo que a Enfermagem de Reabilitação pode dar no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e segundo a OE (2010) permitem à pessoa o desenvolvimento de habilidades e capacidades funcionais, a recuperação e o desenvolvimento da autonomia, a reintegração familiar e social, sem nunca excluir do seu contexto sociofamiliar.

Enfermagem de Reabilitação é sinonimo de competência técnica. Não podemos dissociar de forma alguma o elevado contributo ao nível de sentimentos gerados na sua atuação junto da pessoa dependente e da pessoa prestadora de cuidados.

Santos (2009) no seu estudo demonstrou que os seus participantes atribuíram sentimentos de confiança, tranquilidade, gratidão, satisfação e valorização à intervenção do Enfermeiro de Reabilitação que estão relacionados com as suas competências profissionais, na informação transmitida, na ajuda disponibilizada e na eficácia do programa terapêutico estabelecido. A satisfação surge assim como um dos contributos na qualidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados.

Segundo Lacerda (2005, p.20) "*qualidade é a filosofia de gestão que procura alcançar o pleno atendimento das necessidades e a máxima satisfação das expectativas dos clientes*"

Sendo, a satisfação, uma das componentes da avaliação da qualidade dos cuidados prestados e a Enfermagem de Reabilitação uma Especialidade que tem como objetivo a recuperação e a adaptação funcional da pessoa e dos seus familiares, quisemos saber até que ponto estes dois intervenientes, no processo de

autocuidado, estariam satisfeitos com a atuação deste profissional, em contexto CSP, com atendimento domiciliário.

A mudança ocorrida no SNS, levou a alterações nos CSP que originaram, por sua vez, o aparecimento de novas unidades de atendimento às pessoas e a integração de novos profissionais sendo um deles o Enfermeiro de Especialista de Reabilitação.

Inicialmente este profissional começou a desenvolver as suas competências em atendimento domiciliário, sendo depois colocado nas ECCI que fazem parte da RNCCI. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2009) estes profissionais devem assegurar o apoio e suporte emocional às famílias ou às pessoas prestadoras de cuidados, capacitando-os para a integração da pessoa dependente no seio da família.

O que distingue os cuidados de Enfermagem de Reabilitação é o tipo de conhecimento que o Enfermeiro Especialista possui e o tipo de intervenção que faz quando presta cuidados à pessoa dependente e sua família.

Por isso, torna-se necessário avaliar a qualidade dos cuidados prestados a estes dois intervenientes, no processo de cuidar, com vista ao autocuidado e que são realizados pelo Enfermeiro Especialista de Reabilitação.

O desafio estava assim lançado, no entanto, o aparecimento do Enfermeiro de Reabilitação nos CSP ainda é recente e muitos destes profissionais só há pouco tempo é que começaram a exercer em pleno esta Especialidade, com o aparecimento das ECCI em finais do ano de 2009. Por este motivo, pouca bibliografia existe acerca deste tipo de atuação tendo sido uma das limitações do nosso estudo.

A satisfação, como contributo do trabalho de Enfermagem de Reabilitação, foi o nosso guia de orientação e objetivo principal deste estudo.

Propusemo-nos conhecer o grau de satisfação das pessoas dependentes e da pessoa prestadora de cuidados face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio.

Para avaliar a satisfação precisávamos de um instrumento validado para a população portuguesa e apto para avaliar a satisfação nos CSP. Ribeiro (2003) validou um formulário para a avaliação da satisfação com os cuidados de Enfermagem nos Centros de Saúde: SUCECS26 e optamos pela utilização deste formulário.

O formulário SUCECS 26 avalia as dimensões "*Qualidade na assistência*", "*Individualização da Informação*", "*Envolvimento do utente*", "*Informação de recursos*", "*Formalização da informação*" e "*Promoção do elo de ligação*".

Dimensões que estão patentes na prestação dos cuidados de Enfermagem de Reabilitação às pessoas dependentes e pessoas prestadoras de cuidados e familiares no domicílio e em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Outra das nossas limitações foi o tamanho da nossa população, que como já foi referido sendo uma atividade recente obtivemos um número de setenta e quatro pessoas e incluímos na aplicação do formulário as pessoas dependentes e as pessoas prestadoras de cuidados que usufruíram da intervenção da Enfermagem de Reabilitação no domicílio.

A utilização dos mesmos testes estatísticos utilizados no estudo de Ribeiro (2003) teve como propósito permitir a comparação de resultados. Esta comparação representa uma fragilidade deste estudo dado que a população passível de ser trabalhada foi reduzida.

A população foi constituída por trinta e quatro pessoas dependentes e quarenta pessoas prestadoras de cuidados num total de setenta e quatro pessoas. Têm uma idade compreendida entre os 19 e os 90 anos, sendo a idade média de 68 anos sobressaindo uma percentagem elevada de idosos.

De salientar que a maior percentagem de pessoas dependentes situa-se entre os 71 e 80 anos e também a maior percentagem das pessoas prestadoras de cuidados situarem-se nesse mesmo grupo etário sugerindo que temos idosos a cuidar de outros idosos, o que logo implica limitações no ato de cuidar com vista ao autocuidado.

O nível de escolaridade também é baixo, com cerca de 58% da população com o ensino básico. Em relação à sua situação profissional a maior percentagem é de reformados com 71,6% que também em termos comparativos está de acordo com a idade avançada da população.

A patologia que maioritariamente foi o motivo para as pessoas ficarem dependentes, foi o AVC. Este valor vai de encontro aos dados internacionais, apresentados pela Eurpoean Stroke Iniciative que consideram o AVC como primeira causa de morbilidade e incapacidade prolongada na Europa (UCCMI, 2007).

As pessoas prestadoras de cuidados já cuidam da pessoa dependente há mais de 5 anos, com um valor percentual de 35%.

O tempo que a pessoa dependente esteve inserida em PRD, foi de 64,9% e o valor com a maior percentagem situa-se no período de tempo de um mês a seis

meses, sendo o processo de Reabilitação, com o objetivo de retomar o autocuidado, um processo moroso.

Na análise das repostas dadas ao formulário SUCECS26 pela população é de salientar que em 10 questões obtivemos uma percentagem de 100% no índice mais alto de satisfação. Numa das questões, a opção de escolha "Nunca" teve uma percentagem de 55%. Essa questão foi: "*Os enfermeiros preocupavam-se em dar informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si*).

De mencionar que nas questões que se referiam ao Centro de Saúde, grande parte das escolhas recaiu na opção de "*não se aplica/sem opinião*" porque muitas pessoas da população nunca tinham ido ao Centro de Saúde devido à sua situação de dependência ou recorreram, a este, há muitos anos.

Respondendo à pergunta de partida que orientou este estudo: "*Será que as pessoas se sentem satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação prestados no domicílio*", podemos afirmar que de uma forma global a grande maioria das pessoas inquiridas está satisfeita com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação com um valor de 85,7%, em que as duas dimensões apresentam um grau de satisfação muito elevado rondando os 99% sendo estas, o "*Envolvimento do utente*", a "*Individualização da informação*".

A dimensão "*Envolvimento do utente*" reflete a ideia que a pessoa se encontra satisfeita pelo facto de o enfermeiro desenvolver todo o seu trabalho centrado nela, considerando a sua opinião na conceção dos cuidados e mostrando à pessoa que conhece bem a sua situação e portanto os cuidados que são propostos são justificados por esse conhecimento, Ribeiro (2003). Um dos objetivos da Enfermagem de Reabilitação é capacitar a pessoa para a realização do seu autocuidado ou na falta dessa possibilidade, intervindo junto de algum familiar para que o faça, promovendo com isto a interação com a pessoa prestadora de cuidados.

O Enfermeiro de Reabilitação tem sucesso na sua atuação se envolver as pessoas no seu programa terapêutico e é este envolvimento/participação no processo de reabilitação, com vista à autonomia, que conduz a uma maior satisfação das pessoas atendidas.

Santos (2010), no seu estudo, refere que um dos sentimentos percecionados, pelo prestador de cuidados em relação ao Enfermeiro de Reabilitação, era o sentimento de satisfação que está associado à eficácia do programa terapêutico estabelecido. Na mesma circunstância Costa (2010) realça que a pessoa valoriza a

importância que o enfermeiro atribui à sua opinião, relativamente ao seu estado de saúde, pelo que os profissionais de enfermagem devem reconhecê-lo como parceiro de cuidados.

A dimensão, "*Individualização da informação*", reflete o modo como as pessoas percecionam o processo de comunicação que o enfermeiro estabelece com elas, como meio para que o individuo aprenda a lidar com a situação de saúde/doença, Ribeiro (2003).

O facto de esta dimensão ter uma satisfação de 99%, em relação ao trabalho do Enfermeiro de Reabilitação, mais uma vez realça que este, através da comunicação que estabelece com a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados, é essencial para que o primeiro consiga atingir a sua autonomia e o segundo veja diminuída a sobrecarga do seu trabalho, ao lidar com a doença do seu familiar.

Costa (2010) refere que, para as pessoas, a sua satisfação relaciona-se com o atendimento, com a informação, com a confiança e compreensão dos profissionais que facilitam o envolvimento destas no cuidar.

Perante esta justificação também, de certa forma, se encontra explicado que a dimensão que obteve um grau de satisfação mais baixo foi a "*Formalização da informação*" com um valor de 45% levando a que a atividade do enfermeiro se direcione para aspetos mais formais da sua atividade, no que se relaciona com proporcionar informação escrita. Neste estudo, como já foi descrito, pouca informação escrita é fornecida habitualmente, mas esta informação é complementada pelo envolvimento da pessoa, com demonstração pela prática e pela individualização de um plano terapêutico estabelecido com a pessoa dependente e a pessoa prestadora de cuidados.

Por este motivo, sugere-se que os Enfermeiros de Reabilitação pensem em arranjar estratégias, com informação escrita, para obterem um grau de satisfação ainda maior, tendo em especial atenção que está perante uma população envelhecida e com graus académicos baixos.

Outro dos objetivos deste estudo foi identificar os fatores que influenciam a satisfação com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação. Os fatores que influenciam a satisfação das pessoas atendidas com cuidados de enfermagem são a o género, em que o género masculino se encontra mais satisfeito que o género feminino.

Outro dos fatores que também influenciaram a satisfação das pessoas foram o estado civil, a escolaridade e a situação profissional.

Também, o facto de as pessoas pertencerem a diferentes Unidades que compõe o ACES Grande Porto III – Valongo/Ermesinde foi um fator que determinou a perceção diferente na satisfação das pessoas que foram atendidas por este tipo de cuidados especializados, no seu domicílio.

São, assim, vários os fatores que influenciam a satisfação das pessoas. No entanto, o fato do tempo que permanecem em programa de Reabilitação, no domicílio, não é um fator que influencia a sua satisfação.

Outro objetivo que nos propusemos, neste estudo foi de saber se as pessoas dependentes teriam uma satisfação diferente da pessoa prestadora de cuidados.

Os resultados obtidos mostram que as pessoas dependentes têm uma maior satisfação na dimensão *Individualização da informação* e as pessoas prestadoras de cuidados têm uma maior satisfação na dimensão "*Informação de recursos*".

Portanto, estas duas pessoas, que são abrangidas pelos cuidados de Enfermagem de Reabilitação, têm uma satisfação diferente uma da outra.

No cômputo geral as pessoas que tiveram atendimento de cuidados de Enfermagem especializados de Reabilitação no seu domicílio estão muito satisfeitas.

Os cuidados que as pessoas que integraram este estudo receberam, diferem dos que tinham anteriormente, cuidados com uma vertente mais inclusiva e participativa, com dois objetivos que se interrelacionam um com o outro, autonomia e diminuição da sobrecarga de quem cuida e de quem é cuidado.

O autocuidado é um complemento de trabalho destes dois agentes (pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados) para melhorarem a sua qualidade de vida, contribuindo assim para uma melhor satisfação no atendimento que usufruem por parte dos enfermeiros Especialistas de Reabilitação. Estes Enfermeiros utilizam o contexto domiciliário como um fator facilitador na recuperação destas pessoas, como forma de um atendimento mais personalizado.

Como refere Ordem dos Enfermeiros (2009), comum a todas as Unidades é a necessidade de cuidados especializados que incluam o ensino e treino dos familiares para a prestação de cuidados e apoio de natureza informativa e educativa para o autocuidado, numa perspetiva personalizada que caracteriza os cuidados de Enfermagem de Reabilitação, com vista à recuperação e adaptação funcional da pessoa e seus familiares.

Denotamos, assim, vários contributos nesta forma de atuação e atendimento pelos Enfermeiros de Reabilitação como a autonomia, o autocuidado e o que ressalta, neste estudo, é a satisfação das pessoas atendidas.

Sem esta satisfação não se poderiam obter os ganhos que são estabelecidos entre o Enfermeiro de Reabilitação e as pessoas atendidas. Esta satisfação não difere muito dos outros estudos que usaram este instrumento estando em consonância na escolha das três dimensões, independentemente da sua colocação, por ordem de escolha.

Três dimensões que caracterizam os cuidados de Enfermagem de Reabilitação e os cuidados de Enfermagem nos CSP: a "*Qualidade na assistência*", a "*Individualização da Informação*" e o "*Envolvimento do utente*", que são essenciais para uma a satisfação da pessoa atendida, pessoa dependente e pessoa prestadora de cuidados e consequentemente melhor qualidade de cuidados.

Costa (2011) refere que para as pessoas a sua satisfação relaciona-se com o atendimento e com a informação, com a confiança expressa pelos profissionais, facilitando o envolvimento destes, no processo de cuidar.

Perante o descrito e perante uma nova forma de atendimento nos CSP que contribui para uma satisfação das pessoas atendidas pela Enfermagem de Reabilitação, sendo esta mais do que uma especialidade de Enfermagem. Citando a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.26) "*…pode ser uma estratégia de assistência na configuração deste novo paradigma de prestação de cuidados de saúde.*"

Considerando que este modelo de organização de atendimento, com as UCC e as ECCI está ainda no princípio da sua atividade, sugere-se a utilização deste instrumento, em populações maiores e em outras áreas geográficas, para se poder comparar resultados e saber até que ponto as pessoas estão satisfeitas com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Como obra inacabada que é toda a investigação, lançamos o desafio da criação de um instrumento mais vocacionado para a avaliação do atendimento domiciliário, no entanto, parte do trabalho do Enfermeiro de Reabilitação é efetuado nas UCC que estão incorporadas nas Unidades que compõe os Cuidados de Saúde Primários. A avaliação periódica da satisfação com este instrumento ou outro, deve fazer parte da rotina habitual das Unidades que prestam cuidados, para se determinar de que forma os cuidados de Enfermagem de Reabilitação estão a contribuir para a satisfação das pessoas atendidas.

Os objetivos gerais da Enfermagem de Reabilitação são melhorar a função, promover a autonomia e máxima satisfação da pessoa e deste modo preservar a autoestima (Brummel-Smith, 1990, citado por Hoeman,2000).

Um dos contributos/objetivos da Enfermagem de Reabilitação já está atingido, a satisfação das pessoas atendidas.

BIBLIOGRAFIA

ABREU, W. C. – *Transições e contextos multiculturais*. 2.ª Ed. Coimbra: Formasau, 2011.

AGÜIR, V. E. ; PONS, R. M. – *La versión castellana de la escala "the nursing stress scale": Proceso de adaptación transcultural*. Revista Española de Salud Publica. Vol. 72, n.º 6, Nov. 1998.

ALVES, M. J. P. – *O serviço de Atendimento Permanente satisfação dos utentes com a assistência de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar dissertação de Mestrado em ciências de Enfermagem, 2007.

ANDRÉ, O. ; ROSA, D. – *Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes in Enfermagem Oncológica*. Ano 1, n.º 3, Julho 1997, p. 23-33.

ARAÚJO, I. M. B. – *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em enfermagem*. Tese de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010.

AUGUSTO, B. ; CARVALHO R. – *Cuidados Continuados*. Formasau, Coimbra, 2002.

BASTO, M. – *Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde*. Revista portuguesa de saúde pública. Vol. 23, n.º 1 (Jan. - Jun. 2005), p. 25-41.

BISCAIA, A. R. ; MARTINS J. N. ; CARREIRA M. F. ; GONÇALVES I. F. ; ANTUNES A. R. ; FERRINHO P. - *Cuidados de saúde primários em Portugal, reformar para novos sucessos*. Lisboa, Padrões Culturais Editora, 2ª Edição, 2008.

BRAVO, M. P. C. ; EISMAN, L. B. - *Investigación Educativa*. 3ª Ed., Ediciones Alfar, Sevilha, 1998.

BOTELHO, J. R. – *Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem* – Revista Servir, Volume 46, n.º 5, (Setembro – Outubro 1998), p. 262-266.

CAMPOS L.; VAZ A. C. - *Plano nacional de Saúde 2011-2016*.

CARVALHIDO, T. ; PONTES, M. – *Reabilitação domiciliária em pessoas que sofreram um acidente vascular cerebral*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. ISSN!1640-0480.6 (2009), p. 140-150.

CHANLAT, A. ; BÉDARD, R. – *Palavras: a ferramenta do executivo*. In CHANLAT, J. F. – *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. Vol. 1. São Paulo: Atlas, (1996), p. 123-161.

CLARA, C. J. C. - O *estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal*. Revista Portuguesa de Educação, 15 (1),CIEd - Universidade do Minho (2002), p. 221-244

CORREIA, C. S. L. – *Adesão e gestão do regime terapêutico em diabéticos Tipo 2 – O papel do suporte social e da satisfação com os cuidados de enfermagem*. Universidade Aberta Lisboa Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, 2007

COSTA M. L. G. P. V. - *Mais Saber, Melhor Enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Tese apresentada na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia para a obtenção de grau de Doutor no Curso de Doutoramento em Educação, Lisboa 2011.

CRESWELL, J. - *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*, Thousand Oaks: SAGE Publication, 1994.

CROTTY, M. ; GILES, L. C. ; HALBERT, J. ; HARDING, J. ; MILLER M. – *Home versus day rehabilitation: a randomized controlled trial*. Age and Ageing nº 37, (2008), p.628-633.

CUNHA, A. I. G.; CARDOSO, L. A. O. ; OLIVEIRA, V. C. T. F. – *Autocuidado "Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem"* - Revista Sinais Vitais, n.º 61, (Julho 2005), p. 36-40.

DECRETO-LEI n.º 101/2006, de 6 de Junho de 2006. *D.R. I Série-A*. N.º 109, p. 3856-3865.

DECRETO-LEI n.º 111/2009 de 16 de Setembro de 2009. *D.R. I Série*. N.º 180, p. 6528-6550.

DESPACHO n.º 14223/2009 de 24 de Junho de 2009. *D.R. II Série*. N.º 120, p. 24667-24669.

ESENF – *Objetivos do curso de mestrado em enfermagem de reabilitação*. In Escola Superior de Enfermagem do Porto [Em linha]. [Consult. 2011-07-08]. Disponível na www: <URL: http://candidato.esenf.pt/html/jasou_MER.html>.

FARO, A. C. M, - *Enfermagem em Reabilitação ampliando os horizontes legitimando o saber*. Rev. Ecs. Enferm. USP (2006), p.128-133

FERREIRA, P.L. - *Determinantes da satisfação dos utentes dos cuidados primários: o caso de Lisboa e Vale do Tejo*. Revista Portuguesa de Saúde Publica. Lisboa (2001), p.53-61.

FERREIRA, P. L. ; AFONSO, P. B. ; Raposo V. ; GODINHO, P. - *Satisfação dos portugueses com os Cuidados de Saúde Privados*. Instituto do Consumidor, Coimbra 2003.

FERREIRA, P.L; Raposo, V; GODINHO, P. - *A voz dos utilizadores dos Centros de Saúde*. Ministério da Saúde. Instituto da Qualidade em Saúde. Lisboa 2005.

FORTIN, M. F. – *O processo de investigação: da conceção à realização*. 3.ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

FORTUNA, A. A. J.; MOTA, C. ; Lima, M. R. P. - *Avaliação da qualidade do Centro de Diagnóstico Pré-Natal do Instituto de Genética Médica/Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 19, (2001), p. 55-80.

GEORGE, J. B. e Colaboradores – *Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional*. Artmed Editora, 4.a Edição, (2000), p. 83-96.

GIL, A. C.- *Como elaborar projetos de pesquisa*. Editora Atlas S.A. São Paulo. 2002.

GOMES, B. P. – *Enfermagem de Reabilitação um contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Abel Salazar – Universidade do Porto 2008.

HESBEEN, W. – *A Reabilitação*. Lusociência, Loures, 2003.

HOLMAN, S. P. – *Enfermagem de Reabilitação*. Lusociência, Edições Técnicas e Cientificas, 2ª ed. (2000), p.97-110.

HOEMAN S. P. – *Enfermagem de Reabilitação: Aplicação e Processo*. Lusociência 2ª Ed. Loures, 2000.

I.P Instituto Nacional de Estatística – *Classificação Portuguesa das Profissões 2010*.

JIMÉNEZ, D. T. - *La rehabilitacion en la atencion domiciliaria, centros de dia y residencias de la tercera edad*. 2007. [Consult. 2011-09-08]. Disponível no site www.svmefr.com

LACERDA, F. A. B. – *Gestão da qualidade: fundamentos da excelência*. Brasília: SEBRAE, 2005.

LACERDA, M. R.; GIACOMOZZI, C. M.; OLINISKI, S. R.; TRUPPEL, T. C. – *Atenção à saúde no domicílio: modalidade que fundamentam a sua prática*. Saúde e Sociedade v.15, n.2, (Maio-Agosto 2006), p.88-95.

LEITE, V. B. E. ; FARO, A. C. M. – *O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora*. Rev. Ecs. Enferm. USP (2005), p.92-96.

LORENSEN, M.; Eriksen R. – *The effect of systematic assessment in rehabilitation on self-care capability, length of hospital stay, patient satisfaction and interdisciplinary collaboration*. Self-Care, Dependent-Care, and Nursing. 11(3): (Dez. 2003), p. 4-18.

LESSMAN J. C. ; CONTO F. - *Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico*. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, Brasília, 64(1), (Jan. - Fev. 2011), p. 198-202.

LIMA, C. - *A mulher acometida de acidente vascular cerebral – cuidados de enfermagem no processo de reabilitação*. Fortaleza, Universidade Federal do Ceará, 2003.

McINTYRE, T. ; SILVA, S. – *Estudo Aprofundado da Satisfação do Utentes dos Serviços de saúde da Região Norte: Relatório Final Sumário*. ARS-Norte, Junho de 1999.

MACHAQUEIRO, S. ; CORTES, Maria A. ; NICOLA, P. - *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 - Analise de planos nacionais de saúde de outros Países*. Setembro 2010.

MCSP – *Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde*. Lisboa, Setembro de 2007. [Consult. 2011-12-09] Disponível na http://www.umcci.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/ECCI_versaofinalissima.pdf

MARTINEZ, L. F. ; FERREIRA A. I. F. – *Análise de dados com SPSS Primeiros Passos*. 3ª Ed. Lisboa, 2010.

MARTINS, M. – *Uma crise acidental na família: o doente com AVC*. Coimbra: Formasau, 2002.

MAROCO, J. ; GARCIA-MARQUES, T. – *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia 4 (1) (2006), p.65-90.

MIGUEL, L. S. - *Modelos e gestão nos cuidados de saúde primários. 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um percurso comentado*. Almedina. Coimbra, 2010.

MIGUEL, L. S. ; Sá, A. B. – *Cuidados de Saúde Primários, reforçar e expandir - Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Ministério da Saúde, Lisboa, Novembro de 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade, Revista da Ordem dos Enfermeiros*, n.º2, (Março de 2001), p.15-20.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem*. Lisboa nº 16, (2005), p. 52.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados - Referencial do Enfermeiro*. Conselho de Enfermagem da O.E, Março 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico* (inserido no Estatuto da OE como anexo pela lei nº 111/2009 de 16 de Setembro 2009).

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio*? Revista nº. 33, (Janeiro 2010), p. 22-27.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação* – Regulamento aprovado na Assembleia Geral Extraordinária de 20 de Novembro de 2010. [Consult. 2011-06-08] Disponível na http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasReabilitacao_aprovadoAG20Nov2010.pdf

PEREIRA, A. – *Guia prático de utilização: análise de dados para ciências sociais e psicologia*. 7.ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

PERLINI, N. M. O. G. ; FARO A. C. M. – *Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*. Rev. Esc. Enferm. USP (2005), p.154-163.

PIRES, A. - *As novas competências profissionais*. Revista Formar, Vol. 10 (1994), p. 4-19.

PISCO, L. – *A reforma dos cuidados de saúde primários- Cadernos de Economia*. Edição n.º 80 – Julho/Setembro de 2007.

POCINHO, M. – *Manual de estatística - Volume I*. [Em linha]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009. [Consult. 2011-05-03]. Disponível na www:<URL:http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf>.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. – *Investigacion cientifica en ciencias de la salud*. 6.ª Ed. México: McGraw-Hill, 2000.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, 3.ª edição*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

PONTE, J. P. - *Estudos de caso em educação matemática*. Bolema, *25*, 2006, p.105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante, 3*(1), p. 3-18. (re-publicado com autorização)

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. – *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva, 1998.

RAMOS, R. – *Avaliação da percepção da qualidade e nível de satisfação dos Centros de Saúde – ULS Matosinhos*. Março 2001.

RIBEIRO, A. L. – *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e Validação de um Instrumento de medida*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem S. João, para concurso de Provas Públicas para Professor Coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem. Porto, 2003

RIBEIRO, A. L. – *O percurso da construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros, nº 16, Março de 2005, p. 53-60.

RIBEIRO, O. P.; CARVALHO, F. M.; FERREIRA, L. M. – *Qualidade dos cuidados de saúde*. Revista Millenium, Instituto Politécnico de Viseu, Novembro de 2008.

ROYAL COLLEGE OF NURSING - *Role of the rehabilitation nurse*. London, (November 2007).

SANTOS, M. F. ; PEDRO, M. C. ;LOPES, N. M. S.; AZEVEDO, T. S. – *Sentimentos do familiar Cuidador face À intervenção do Enfermeiro de Reabilitação* , Revista Investigação em Enfermagem nº 19, (Fevereiro de 2009).

SANTOS, O. ; BISCAIA, A. ; ANTUNES, A. R. ; CRAVEIRO I. ; JÚNIOR, A. ; CALDEIRA, R. ; CHARONDIÈRE, P. – *Os Centros de Saúde em Portugal- A satisfação dos utentes e dos profissionais*. 1ª Edição, Lisboa, Novembro 2007.

SCRAMIN, A. P.; MACHADO, W. C. A. - *Cuidar de pessoas com tetraplegia no ambiente domiciliário: intervenções de enfermagem na dependência de longo prazo*. Escola Anna Nery R Enferm, 10 (3), Dez. 2006, p. 501 – 508.

UMCCI – *Enquadramento das Unidades de Reabilitação de Acidentes Vasculares Cerebrais*. Julho de 2007.

WAGNER, D. ; BEAR M. – Patient satisfaction with nursing care: a concept analyis within a nursing framework. Journal of Advanced Nursing 65 (3), 2009, p.692-701.

ANEXOS

ANEXO I: AUTORIZAÇÃO DA AUTORA DO SUCECS26

Ana Leonor Alves Ribeiro, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem São João – Porto, autorizo João Alves a utilizar o questionário SUCECS, para a avaliação da Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no contexto da investigação de que é autor no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Porto, 5 de Dezembro de 2010

Ana Leonor Alves Ribeiro

ANEXO II: SUCECS 26 – FORMULÁRIO ORIGINAL

Formulário nº__ CS

Formulário de avaliação da

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

$SUCECS_{26}$

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

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

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

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

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

As suas respostas serão estritamente confidenciais.

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

DADOS GERAIS

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

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

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

O - Outras _____

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

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

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

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

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

Muito Obrigado pelo tempo dispensado ao responder a este inquérito.

Fonte: Ribeiro A. (2003). *Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e Validação de um Instrumento de medida*, p.240.

ANEXO III: FORMULÁRIO

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

FORMULÁRIO

Eu, Fernando João Rodrigues Moreira Alves, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, estou a desenvolver um estudo de investigação sobre ***O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários.***

Este formulário deve ser preenchido pelos Enfermeiros, sendo aplicado às pessoas que tiveram ou têm cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio. Como a pessoa com dependência tem sempre um prestador de cuidados, os inquiridos serão a pessoa dependente ou o cuidador. Nas famílias em que o dependente não tenha condições para responder, será aplicado o formulário apenas ao cuidador, se não houver qualquer impedimento, o formulário é aplicado aos dois.

O Formulário está dividido em duas partes:

Parte 1 – Dados sócio-demográficos;

Parte 2 - Formulário SUCECS 26

No Formulário SUCECS 26, quando se questiona o desempenho do Enfermeiro, refere-se ao desempenho do **Enfermeiro de Reabilitação**, sendo de forma idêntica para os cuidados de enfermagem prestados.

Deve preencher todos os itens de acordo com a situação específica de cada participante

Parte I

1.Qual a pessoa que responde ao formulário?

Pessoa dependente ❑

Cuidador ❑

1. Género: Masculino ❑

Feminino ❑

2. Idade: _____ Anos

3. Estado civil:

Solteiro(a) ❑

Casado ❑

União de Facto ❑

Divorciado(a) ❑

Viúvo(a) ❑

4.Profissão:

Reformado(a) ❑

Desempregado(a) ❑

Profissão que desempenha: _____

5. Escolaridade:

Não sabe ler nem escrever ❑

Sabe ler e escrever ❑

1º Ciclo ❑

2º Ciclo ❑

3º Ciclo ❑

Secundário ❑

Bacharelato ❑

Licenciatura ❑

Outro ❑ Qual: _____

6. Qual o seu Centro de Saúde: _____

7. Doença que provocou o estado de dependência:

AVC ❑

DPOC ❑

Síndrome de Desuso ❑

Prótese da anca ❑

Doença de Alzheimer ❑

Doença de Parkinson ❑

Outra: _____

8. Se estiver na condição de **prestador de cuidados** há quanto tempo toma conta do seu familiar dependente:

Menos de 1 mês ≤ 6 meses ❑

Entre 6 meses a 1 ano ❑

Entre 1 ano a 3 anos ❑

Entre 3 anos a 5 anos ❑

Mais de 5 anos ❑

9. Há quanto tempo está, ou esteve inserido no Programa de Reabilitação no Domicílio:

Menos de 1 semana ≤ 7 dias ❑

Entre 1 semana e 1 mês = [7 dias – 29 dias]❑

Entre 1 mês e 6 meses = [30 dias – 179 dias] ❑

Entre 6 meses e 1 ano = [180 dias – 364 dias] ❑

Mais de 1 ano ≥ 364 dias ❑

Parte II

Formulário SUCECS 26

Pedimos-lhe que avalie aspectos relativos ao Enfermeiro, mais concretamente ao **Enfermeiro Especialista de Reabilitação** e aos **Cuidados de Enfermagem de Reabilitação no Domicílio**. Assinale com um "X" apenas uma resposta.

	Não se aplica/sem opinião	Nunca	Às vezes	Sempre
Relativamente à informação necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem os enfermeiros forneceram-lhe toda, alguma ou nenhuma informação	☐	☐	☐	☐
Sentiu que os enfermeiros se preocuparam em fazer os ensinos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	☐	☐	☐	☐
Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como podiam ajudar quando necessitava)?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem à sua disposição (ex. lares, serviços sociais….)?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros procuram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário faze-los?	☐	☐	☐	☐
No Centro de Saúde, os enfermeiros preocuparam-se em informar sobre o funcionamento do Centro de Saúde (horários de atendimento, tipo de consultas, localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacinas…)?	☐	☐	☐	☐
No Centro de Saúde os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente do Centro de Saúde?	☐	☐	☐	☐
No Centro de Saúde tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	☐	☐	☐	☐
Quando necessita, é fácil contactar com os enfermeiros dos Centros de Saúde (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros preocupavam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestavam cuidados?	☐	☐	☐	☐
Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com outros, mantendo-o confortável)?	☐	☐	☐	☐
Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?	☐	☐	☐	☐

Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?	☐	☐	☐	☐
Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?	☐	☐	☐	☐
Acha que os enfermeiros o colocavam à vontade para pôr as suas dúvidas?	☐	☐	☐	☐
Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?	☐	☐	☐	☐
Sentiu que os enfermeiros demonstravam ser profissionais atualizados e bem informados?	☐	☐	☐	☐
Se está:	Não se aplica/sem opinião	Insatisfeito	Nem satisfeito/Nem insatisfeito	Satisfeito
Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreende-se, a preocupação em saber de tinha mesmo percebido)	☐	☐	☐	☐
Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros no Centro de Saúde.	☐	☐	☐	☐
Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	☐	☐	☐	☐
Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava	☐	☐	☐	☐
Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados	☐	☐	☐	☐
Relativamente aos cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde	☐	☐	☐	☐

Muito obrigada pelo tempo e apoio dispensado ao responder a este Formulário.

ANEXO IV: CARTA DE COMPROMISSO

CARTA DE COMPROMISSO DO ENFERMEIRO/A COLABORADOR/A

Na qualidade de enfermeiro/a colaborador/a, declaro que aceito participar no estudo de investigação sobre ***O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários*** após me ter sido explicado o objectivo do trabalho, o qual, através do preenchimento de um questionário, irá contribuir para um estudo a realizar pelo enfermeiro Fernando João Rodrigues Moreira Alves no âmbito do Mestrado de Enfermagem de Reabilitação, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Fui informado/a que os dados recolhidos são confidenciais que nunca o meu nome nem o da unidade para a qual trabalho serão divulgados. Da mesma forma, também fui informado/a que os dados do estudo têm um carácter descritivo e exploratório, podendo vir a ser importantes para uma melhor monitorização dos resultados dos cuidados de enfermagem de reabilitação e não serão utilizados para classificar a qualidade do meu desempenho profissional.
Foi-me dada a oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas obtive respostas esclarecedoras.
Confiando nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador, aceito colaborar neste estudo, fornecendo dados dos utentes e seus prestadores de cuidados totalmente expurgados de quaisquer elementos de identificação.

Nome do Enfermeiro/a

Colaborador/a_____

Assinatura_____

Data _____/_____/_____

ANEXO V: CONSENTIMENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

NOTA EXPLICATIVA

Fernando João Rodrigues Moreira Alves, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre ***O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários*** tendo como orientadora a Professora Manuela Josefa Teixeira desta mesma Instituição. Este estudo tem como objetivos:

- Identificar os aspetos mais relevantes na satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio;
- Conhecer os aspetos específicos dentro de cada uma das dimensões da satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio;
- Conhecer o nível de satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio;
- Identificar os fatores que influenciam a satisfação da pessoa dependente com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação;

A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, não terá qualquer prejuízo. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento. A sua decisão de participar ou não neste estudo, não afetará a sua relação profissional atual ou futura.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitada o preenchimento de um questionário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo e responderá escolhendo a opção que vai mais de acordo com a sua opinião.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se preveem benefícios imediatos.

ANONIMATO / CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos. Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo. Pedimos que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo. Verifique se todas as informações estão corretas. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine o documento respectivo.

_____

(O Investigador Fernando João Rodrigues Moreira Alves)

_____ Data ___/___/____

(O Enfermeiro/a Colaborador/a)

Feito em duplicado, sendo uma via para o processo de investigação e outra via para a pessoa que consente.

ANEXO VI: PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA

PARECER Nº 20/2011

Sobre estudo "O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários"

A – RELATÓRIO

A.1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) iniciou o Processo n.º 20.11CES, com base no pedido de parecer dirigido a esta CES pelo investigador, datado de 23/02/2011, sobre o estudo *"O contributo dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação na pessoa com dependência em contexto de Cuidados de Saúde Primários"*, a realizar nos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto III - "Valongo", Tâmega III - "Vale Sousa Norte" e Douro I - "Marão e Douro Norte", pelo enfermeiro Fernando João Rodrigues Moreira Alves, aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Manuela Josefa Teixeira.

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos: *i)* pedido de parecer à CES do Investigador, para a realização do estudo; *ii)* protocolo do estudo, questionário e modelo de consentimento informado (reformulado após pedidos de esclarecimento e sugestões desta CES); *iii)* mensagens de correio eletrónico entre a CES e os investigadores; *iv)* declaração da orientadora pedagógica e do investigador comprometendo-se na entrega, a esta CES, do relatório final do trabalho de investigação; *v)* mensagens de correio eletrónico em que foram solicitados e obtidos esclarecimentos e ajustes do protocolo e do modelo de Consentimento. Foi também realizada uma reunião com o investigador.

A.3. Este estudo pretende "identificar os aspetos considerados mais relevantes na satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio; conhecer os aspetos específicos dentro de cada uma das dimensões da satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de enfermagem de Reabilitação no domicílio; conhecer o nível de satisfação da pessoa dependente face aos cuidados de Enfermagem de Reabilitação no domicílio, e identificar os fatores que influenciam a satisfação da pessoa dependente com os cuidados de Enfermagem de Reabilitação."

Trata-se de um estudo descritivo, transversal. A população será constituída pelos utentes dos ACES Grande Porto III - "Valongo", Tâmega III - "Vale Sousa Norte" e Douro I - "Marão e Douro Norte", sendo a amostra de conveniência constituída "pelas pessoas dependentes, ou os seus cuidadores, aos quais tem sido prestados cuidados de Enfermagem de Reabilitação" no âmbito dos ACES mencionados.

O investigador informa, claramente, sobre os procedimentos quanto à recolha da informação. Os participantes do estudo são devidamente informados sobre o estudo e o modelo de consentimento informado apresentado atende os pressupostos que salvaguardam o princípio da autonomia, garantindo ainda a confidencialidade e o anonimato.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Reconhece-se alguma pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados. Está desenhado numa base metodológica correta, o que salvaguarda aspectos éticos fundamentais.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.
www.arsnorte.min-saude.

B.2. Estão acautelados os princípios da justiça e da autonomia e bem-estar dos participantes pois, projeto de investigação prevê o consentimento informado dos respetivos participantes, divulgando antecipadamente, os objetivos e a justificação para a colheita de dados

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto, a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo.

A Relatora, *Rita Pinho*

Aprovado em reunião do dia 8 de abril de 2011, por unanimidade.

Rosalvo Almeida, Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN

ANEXO VII: AUTORIZAÇÃO DA ARS NORTE

Ministério da Saúde

ARS NORTE
Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

017790 13-ABR '11

Ex.mo Senhor
Enf.º Fernando João Rodrigues Alves
Rua Particular da Portelinha, 25
4410 – 633 Fânzeres

Sua referência	DATA	Nossa referência	Data
		ECR/CD	04/04 /2011

ASSUNTO: Pedido de autorização para recolha de dados no âmbito da realização do trabalho de investigação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação.

Relativamente ao assunto mencionado em epígrafe, somos a informar que nada temos a opor à aplicação do questionário aos enfermeiros de Reabilitação das ECCI.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo

Filomena Cardoso
Vogal do C. D.

Rua de Santa Catarina, 1288
4000-447 Porto

Tel. 22 551 24 00
Fax 22 550 98 15

arsn@arsnorte.min-saude.
www.arsnorte.min-saude.