



FABIANI WEISS PEREIRA

**SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM OS SERVIÇOS DE
ENFERMAGEM**

Rio Grande

2018

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM OS SERVIÇOS DE
ENFERMAGEM**

FABIANI WEISS PEREIRA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Escola de Enfermagem-Universidade Federal do Rio Grande (FURG), como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: Ética, Educação e Saúde.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem

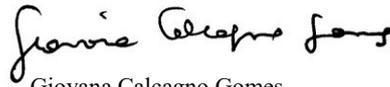
Rio Grande

2018

FABIANI WEISS PEREIRA

SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de Doutor em Enfermagem e aprovada na sua versão final em 27 de abril de 2018, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



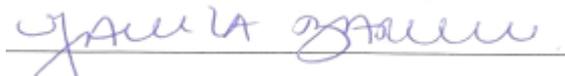
Giovana Calcagno Gomes

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- FURG

BANCA EXAMINADORA



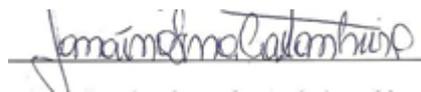
Edison Luiz Devos Barlem- Presidente (FURG)



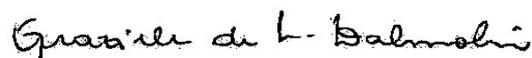
Jamila Geri Tomaszewisk Barlem- Membro Interno ao PPGenf (FURG)



Guilherme Lerch Lunardi- Membro Interno ao PPGenf (FURG)



Janaina Sena Castanheira- Membro Interno ao PPGenf (FURG)



Grazielle de Lima Dalmolin- Membro Externo ao PPGenf (UFSM)



Valéria Lerch Lunardi- Suplente externo



Laurelize Pereira Rocha- Suplente interno (FURG)

AGRADECIMENTOS

Deus infinitamente bom, humildemente agradeço os benefícios que me concedestes. Realizo um sonho e eu seria indigno de vossa bondade, se os atribuisse ao acaso ou aos meus próprios méritos. Bons Espíritos, que executastes os desígnios de Deus, e vós sobretudo, meu Anjo Guardião, aceitai o meu agradecimento. Afastai de mim a ideia de orgulhar-me, e de aplicar o que recebi em qualquer sentido que não seja o do bem.

Mãe ser de luz e amor, com o coração transbordando de amor eu te agradeço e dedico a ti o resultado dessa tese, obrigada pela tua fé inabalável que sempre me deu forças, por toda cumplicidade e apoio, foste e és essencial em todos as etapas da minha vida.

Mano anjo e protetor, com muito amor agradeço por tudo, principalmente pelos meses que estiveste comigo no Ceará, foste essencial na minha trajetória.

Isadora prima-irmã de alma e coração, sem a tua força e inspiração, não sei o que eu seria obrigada por todos os momentos grandiosos de muito amor e amizade e por toda força na construção dessa tese.

Anáisa amiga-amor, luz que irradia os meus dias, obrigada pela tua amizade, pelos conselhos maravilhosos, pelas palavras positivas e de entusiasmo que sempre me ajudaram a seguir em frente.

Felipe meu amor, agradeço por me proporcionar a alegria de amar e ser amada e, essencialmente, pela cumplicidade, pelo apoio desde que chegaste em minha vida, principalmente pelo teu apoio nos dias mais difíceis, tua força contínua foi essencial para concretizar esse sonho.

Andréia companheira de vida e de “estrada”, agradeço infinitamente pela tua amizade, por tudo que tens me ensinado nessa longa trajetória e ao melhor presente de tese que eu poderia ganhar. Com certeza a luz divina que esteve e está contigo, auxiliou-me e continuará auxiliando não só a mim, como a muitos outros que dela necessitam, continue irradiando luz e amor.

Meus agradecimentos se estendem a todos os demais amigos, anjos enviados por Deus que sempre estiveram ao meu lado. Agradeço aos ensinamentos do meu orientador Doutor Edison Barlem e a todos os componentes da banca pelas valiosas contribuições.

Finalizo agradecendo aos pacientes, à Escola de Enfermagem, ao HU e até mesmo aqueles que me fizeram passar por duras provações. Um dos lemas de vida que sempre aconselho é o que já dizia Mahatma Gandhi: “Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo para a vitória é o desejo de vencer.”

RESUMO

PEREIRA, Fabiani Weiss. **Satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem**. 2018. 143f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

A satisfação do paciente com o serviço de enfermagem se refere ao grau de congruência entre as suas expectativas e as percepções subjetivas sobre o cuidado recebido pela enfermagem. A pesquisa de satisfação do paciente necessita ser uma constante nos serviços de saúde brasileiros, pois auxilia na descoberta das fragilidades e potencialidades nas unidades de internação. Teve-se como objetivo geral: analisar a satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem. O estudo foi desenvolvido em três etapas, uma metodológica, outra quantitativa e outra qualitativa. Todas as etapas foram realizadas com pacientes internados na clínica médica, cirúrgica, traumatológica e serviço de pronto atendimento em um hospital universitário do sul do Brasil. As duas primeiras etapas contaram com 199 pacientes hospitalizados e tiveram como objetivos: adaptar culturalmente e validar o instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale* para o contexto brasileiro; analisar os preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem e compreender os condicionantes da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem, através da aplicação da versão adaptada do instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale*. A validade de face e conteúdo dos constructos do instrumento foram consideradas satisfatórias para utilização no contexto brasileiro, sendo realizada mediante avaliação do comitê de especialistas, realização do pré-teste e alfa de Cronbach. Para a análise dos dados foi utilizada a estatística descritiva, correlação de Pearson e análise de regressão linear, sendo utilizado o software estatístico Statistical Package for Social Sciences versão 22.0. A partir da análise fatorial, foram identificados quatro constructos: relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade e dedicação. Como preditor da satisfação geral do paciente com a assistência de enfermagem, identificou-se o constructo relacionamento interpessoal e comunicação. Na etapa qualitativa, realizada com 38 pacientes teve-se como objetivos: compreender os condicionantes da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem e desenvolver um modelo teórico sobre a satisfação do paciente hospitalizado frente ao cuidado/ assistência recebida pelas enfermeiras. Para tanto, foram realizadas entrevistas gravadas através de um instrumento semiestruturado. Realizou-se a análise textual discursiva e a partir dos resultados, foi elaborado um modelo que teve como foco central pacientes e enfermeiros e se constituiu de duas etapas: na primeira, foi explicado como a consulta de enfermagem/Processo de Enfermagem pode influenciar no mapeamento das necessidades individuais e na organização do serviço; na segunda etapa, é demonstrado como a parceria entre enfermeiro e paciente é implementada e como o atendimento deve ser realizado. Essa pesquisa respeitou os preceitos éticos contidos na Resolução 466/12, sendo aprovada pelo comitê de ética local sob o parecer nº 76/2017. Por fim, acredita-se que o modelo teórico desenvolvido possa subsidiar os enfermeiros e contribuir para aperfeiçoar o atendimento ao paciente. Ainda, o presente estudo defendeu a tese de que a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem em âmbito hospitalar está relacionada com os condicionantes relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação, levando em consideração a assistência centrada no paciente e enfermeiro.

Descritores: Satisfação do paciente. Enfermagem. Assistência centrada no paciente. Avaliação em saúde. Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

PEREIRA, Fabiani Weiss. **Satisfaction of the hospitalized patient with the nursing services**. 2018. 143f. Thesis (Doctorate in Nursing) - School of Nursing, Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

The satisfaction of the patient with the nursing service refers to the degree of congruence between their expectations and the subjective perceptions about the care received by nursing. Patient satisfaction research needs to be a constant in Brazilian health services, as it helps to discover weaknesses and potentialities in hospitalization units. The objective was to analyze the satisfaction of the hospitalized patient with the nursing services. The study was developed in three stages, one methodological, another quantitative and another qualitative. All the steps were performed with patients hospitalized in the medical, surgical, and trauma care clinic and a prompt medical service in a university hospital in the south of Brazil. The first two steps had 199 hospitalized patients and had as objectives: culturally adapt and validate the General Practice Nurse Satisfaction Scale instrument for the Brazilian context; to analyze the predictors of patient satisfaction with nursing care and to understand the conditioners of patient satisfaction with nursing services, through the application of the adapted version of the General Practice Nurse Satisfaction Scale instrument. The validity of the face and content of the instrument constructs were considered satisfactory for use in the Brazilian context, and it was performed through the expert committee evaluation, pre-test and Cronbach's alpha. Descriptive statistics, Pearson correlation and linear regression analysis were used to analyze the data, using statistical software Statistical Package for Social Sciences version 22.0. From the factor analysis, four constructs were identified: interpersonal relationship and communication; confidence; credibility and dedication. As a predictor of the patient's overall satisfaction with nursing care, the interpersonal relationship and communication construct was identified. In the qualitative stage, performed with 38 patients, the objectives were: to understand the conditioners of patient satisfaction with nursing services and to develop a theoretical model on the satisfaction of the hospitalized patient with the care / assistance received by the nurses. For that, interviews were recorded through a semi-structured instrument. The discursive textual analysis was carried out and from the results, a model was developed that focused on patients and nurses and was constituted of two stages: in the first, it was explained how the nursing consultation / Nursing Process can influence in the mapping the individual needs and the organization of the service; in the second stage, it is demonstrated how the nurse-patient partnership is implemented and how care should be performed. This research complied with the ethical precepts contained in Resolution 466/12 and was approved by the local ethics committee under opinion No. 76/2017. Finally, it is believed that the theoretical model developed can subsidize nurses and contribute to improve patient care. In addition, the present study defended the thesis that patient satisfaction with nursing services in the hospital environment is related to interpersonal relationship and communication, trust, credibility and dedication, taking into account patient and nurse-centered care.

Descriptors: Patient satisfaction. Nursing. Patient-centered care. Health Evaluation. Nursing care.

RESUMEN

PEREIRA, Fabiani Weiss. **Satisfacción del paciente hospitalizado con los servicios de enfermería**. 2018. 142f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Escuela de Enfermería, Programa de Post-Graduación en Enfermería, Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande.

La satisfacción del paciente con el servicio de enfermería se refiere al grado de congruencia entre sus expectativas y las percepciones subjetivas sobre el cuidado recibido por la enfermería. La investigación de satisfacción del paciente necesita ser una constante en los servicios de salud brasileños, pues auxilia en el descubrimiento de las fragilidades y potencialidades en las unidades de internación. Se tuvo como objetivo general: analizar la satisfacción del paciente hospitalizado con los servicios de enfermería. El estudio fue desarrollado en tres etapas, una metodológica, otra cuantitativa y otra cualitativa. Todas las etapas fueron realizadas con pacientes internados en la clínica médica, quirúrgica, traumatológica y servicio de pronta atención en un hospital universitario del sur de Brasil. Las dos primeras etapas contaron con 199 pacientes hospitalizados y tuvieron como objetivos: adaptar culturalmente y validar el instrumento General Practice Nurse Satisfaction Scale para el contexto brasileño; analizar los predictores de la satisfacción del paciente con la asistencia de enfermería y comprender los condicionantes de la satisfacción del paciente con los servicios de enfermería a través de la aplicación de la versión adaptada del instrumento General Practice Nurse Satisfaction Scale. La validez de cara y contenido de los constructos del instrumento fueron consideradas satisfactorias para su uso en el contexto brasileño, siendo realizada mediante evaluación del comité de especialistas, realización del pre-test y alfa de Cronbach. Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva, correlación de Pearson y análisis de regresión lineal, siendo utilizado el software estadístico Statistical Package for Social Sciences versión 22.0. A partir del análisis factorial, se identificaron cuatro constructos: relación interpersonal y comunicación; la confianza; credibilidad y dedicación. Como predictor de la satisfacción general del paciente con la asistencia de enfermería, se identificó el constructo relación interpersonal y comunicación. En la etapa cualitativa, realizada con 38 pacientes se tuvo como objetivos: comprender los condicionantes de la satisfacción del paciente con los servicios de enfermería y desarrollar un modelo teórico sobre la satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado / asistencia recibida por las enfermeras. Para ello, se realizaron entrevistas grabadas a través de un instrumento semiestructurado. Se realizó el análisis textual discursivo ya partir de los resultados, se elaboró un modelo que tuvo como foco central a pacientes y enfermeros y se constituyó de dos etapas: en la primera, se explicó cómo la consulta de enfermería / Proceso de Enfermería puede influenciar en el mapeo de las necesidades individuales y de la organización del servicio; en la segunda etapa, se demuestra cómo la asociación entre enfermero y paciente es implementada y cómo la atención debe ser realizada. Esta investigación respetó los preceptos éticos contenidos en la Resolución 466/12, siendo aprobada por el comité de ética local bajo el dictamen n ° 76/2017. Por último, se cree que el modelo teórico desarrollado puede subsidiar a los enfermeros y contribuir a perfeccionar la atención al paciente. El presente estudio defendió la tesis de que la satisfacción del paciente con los servicios de enfermería en el ámbito hospitalario está relacionada con los condicionantes relación interpersonal y comunicación, confianza, credibilidad y dedicación, teniendo en cuenta la asistencia centrada en el paciente y enfermero.

Descriptors: Paciente satisfaction. Nursing. Atención dirigida al paciente. Health Evaluation. Nursing care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Definição dos constructos da satisfação dos pacientes formados a partir da análise fatorial – Rio Grande 2018 (ARTIGO 1)	81
Quadro 1. Exposição dos resultados qualitativos da pesquisa de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem (ARTIGO 3)	104-5

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Exposição do modelo teórico (ARTIGO 3)	109
---	-----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2018 (ARTIGO 1)	79-81
Tabela 1- Correlação de Pearson relativas às variáveis sociodemográficas/socioeconômicas e constructos C1, C2, C3 e C4 (ARTIGO 2)	91
Tabela 2- Análise de regressão linear entre todos os constructos (ARTIGO 2)	91-2
Tabela 3- Questionário de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem- versão brasileira (ARTIGO 2)	92
Tabela 4- Análise de regressão entre as questões constructo C1- relacionamento interpessoal e comunicação (ARTIGO 2)	93
Tabela 5- Análise de regressão entre as questões constructo C2- confiança (ARTIGO 2)	93
Tabela 6- Análise de regressão entre as questões constructo C3- credibilidade (ARTIGO 2)	93
Tabela 7- Análise de regressão entre as questões constructo C4- dedicação (ARTIGO 2).....	94

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS	20
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE: origens das organizações hospitalares	20
3.2 AS ORIGENS DO HOSPITAL NO BRASIL E A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM	32
3.3 O HOSPITAL SOB A ÓTICA DO SUS E OS HOSPITAIS DE ENSINO	41
3.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO	44
3.5 QUALIDADE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES	47
3.6 SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM.....	53
4 METODOLOGIA.....	61
4.1 ETAPA METODOLÓGICA	61
4.1.1 Local do estudo	61
4.1.2 <i>General Practice Nurse Satisfaction Scale (GNPS)</i> : instrumento de coleta dos dados.....	62
4.1.3 Adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados	63
4.1.4 Validação do instrumento.....	65
4.2 ETAPA QUANTITATIVA	66
4.2.1 Tipo de estudo	66
4.2.2 Local do estudo	67
4.2.3 Participantes da pesquisa.....	67
4.2.4 Coleta de dados	68
4.2.5 Análise dos dados.....	69
4.2 ETAPA QUALITATIVA	69
4.2.1 Tipo de estudo	69
4.2.2 Local de estudo.....	69
4.2.3 Participantes do estudo.....	70
4.2.4 Instrumento de coleta de dados	70
4.2.5 Coleta dos dados.....	70
4.2.6 Análise dos dados.....	71
4.3 ASPECTOS ÉTICOS	72

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	73
ARTIGO 1	74
Adaptação cultural e validação do <i>General Practice Nurse Satisfaction Scale</i> (GNPS) ..	74
ARTIGO 2	88
Preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem	88
ARTIGO 3	100
Satisfação do paciente com os serviços de enfermagem: construção de modelo teórico ...	100
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
APÊNDICE A- ESCALA PICTORICA	132
APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	133
APÊNDICE C- SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CÔRREA JUNIOR.....	134
APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS.....	135
APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O SERVIÇO DE ENFERMAGEM-VERSÃO TRADUZIDA	137
APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O SERVIÇO DE ENFERMAGEM- Versão Brasileira	139
ANEXO I - GENERAL PRACTICE NURSE SATISFACTION SCALE- Versão Original	141
ANEXO II- PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA	142

1INTRODUÇÃO

Com a evolução da ciência e dos conhecimentos, preocupações até então despercebidas, no cenário das instituições hospitalares, entraram em pauta, principalmente em virtude do crescimento da economia (JÚNIOR; MOTTA; LOPES, 2015), do acesso aos conhecimentos através da internet e da divulgação de erros e eventos adversos decorrentes da assistência. Uma das novas preocupações apresentadas, diz respeito à avaliação dos serviços de saúde por meio de pesquisas sobre a satisfação do paciente (OLIVEIRA et al., 2014) envolvendo a assistência centrada no paciente (KVAEL et al., 2018).

Não há uma abordagem comum para definir a satisfação do paciente, mas essa deve centrar-se em elencar estratégias de mudança, avançando da subjetividade para a prática (MANARY et al., 2013). Para isso, artifícios podem ser utilizados com a implementação e aplicação de metodologias como o Processo de enfermagem (COFEN, 2009), por meio da criação de modelos teóricos centrados no paciente (OTANI et al., 2014).

A definição mais utilizada na literatura internacional evidencia que a satisfação do paciente se refere ao grau de congruência entre suas expectativas e suas percepções subjetivas sobre o cuidado recebido (RISSER, 1975; BUDDEN et al., 2007; LIAW; HUANG, 2012; MANARY et al., 2013). Ainda, é compreendida como a reação de um indivíduo sobre os aspectos mais salientes de seu atendimento hospitalar. É uma resposta comportamental que ocorre quando sua avaliação cognitiva, com relação a aspectos dos cuidados, atende ou excede as normas subjetivas pessoais (GREENSLADE, JIMMIESON, 2011). Para que seja avaliada de forma adequada, a satisfação do paciente necessita de instrumentos específicos de mensuração (JÚNIOR; MOTTA; LOPES, 2015; MANARY et al., 2013; AL-ABRI; BALUSHI et al., 2014).

O reconhecimento da satisfação/insatisfação permite ofertar um cuidado embasado na atenção aos anseios do paciente, procurando ouvir as opiniões que esses possuem acerca do funcionamento e da organização dos serviços de saúde, podendo proporcionar benefícios significativos à qualidade dos serviços oferecidos. Ao identificar se as necessidades estão sendo atendidas do ponto de vista dos pacientes, a tomada de decisão e a realização de ações em saúde ficam mais direcionadas às reais necessidades dos usuários dos serviços de saúde (BEATTIE et al., 2014).

Nesse contexto, o profissional de saúde necessita se reconhecer como parte do trabalho em saúde, atuando de forma ética e responsável. Em face da área da saúde, o trabalho

coletivo revela obrigações e responsabilidades que devem perpassar todas as profissões por meio de uma prática consciente, coletiva e organizada, promovendo valores morais comuns às pessoas que compartilham uma mesma realidade (CAMARGO, 2011). Assim, a enfermagem e outras profissões da saúde podem ser consideradas profissões essenciais aos sistemas de saúde e pressupõem atendimento de qualidade, necessitando estarem alicerçadas em um processo de trabalho ético e inovador (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; KARAMI; FAROKHZADIAN; FOROUGHAMIRE, 2017).

Sabe-se que a hospitalização modifica a rotina do paciente e é visualizada como uma experiência desagradável para a maioria das pessoas, pois muitas vezes se fazem necessários tratamentos invasivos, incômodos e dolorosos que podem acarretar diversos sentimentos, entre esses: a insegurança, medo, sofrimento, ansiedade, estresse, dúvidas e preocupações (PASSOS; SADIGUSKY, 2011). Embora os pacientes não sejam sempre considerados como vulneráveis, a combinação da situação de hospitalização e necessidade de cuidados da equipe de saúde pode constituir uma situação difícil para que esses expressem de forma plena as suas opiniões e escolhas (BARLEM-TOMASCHEWSKI et al., 2015).

Apesar de incipientes, as avaliações de qualidade no contexto hospitalar começaram a ser realizadas na década de 1970 (HOLLANDA et al., 2012). Em âmbito internacional, a avaliação da satisfação do paciente tem sido adotada como uma estratégia para obter um conjunto de percepções relacionadas à qualidade da atenção recebida, com a qual se adquire informações que beneficiam a organização dos serviços (LYU et al., 2013). Além disso, estudos nacionais e internacionais apontam que as pesquisas de satisfação do paciente auxiliam na avaliação da qualidade (CHANG; CHEN; LAN, 2013; BEATTIE et al., 2014; INCHAUSTE; MOURA, 2015; GOODMAN et al., 2016; LYU et al., 2013), bem como a conhecer e compreender as interrelações entre cuidados dispensados versus satisfação (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2013; INCHAUSTE; MOURA, 2015).

Há vários sistemas de avaliação nacional em relação à qualidade, como a Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS); Acreditação Hospitalar (ONA, 2014); Organização Americana *Joint Commission International* (NEVES, 2009; JCI, 2016); Gestão de Qualidade Total (GQT) (ROCHA et al., 2014) e avaliação no contexto de marketing por meio do modelo de Parasuraman, Zeithml e Berry (1985). No entanto, a maioria dos hospitais brasileiros, principalmente os universitários, possuem avaliação hospitalar precárias e ainda não conseguem visualizar a satisfação do paciente (ARAUJO; LETA, 2014). Apesar disso, nas últimas duas décadas, algumas organizações em saúde têm se preocupado com a garantia da

qualidade, considerada uma questão ética e legal e também um direito social (PAIVA et al., 2010).

O primeiro estudo a utilizar instrumentos de avaliação sobre a satisfação do cliente surgiu na Suécia, especificamente no fim da década de 1980, com a formulação do *Swedish Customer Satisfaction Index* (SCI) (FORNELL, 1992). Contudo, o grande marco sobre essa temática ocorreu em 1994 com o desenvolvimento do *American Customer Satisfaction Index* (ACSI), o qual foi reproduzido em parceria com o Centro Nacional de Pesquisa de Qualidade da Universidade de Michigan – *National Economic Research Associates* (NERA) e a Sociedade Americana para Qualidade – *American Society for Quality* (ASQ). Esse modelo, por fim, foi fundamentado a partir do pressuposto de que a satisfação não pode ser mensurada de forma direta, pois requer antecedentes e consequentes (FORNELL et al., 1996).

Diante disso, o ACSI foi composto por antecedentes da Satisfação, ou seja, a qualidade percebida, valor percebido e expectativas dos clientes, além de seus consequentes, a reclamação e lealdade, questões essas consideradas subjetivas e com o intuito de mensurar a satisfação do paciente de forma plena e eficaz. No ano de 1998, houve uma parceria entre *European Organization for Quality* (EOQ), a *European Foundation for Quality Management* (EFQM) e a *CSI University Network*, com o apoio da Comissão Européia, possibilitando o desenvolvimento do Índice Europeu de Satisfação, conhecido como *European Customer Satisfaction Index* (ECSI). Comparado ao modelo americano (ACSI), o modelo europeu (ECSI) agregou aos aspectos antecedentes da Satisfação, a variável Imagem. No Brasil, houve a validação desses trabalhos, surgindo versões modificadas e adaptadas dos originais (LOPES; PEREIRA; VIEIRA, 2009).

A satisfação do paciente tem sido pesquisada tanto em nível qualitativo (LYKEGAARD; DELMAR, 2015; DEBOROUGH et al., 2017) quanto quantitativo (AL-ABRI; BALUSKI, 2014; MANARY et al., 2013; BURGEMEISTER et al 2017; HORODNICA et al., 2018). Em nível internacional modelos teóricos têm sido utilizados (DESBOUROGH et al., 2018, KVAEL et al., 2018), porém nacionalmente há poucos instrumentos validados de avaliação e modelos teóricos elaborados ou aplicados em relação à satisfação do paciente. Internacionalmente instrumentos tem sido utilizados como ferramenta para a avaliação da satisfação dos pacientes como, por exemplo, o *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS), instrumento Australiano específico para enfermeiros, que analisa sob o enfoque de duas dimensões a satisfação na perspectiva do paciente. A primeira se refere ao relacionamento interpessoal, processo bidirecional que depende dos agentes da

comunicação, emissor e receptor (PUGGINA et al., 2014) e comunicação, verbal e não verbal.

Outra dimensão avaliada é a confiança, considerada a base para o relacionamento com o paciente, que é multifacetada e observada por diferentes ópticas, podendo estar relacionada à benevolência, honestidade, competência, integridade e responsabilidade (ANDRADE, 2014; DEBOROUCH et al 2017) e a credibilidade, que apesar de não ter um conceito fechado, possui relação direta com a opinião dos pacientes e aceitação, estando diretamente relacionada à assistência centrada no paciente (KVAEL 2018).

Há outras escalas que já foram utilizadas no Brasil, como o *Newcastle Satisfaction with Nursing Scales* (NSNS), instrumento longo que não é específico para enfermeiros, mensura a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem e as experiências que ele vivência com a assistência durante o período de hospitalização (DORIGAN, GIARDELHO, 2013). Outro instrumento, também não específico para enfermeiros, conhecido como Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP) (HINSHAW; ATWOOD, 1982) validado para a cultura brasileira (OLIVEIRA, 2004), foi utilizado em estudos nacionais, especialmente em São Paulo. A pesquisa realizada em um hospital especialista em cirurgias gástricas avaliou a satisfação dos pacientes com os cuidados de enfermagem e verificou diferenças em relação a variáveis como: sexo, estado civil, grau de escolaridade, idade e tempo de permanência na unidade. Esse estudo gerou um instrumento com o objetivo de mensurar a satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem com 25 itens, agrupados em três domínios: profissional (P), educacional (E) e confiança (C) (DORIGAN; GUIRARDELLO, 2010).

O ISP, parece ser aceito em nível nacional e já foi utilizado em uma pesquisa desenvolvida na região centro-oeste do Brasil em um hospital de ensino, em combinação com mais dois instrumentos para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a satisfação do paciente e a correlação entre ambos (FREITAS et al., 2014). Apesar de existirem alguns instrumentos de avaliação, a maioria deles não são conhecidos e nem utilizados. Sabe-se que a falta de utilização de instrumentos precisos para a mensuração da satisfação dos pacientes em âmbito hospitalar pode resultar em iniciativas que são pouco produtivas e geram resultados pouco confiáveis (AL-ABRI; BALUSKI, 2014; FELDAMN et al., 2017). Dessa forma, ao realizar pesquisas de satisfação do paciente, faz-se necessária a utilização de instrumentos que possam auxiliar na mensuração e obter resultados favoráveis, que oportunizem a realização de estratégias em prol da melhoria da qualidade de atendimento aos pacientes e melhorias no gerenciamento hospitalar.

Nesse contexto, como tem sido a avaliação da qualidade em saúde na perspectiva da satisfação do paciente nas instituições hospitalares? Sabe-se que a ética pode contribuir para a qualidade em saúde, e em consequência para a qualidade da assistência prestada, pois leva em consideração práticas que valorizam e respeitam o ser humano como a sua dignidade, seus valores, direitos e deveres (BACKES; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2006). Ainda, cabe questionar: como podemos avaliar a satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem e a assistência centrada no paciente?

A necessidade de avaliar a satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem sob a perspectiva do relacionamento interpessoal estabelecido entre enfermeiros e pacientes, com base em uma comunicação efetiva durante o cuidado (SIMS et al., 2018), priorizando o atendimento e procurando estabelecer a confiança (DEBOROUCH et al 2018), que pode levar os pacientes a acreditarem nos serviços de enfermagem e a visualizarem a credibilidade desses serviços (KVAEL et al., 2018) **justifica a realização deste estudo**, pois as escalas já validadas e utilizadas no Brasil, não compreendem essas dimensões.

Estudos atuais referem que o âmbito relacional entre profissionais e pacientes alicerçado em valores como empatia, respeito, escuta, afetividade e diálogo no cuidado em saúde, fortalecem a satisfação do paciente, sobretudo se o atendimento estiver alicerçado na assistência centrada no paciente, considerada uma condição fundamental para o sucesso terapêutico que está embasada em uma relação compartilhada de cuidado entre profissional e paciente (BACHNICK et al., 2017; KVAEL et al., 2018).

A expectativa criada pelo paciente na hospitalização e a percepção que ele tem do cuidado intra-hospitalar recebido são aspectos que definem seu grau de satisfação (WONG et al., 2015). As instituições hospitalares necessitam ser investigadas, em virtude da evolução tecnológica, das necessidades crescentes de assistência à saúde e da cobrança dessa assistência por parte da comunidade (BONACIM; ARAUJO, 2014). Além disso, a satisfação do paciente se configura em um instrumento importante para a administração e o planejamento em saúde, pois exerce um papel fundamental entre o prestador de serviços e o paciente na medida em que ouvi-lo possibilita a realização do julgamento da qualidade dos cuidados prestados (SZECSENYI et al., 2014).

Ainda, **o estudo justifica-se**, pois poderá contribuir com as instituições hospitalares e para o serviço de enfermagem, uma vez que o conhecimento obtido sobre a avaliação da qualidade dos cuidados ofertados, na perspectiva do paciente e da sua satisfação, poderá permitir reanalisar os processos de trabalho, bem como as suas limitações, permitindo

estabelecer estratégias de melhorias (INCHAUSPE; MOURA, 2015). Além disso, os possíveis pontos fortes também poderão ser reforçados e consolidados.

A escolha pelo serviço de enfermagem está embasada no fato dos enfermeiros estarem diretamente responsáveis pelo cuidado nas 24 horas do dia, diferentemente do serviço de medicina, por exemplo, que na maioria das vezes é pontual (AIKEN et al., 2011; RAO; KUMAR; MCHUGH, 2017). Além disso, a enfermagem é uma profissão responsável pelo cuidado ao outro: esse cuidado, para Waldow (2015), é considerado uma conotação moral e enobrecedora da arte do cuidar do ser humano, cuidar do outro, que requer envolvimento e comprometimento. O cuidado de enfermagem acontece na relação com o paciente, e vai de um simples aperto de mão até um procedimento de alta complexidade (BARCELLOS, 2015), devendo ser embasado na corresponsabilização, como um fator primordial evitando a exclusão da parte envolvida no cuidado, permitindo uma resolubilidade maior das demandas em saúde (RODRIGUES et al., 2015; DESBOUROGH et al 2018).

Apresenta-se a **tese** defendida e sustentada neste estudo: A satisfação do paciente com os serviços de enfermagem em âmbito hospitalar está relacionada com os condicionantes relacionamento interpessoal e comunicação, confiança, credibilidade e dedicação, levando em consideração a assistência centrada no paciente e enfermeiro.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os condicionantes e preditores da satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Adaptar culturalmente e validar o instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale* para o contexto brasileiro;
- Analisar os preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem;
- Compreender os condicionantes da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem;
- Desenvolver um modelo teórico sobre a satisfação do paciente hospitalizado frente ao cuidado/ assistência recebida pelas enfermeiras.

3 CONCEPÇÕES TEÓRICAS

3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA SAÚDE: origens das organizações hospitalares

Ao longo da história da humanidade, as instituições hospitalares passaram por profundas transformações relacionadas tanto às mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais; quanto, às descobertas científicas e os avanços tecnológicos na área da saúde (GIOVANELLA et al., 2012). Em relação às origens, o termo “hospital” surge do latim *hospitalis* e significa hospitaleiro e acolhedor. A palavra decorre do adjetivo *hospes*, cuja acepção é hóspede, viajante e estrangeiro, utilizado também para se aludir àquele que hospeda e que oferta agasalho (BORBA; LISBOA, 2006).

Ao longo da história, o hospital é uma organização antiga na história da Humanidade. Alguns dos registros sobre o seu surgimento remetem ao início do século IV d.C., nos primeiros séculos da Era Cristã, durante o Império Bizantino, após a conversão do imperador Constantino ao cristianismo. Nessa época, vivificava a crença nos milagres de cura desempenhados por Cristo (BRAGA-NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008; ARAÚJO; LETA, 2014).

Apesar desses registros, na história dos hospitais, as questões de saúde da humanidade foram tratadas de acordo com as culturas e regiões, apresentando importantes acontecimentos cuja origem histórica é ainda mais remota. Nas tribos selvagens, por exemplo, nos antigos povos germânicos, os enfermos eram muitas vezes abandonados para morrer e as práticas humanas só foram encontradas entre alguns povos mais civilizados, dentre os quais estavam o Egito, Índia, China, Grécia, Roma, entre outros (BRASIL, 1965).

No Egito, havia o templo de Saturno, considerado um local em que a cura era procurada pela fé, baseada no misticismo e superstições. Na Grécia antiga, os ginásios abrigavam muitas pessoas e eram considerados locais de terapias, tal como o templo de Kos, onde nasceu Hipócrates, no ano de 400 a.c. (BRASIL, 1965).

Os mais remotos documentos literários da Índia são os textos médicos, em sânscrito, com hinos litúrgicos (1500 a.C.) e o Atharva Veda. Naquela época, era comum a prática da medicina teúrgica dos milagres e encantamentos contra os demônios considerados os causadores das moléstias. O artefato característico da arte médica da época era a cirurgia, como, entre os israelitas, a higiene. Na prática cirúrgica, o profissional indú realizava cuidados higiênicos, por meio do banho diário, uso de roupas brancas e cortes de unhas e cabelos (BRASIL, 1965).

As documentações sobre a existência primitiva dos hospitais na China remetem a um conjunto de obras denominadas enciclopédias, escritas no período da dinastia Chow (1122 a.C.). Apesar das origens históricas da medicina Chinesa, esta esteve em grande atraso em relação à origem dos egípcios e indianos. A saúde para os médicos chineses dependia do equilíbrio entre dois fatores polares opostos: um princípio masculino positivo (yang), relativo ao céu, luz, força, calor; e outro feminino negativo (yin), relacionado à lua, terra, obscuridade, debilidade e frio (BRASIL, 1965).

Os chineses acreditavam que existiam no organismo humano, cinco órgãos e cinco vísceras. Os cinco órgãos regulavam todas as atividades do corpo humano, ou seja, o fígado era responsável por reter o sangue que continha a alma; o baço, pela nutrição responsável pelo pensamento; o coração, pela pulsação e o espírito; o pulmão, pela respiração e a energia e, o rim, responsável pelo princípio germinativo (BRASIL, 1965).

As cinco vísceras eram o estômago, o intestino delgado, o intestino grosso, o ureter e a bexiga. Eles acreditavam que esses órgãos e vísceras necessitavam de uma ordem hierárquica embasada na fisiologia em que o coração era o órgão principal e considerado rei, o fígado o general, etc., todos eram considerados aparentados entre si. Assim, o coração seria filho do fígado, pai do estômago, amigo do baço e inimigo do rim, superstições fortemente influenciáveis nas práticas de medicina daquela época (BRASIL, 1965).

Na Grécia, a instituição hospitalar encontra suas raízes nos tempos devotados ao culto de Esculápio (nome latino de Asclépio, o deus grego da medicina), que era considerado hábil na arte de curar. Nos templos, a serpente era o símbolo da divindade, sendo considerada sagrada e com poder mágico e curativo. Os enfermos submetiam-se, fora do templo, a uma dieta severa que era obrigatória. Eles eram advertidos a abster-se de vinhos e de algumas iguarias, sendo purificados com banhos, massagens e unções antes de entrar nos santuários (BRASIL, 1965).

Nos santuários, eram sacrificados animais, geralmente cabras ou galos, que eram oferecidos pelo enfermo para provar sua gratidão. Esse, se curado, oferecia ao templo um modelo em cera, prata, ouro ou mármore, da parte afetada, acompanhado de um quadro votivo relatando a história do seu caso. Hipócrates, sacerdote do templo de Cós, sistematizou e interpretou os casos clínicos, formando uma biblioteca que foi considerada a fonte principal de onde ele, considerado atualmente o pai da medicina, extraiu os elementos para sua extensa obra médica (BRASIL, 1965). Os quadros votivos propagaram-se durante os períodos da medicina intuitiva, empírica, mágica e sacerdotal e em alguns locais o catolicismo ainda segue essa prática (BRASIL, 1965).

Os romanos adotaram muitos dos costumes gregos. Ambos consideraram a doença como uma maldição ocasionada por poderes sobrenaturais, razão que fazia com que esses procurassem não o alívio ao enfermo por meio de procedimentos, mas o apaziguamento da divindade malévola. Embora a Grécia e Roma tenham alcançado alto grau de cultura no seu tempo, o tratamento realizado aos enfermos era praticamente igual e não era superior às nações orientais (WOODS; THOMAS, 2008).

No início da era Cristã, os relatos históricos retratam que foi o próprio Cristo que deu aos seus seguidores o exemplo de cuidar das pessoas enfermas. Muitos milagres foram operados e a cura de muitas formas de doenças, incluindo a lepra, foram realizadas. Além disso, os apóstolos também eram encarregados de curar os enfermos como, por exemplo, a cura do paralítico Enéas. Houve grande quantidade de curas atribuídas a São João que advertia os fiéis para, em caso de doença, trazer os padres da Igreja e deixá-los orarem sobre o enfermo (WOODS; THOMAS, 2008).

Dessa forma, o cuidado era considerado um dever sagrado, atribuído especialmente aos bispos, presbíteros e diáconos. Os doentes eram visitados em suas casas e recebiam os mesmos auxílios que traziam alívio para os pobres. A vida cristã tinha como característica marcante a obrigação da prática da hospitalidade. Assim, o cristão era bem recebido nas casas dos irmãos, mas essa hospitalidade também era estendida ao visitante pagão. A casa do bispo era de fácil acesso ao viajante, lá havia comida e abrigo, e se tivesse necessidades, havia oferta de ajuda para continuar sua jornada e, em alguns casos, o bispo era também um médico, que ajudava os necessitados (BRAGA-NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Os enfermos também eram atendidos em um local dos romanos cristãos ricos, chamado "valetudinaria", que eram hospitaleiros para aqueles que não podiam ser acomodados na casa do bispo. Desde os primeiros tempos, existia um sistema organizado que oferecia ajuda aos diversos sofrimentos, mas que era limitado e dependia do esforço privado repleto de pressões do Estado que perseguia os cristãos; enquanto essas perseguições continuassem uma instituição de caráter público, como nossos hospitais modernos, estava completamente fora de cogitação. Foi somente quando o imperador Constantino (ano 313 d.C) deu liberdade à Igreja Católica, durante seu reinado, é que os cristãos obtiveram maior liberdade para ajudar os enfermos por meio dos primeiros hospitais (BRASIL, 1965).

Com o rápido crescimento no número de cristãos e a disseminação da pobreza sob condições econômicas adversas, foi necessário um tipo diferente de organização com caráter institucional para que fosse possível atender a grande demanda de trabalho voltado ao bem comum, o que isso levou à organização e fundação de hospitais (BRASIL, 1965). A partir do

século IV, são fundados pelo clero, em nome dos fundamentos da fé, estabelecimentos de assistência e abrigo, que após tornaram-se os hospitais cristãos (ORNELLHAS, 1998).

As fundações hospitalares mais famosas foram as de São Basílio Magno (330-369 d.C), em Cesaréia, na Capadócia. Suas características tinham as dimensões de uma pequena cidade, com ruas regulares e edifícios para diferentes tipos de pacientes. Havia residências para médicos, oficinas e escolas industriais. Uma mesma instituição atendia várias e diferentes necessidades, porém a qualidade sanitária dos serviços prestados não garantia a cura da maioria dos doentes. Com a expansão do cristianismo, os hospitais cristãos difundiram-se por toda a Europa, do oriente para o ocidente. Os beneditinos criaram enfermarias e hospitais na Itália, na França, na Alemanha, na Inglaterra, conseguindo instalar um elevado número de casas de assistência médica com modelo baseado na igreja cristã (BRASIL, 1965).

A intensificação do surgimento dos hospitais ocorreu na Idade Média, no reinado de Carlos Magno (747-814). Nesse período, muitas questões foram providenciadas em relação ao cuidado dos enfermos. Durante o século X, os mosteiros foram considerados fatores dominantes para o trabalho hospitalar, pois eram considerados centros de alívio do sofrimento. Assim, os hospitais deveriam ser anexados a esses e a cada catedral. Os monges se incumbiam de procurar doentes e necessitados pela vizinhança e eram responsáveis por funções embasadas em regras de conduta, que detalhavam todos os tipos de serviços necessários (BRASIL, 1965).

A Idade Média também apresentou importante evolução no que diz respeito à fundação das universidades, berço de desenvolvimento das ciências voltadas à cura, e mais especificamente foi em Bolonha o surgimento da primeira escola de medicina. Nessa escola, as lições anatômicas eram ministradas sob um ritual, uma missa era celebrada no dia da aula. O cadáver a ser dissecado era colocado sobre uma mesa de mármore, ao meio da sala, com duas velas acesas e a missa era em sufrágio a ele. De modo geral, a medicina medieval foi classificada em quatro períodos: dos séculos V ao X era de caráter monástico; séculos XI-XII foi influenciada pela escola de Salerno; no XIII, teve o forte entrosamento da cultura árabe com a do oeste, período em que os hospitais começaram a passar das mãos da autoridade eclesiástica para as da municipalidade (BRASIL, 1965).

Outra característica importante nessa época é que os funcionários do hospital eram obrigados a ir para as ruas algumas vezes e resgatar aqueles que necessitavam de tratamento. Se o enfermo fosse cristão, quando entrava no hospital se confessava e recebia a Sagrada Comunhão com o intuito de que a paz de espírito pudesse proteger sua saúde corporal. Como

a religião permeava os hospitais, os enfermos exerciam funções de oração e participavam da missa recebendo sacramentos. Eram orientados a orar pelos seus benfeitores, autoridades e por todos que pudessem estar em perigo. Anote recitavam orações nas enfermarias. O que os animava era a visita de pessoas ilustres ou da nobreza, que apresentavam disposição de caridade, um exemplo é o rei Luís IX da França (BRASIL, 1965).

Uma das fases mais importantes do desenvolvimento dos hospitais é o surgimento de confrarias e ordens religiosas com a finalidade de ajudar os enfermos. Com o aumento da população nas cidades e, a construção de mais hospitais havia uma abundância em recursos para trabalhos de caridade e muitas fundações dirigidas por leigos tornavam-se frequentes. O surgimento de novos hospitais contava com o apoio de indivíduos movidos pelo espírito público, corporações, irmandades e governos municipais e nesses movimentos as cidades italianas foram as mais importantes (BRASIL, 1965).

A influência religiosa sempre esteve presente, mas principalmente na Idade Média, que foi o período em que ela foi demasiadamente predominante. Nessa época, a crença era de que o corpo humano, feito à imagem de Deus, não podia ser aberto, pois era considerado um sacrilégio, somente a alma precisava de tratamento. Outra característica referente aos hospitais é que eram difíceis os recursos pecuniários postos a serviço dessa obra de assistência. Precaríssimas eram, portanto, as condições de conforto e higiene (BRASIL, 1965).

Essa época da Idade Média corresponde ao surgimento da enfermagem como uma prática leiga, desenvolvida por religiosos, sendo marcada como um período que deixou legados à profissão com uma série de valores. Tais valores, com o passar dos tempos, foram aos poucos legitimados e aceitos pela sociedade como características inerentes, por exemplo, a caridade, a abnegação, a obediência e outros atributos que davam à enfermagem não uma conotação de profissão, mas de sacerdócio (VERCILLO et al., 2014).

Como importante destaque para a enfermagem profissional, no ano de 1215, houve a criação, na Inglaterra, do Hospital Saint Thomas, onde Florence Nightingale implantou a primeira Escola de Enfermagem, em moldes profissionais, no ano de 1860. Nesse período, os hospitais continuaram regidos pela Igreja e surgiam sempre anexos às ordens religiosas, funcionando sob a orientação dessas ordens. Portanto, tudo continuava sendo caracterizado por uma direção cristã, principalmente as formas de cuidado dos enfermos (BRAGA-NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). A assistência prestada pelos hospitais preocupava-se mais com a salvação espiritual do que com a material e esses hospitais desempenhavam um papel no processo de transição entre a vida e a morte (BORBA; LISBOA, 2006).

Os hospitais exerciam o papel de separação e exclusão social; naquela época, as instituições hospitalares eram destinadas aos pobres, já os ricos traziam recursos médicos para suas casas. Os hospitais representavam um ambiente de abrigo e recolhimento daqueles que necessitavam de cuidado, os quais, na condição de enfermos, eram uma ameaça às pessoas, representando possíveis riscos sociais e epidemiológicos (BORBA; LISBOA, 2006). Além disso, os enfermos não eram separados dos loucos, prostitutas, entre outros (BORBA; LISBOA, 2006).

Especificamente, foi por meio das Cruzadas, Sociedades Feudais, Ordens Monásticas, que a enfermagem iniciou seu desenvolvimento junto aos enfermos que necessitassem de cuidados. Porém, em meio à desordem social decorrente das invasões, aglomerações urbanas e migrações, reformas, pestes e decadência dos hospitais, a enfermagem entra em franco declínio, em virtude do impacto que sofreu com tais transformações sociais.

Na época da renascença (Século XV), as organizações hospitalares foram adquirindo gradativamente cada vez mais o caráter de municipalidade, devido à subtração dos hospitais da influência monástica medieval que começou a partir do Século XIII. Iniciou-se o processo de separação do hospital medieval em duas instituições distintas, ou seja, o hospital *sensu stricto* para o cuidado dos pacientes e a instituição de caridade, geralmente associada aos abrigos ou casas para os pobres. Além disso, o progresso da ciência determinou o aperfeiçoamento dos hospitais; a cirurgia começou a ser realizada e impulsionou o melhoramento de vários conhecimentos anatômicos, principalmente devido ao abandono da obediência à igreja, que proibia ao clero a realização de operações que demandassem o derrame de sangue (BRASIL, 1965).

Apesar disso, com a abolição dos mosteiros e secularização dos hospitais, o cuidado dos enfermos passou a ser realizado por serventes empregadas pelas congregações. Houve uma decadência e desorganização dos hospitais e o progresso da medicina não influenciou de imediato o cuidado do doente hospitalizado, a cirurgia passou a ficar na responsabilidade de barbeiros (OLIVEIRA, 2009). A enfermagem não crescia, enclausurada em hospitais religiosos, continuando desarticulada e de forma empírica durante muito tempo (VERCILLO et al., 2014).

Os prejuízos continuavam, a total dissolução dos mosteiros privou a Igreja dos meios para amparar os enfermos e da organização por meio da qual esses meios eram aplicados (WOODS; THOMAS, 2008). No ano de 1634, constituiu-se a ordem das irmãs de caridade de São Vicente de Paulo, originada no Hotel Dieu, de Paris, por um pequeno grupo de moças que aprenderam enfermagem. Anos depois, em 1772, houve um incêndio nesse hospital, que

possuía 1100 leitos individuais e 600 divididos entre os pacientes. O incêndio impulsionou o progresso na construção hospitalar (BRASIL, 1965).

A transformação do hospital em um local com fins terapêuticos ocorreu apenas durante o final do Século XVIII, em virtude das alterações econômicas e sociais conexas à primeira Revolução Industrial e ao surgimento de uma nova mentalidade e atitude social diante das dificuldades da comunidade. Atendendo a razões políticas, sociais e às questões sanitárias da época, já que a precariedade sanitária era preocupante, surgiu um novo olhar sobre a assistência aos pobres, um momento de construção de grandes hospitais gerais em todas as cidades da Europa como, por exemplo, em Londres, o Guy's Hospital (1724) e o London Hospital (1740) (BRAGA- NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

Foucault (2011) considera que o hospital não apresentou qualquer função terapêutica na sua origem; ele compreende que existiu sempre duas séries paralelas no cuidado das pessoas: uma médica, cujos cuidados eram exercidos nas casas e não no espaço hospitalar; e uma série hospitalar, onde havia a administração da acolhida e disciplina da pobreza e das anomalias humanas.

Ainda, esclarece que somente no final do Século XVIII inicia-se a era do hospital, como dispositivo de cuidado assistencial. O personagem principal do hospital até o Século XVIII não era o doente com necessidade de cura, mas o pobre que estava morrendo. As pessoas que atuavam no hospital não eram designadas para realizar a cura do doente, elas tinham características caritativas, eram religiosas ou leigas e estavam no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse salvação eterna (FOUCAULT, 2011).

De um modo geral, até o final do Século XVIII, a medicina não se fundamentava na análise de procurar onde e o que se desviou de um funcionamento regular do organismo, o que lhe causava o distúrbio ou como se podia restabelecê-lo; ela referia-se mais a outras questões como a qualidade de vigor e fluidez que a doença faria perder e que se deveria então tentar restaurar (FOUCAULT, 2011).

As intervenções autoritárias e as medidas de controle permearam a política médica que se delineou no século XVIII em todos os países da Europa, com o objetivo do desaparecimento dos grandes surtos epidêmicos, a baixa taxa de morbidade e o aumento da duração média de vida. O espaço urbano era considerado o meio mais perigoso para a população. A localização dos diferentes bairros, a umidade, a exposição, seu sistema de esgotos e de evacuação de águas utilizadas, a localização dos cemitérios e dos matadouros, a densidade da população, tudo isso constituía fatores que desempenhavam um papel decisivo na mortalidade e morbidade dos habitantes (FOUCAULT, 2010).

Resumidamente, o hospital, nessa época, pode ser compreendido a partir de três fenômenos principais: a emergência da população com suas variáveis acerca da longevidade e da saúde; a organização da família estritamente parental como centro de transmissão de uma medicalização, onde ela desempenha um papel de permanente demanda e, o emaranhado médico-administrativo em torno dos controles de higiene coletiva, formado a partir da sociedade, de sua saúde e suas doenças, condições de vida, habitação e de seus hábitos (FOUCAULT, 2010).

Nesse momento histórico, também surgem os hospitais especializados, para articulação do saber médico e da eficácia terapêutica. Anteriormente, existiam estabelecimentos reservados para loucos e venéreos, mas esses eram uma medida de exclusão e não em razão de uma especialização dos cuidados. Um exemplo de um hospital especializado foi o Middlesex Hospital de Londres, inaugurado em 1745, que se destinava a tratar a varíola e a praticar a vacinação (FOUCAULT, 2010).

Do ano de 1789 a 1790, durante os sangrentos acontecimentos da Revolução Francesa, a fúria popular se apoderou dos hospitais que estavam sendo utilizados como prisões políticas. Posteriormente, os hospitais tornaram-se um encargo da Administração Municipal e as ordens religiosas se limitaram ao serviço espiritual prestado aos doentes (GIOVANELLA et al., 2012).

Nessa época, a maioria dos hospitais ainda não funcionava tão bem como deveria. E não era mais admissível que esses seguissem funcionando como locais caracterizados como morredouros. Dessa forma, diversas iniciativas voltadas para a modernização hospitalar foram realizadas (GIOVANELLA et al., 2012).

O Século XIX marca o início de um período de progresso científico e tecnológico, consagrando nessa fase a era de uma ciência pública, financiada pelo Estado e desenvolvida nas universidades e nos institutos de pesquisa. Inúmeros avanços foram alcançados, seja nas ciências básicas, física e química, como na bioquímica, microbiologia, patologia e anatomia, as quais gradativamente foram se entrelaçando aos hospitais (BORBA; LISBOA, 2006).

Durante a segunda metade do século XIX, a enfermagem institucionalizou-se como área específica de trabalho na Inglaterra por meio de Florence Nightingale. A institucionalização ocorreu inicialmente devido à necessidade de organização dos hospitais militares para o cuidado dos soldados durante a Guerra da Criméia. Em resposta ao projeto burguês expansionista da época, que gerou a necessidade social da recuperação da saúde e da força de trabalho, os hospitais começaram a ser vislumbrados como local de cura e a

enfermagem garantiu a sua entrada no contexto do trabalho em saúde (FELLI; PEDUZZI, 2011).

Foi com a iniciativa de Florence que os primeiros esforços foram despendidos em relação à qualidade em saúde. Falar em qualidade em um momento histórico em que a enfermagem era caracterizada como um atendimento subalterno pode parecer ousado, porém a referida enfermeira foi pioneira na avaliação da assistência pela sua iniciativa em classificar os enfermos pela complexidade do cuidado, e, além disso, instituiu pela primeira vez princípios básicos de saneamento e higiene, até então não valorizados e reconhecidos. Dessa forma, foi criado o primeiro modelo de melhoria contínua que demonstrava a queda nas taxas de mortalidade, por meio de estudos estatísticos, após reformas realizadas nos hospitais (BOLTON; GOODENOUGH, 2003).

O avanço da medicina também favoreceu a reorganização hospitalar, por isso o médico era considerado o principal responsável pela reordenação e é neste cenário que a enfermagem começou a atuar. Após a Guerra da Criméia, Florence fundou uma escola de Enfermagem no hospital Saint Thomas, em 1860, considerada modelo para as demais escolas fundadas posteriormente. Uma das características da escola nightingaleana era a disciplina rigorosa, do tipo militar e a exigência de qualidades morais das candidatas. O curso tinha um ano de duração e consistia em aulas práticas que eram ministradas pelos médicos (GOMES et al., 1997).

As primeiras escolas de enfermagem, incluindo a escola nightingaleana, tinham como única pessoa qualificada para ensinar, a figura do médico. A ele cabia decidir quais as funções que poderiam ser realizadas pelas enfermeiras. Florence deixa florescente o ensino de enfermagem mesmo após sua morte. Dessa forma, a enfermagem surge como uma ocupação assalariada e uma prática social institucionalizada e específica, deixando de fazer parte apenas de uma atividade empírica (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Como prática institucionalizada, o trabalho de enfermagem teve sua organização embasada em três direções: a primeira, relacionada à organização do cuidado da pessoa enferma, por meio da sistematização das técnicas de enfermagem; a segunda, relacionada à organização do ambiente terapêutico, com o recurso de mecanismos de purificação do ar, limpeza e higiene; e, por último, a organização dos agentes de enfermagem, com treinamentos e emprego de técnicas disciplinares. A partir dessa organização, surge a enfermagem moderna com o objetivo de realizar não só atividades assistenciais, mas também gerenciais voltadas tanto à organização das condições necessárias para a realização do cuidado, quanto da força de trabalho necessária para o desempenho das atividades (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Nesse contexto, ocorreu a divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, e duas categorias profissionais diferentes foram definidas, ou seja, as *lady nurses*, que eram responsáveis pelas atividades de supervisão e pelo ensino de enfermagem, e *as nurses*, que faziam parte de uma classe social inferior em relação às primeiras e eram responsáveis pela prática do cuidado em si (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Ao longo do Século XIX, a divisão técnica do trabalho de enfermagem se consolidou, principalmente diante do desenvolvimento do capitalismo industrial, período em que a gerência se configura como um instrumento potencializador do processo de produção. O trabalho da enfermagem sofre influência dos princípios da Administração Científica inaugurada por Taylor no final do Século XIX, especialmente quanto as questões relacionadas à gerência, e congrega princípios de controle, disciplina e racionalização do trabalho por meio da ênfase nas tarefas, na estrutura hierárquica e na produtividade. Nesse período, as questões de criticidade, reflexão, questionamentos são desconsideradas em prol do crescimento das organizações (FELLI; PEDUZZI, 2011).

O sistema Nightingale chega aos Estados Unidos entre os anos de 1873 e 1875, por meio de um grupo de senhoras que atuavam como voluntárias durante a Guerra Civil americana. Essa referência histórica é necessária porque, a partir da década de 20, do século seguinte, a estrutura sanitária americana passa a influenciar a brasileira, por meio da Fundação Rockefeller, essa realizava a assistência técnica e financeira ao Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), órgão responsável pela criação em 1923 da primeira escola de Enfermagem no Brasil (FORMIGA; GERMANO, 2005).

O desenvolvimento das ciências biológicas, no Século XIX, que permeou os paradigmas que explicavam a saúde e a doença, produziu mudanças significativas nos hospitais com a introdução da antissepsia e a renovação da enfermagem, que como já vislumbrado, adquiriu foros de profissão, graças à contribuição de Florence. Os efeitos do capitalismo repercutem e os custos crescentes dos serviços hospitalares, para onde foram levados os equipamentos que a nova tecnologia médica exige, fazem do hospital um estabelecimento onde cada unidade monetária investida precisa ser transformada em serviço, isto é, em produto (ORNELHAS, 1998).

Finalmente, os hospitais começam a ser caracterizados como espaços ideais para o tratamento de condições mórbidas e as doenças começam a ser compreendidas como o resultado de lesões orgânicas (BORBA; LISBOA, 2006; BRAGA-NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008). A partir de 1945, os países ocidentais experimentam um novo protótipo de desenvolvimento econômico e social. A medicina hospitalar e os grandes estabelecimentos

hospitalares no pós-guerra começam a suscitar preocupações no que tange às dificuldades financeiras e à necessidade de se colocar em prática uma gestão condizente com uma organização hospitalar, caracterizada e projetada em edifícios arrojados, com grande número de leitos, e com um amplo e diversificado corpo de especialistas, concentrando também o mais atualizado e completo número de equipamentos. O hospital passa a exercer um papel destacado no processo de atenção e os sistemas de saúde passam a ser reconhecidos como hospitalocêntricos (GIOVANELLA et al., 2012).

Caracterizados por prevalecer à hegemonia das práticas hospitalares e curativas embasadas em um modelo biomédico em detrimento de práticas extra-hospitalares, em especial da Atenção Básica, o hospital nessa época acarretou crescimento incessante dos custos assistenciais, o que ocasionou preocupações financeiras (MELO et al., 2013).

Os hospitais passam a concentrar o capital, sob a forma de novos equipamentos, os quais tinham como princípios gerar serviços, produtos e valores, e nesses ambientes não cabia mais os crônicos e incuráveis, pois não significam um retorno do capital investido. Cada leito hospitalar, com o auxílio das novas tecnologias, constituía um meio de produção e para tanto necessitava ser um espaço dinâmico e produtivo, não um asilo, ou um local para guardar doentes como até então era considerado (ORNELHAS, 1998).

Outro fator importante que se modificou no hospital foi a questão da ciência e da técnica. Com o aprimoramento dos estudos, descobriu-se que as doenças infecciosas tinham uma causa, um agente e que sua terapêutica e prevenção não necessitava necessariamente e exclusivamente do hospital. Assim, o lugar das pessoas doentes não era somente o hospital, mas, sim, a sociedade, a família, a comunidade. O hospital deveria ser um recurso especializado e temporário (ORNELHAS, 1998).

Adquire uma nova dimensão, ou seja, do mesmo modo que era considerado recolhimento e abrigo na Idade Média e lugar de exclusão de categorias indesejáveis do Século XVIII, agora o hospital é considerado um espaço onde a clínica se organiza e se instala, assumindo uma prática médica de produção capitalista com uma nova função de utilidade, de local de produção de serviços, de realização de lucros e mais valia em que os serviços médicos tornaram-se produtos e adquirem um valor de mercado. A função social do hospital vai sendo delegada a outras instâncias da sociedade. As famílias e comunidades passam a ser cobradas quanto a sua participação no cuidado das pessoas, atribuindo a elas tarefas antes realizadas somente por profissionais especializados localizados no interior do espaço hospitalar (ORNELHAS, 1998).

A tarefa de descrever a origem do hospital que conhecemos atualmente requer uma análise histórica das condições políticas, econômicas e culturais da estrutura social, dos sistemas de valores de cada época, da organização da cidade, em relação às condições e necessidades da população.

Nem tudo que foi chamado de hospital corresponde ao que conhecemos atualmente. A constituição do espaço hospitalar é o resultado de um movimento de toda a sociedade, movimento para o qual convergiram atores e práticas sociais articuladas à prática médica, entre elas a enfermagem (FOUCAULT, 2011).

Percebe-se que a Biologia e a Medicina caminharam e se desenvolveram juntas ao longo da história e essa questão está entre as razões de ainda existir o modelo biomédico. Nesse sentido, cabe compreender como surgiu e que influência esse modelo teve na história. A concepção cartesiana que reduzia os organismos vivos a seus menores constituintes, firmada na biologia e aderida pela medicina, influenciou e deu origem ao modelo biomédico (MELO et al., 2013).

Além disso, foi por meio da anatomia que ocorreu o movimento de ruptura das maneiras de conceber o organismo humano, que antecedeu a ciência moderna. A partir disso, se formou uma nova racionalidade médica embasada na fisiologia. A vida humana deixou de ser o objeto central da prática médica e o ser humano passou a ser visto em suas diversas partes. Quando os hospitais passaram a ser organizados como espaço clínico de uma ciência, o cuidado era voltado às patologias e a visão do ser humano passou a ser fragmentada (KOIFMAN, 2001). Assim, com a utilização desse modelo, os médicos passaram a ver o corpo humano de forma separada e segmentada; além disso, todas as intervenções propostas necessitavam ser aprovadas pelos médicos, que detinham o poder hegemônico (MELO et al., 2013).

Esse modelo se caracteriza principalmente pelo biologicismo, fragmentação, tecnicismo e especialização e tem dominado o contexto hospitalar. Mesmo quando o profissional tem a intenção de observar o paciente como um todo unificado, sua intervenção retorna ao modelo reducionista, devido, principalmente, a sua formação acadêmica e ao domínio biomédico (MELO et al., 2013). Não há o que contestar sobre os avanços técnicos científicos que esse modelo ocasionou e contribuiu para a saúde e a área hospitalar, principalmente no controle de doenças como, por exemplo, as de natureza bacteriana, mas por outro lado, esse modelo não vem dando conta da totalidade de saúde do ser humano, tendo em vista as várias interações que ocorrem, levando em consideração não só o fator biológico, mas

também os componentes físicos, sociais, históricos e culturais da natureza do ser humano (MIRANDA et al., 2015).

Reitera-se que esses avanços contribuíram muito para a evolução e melhoria de procedimentos hospitalares, mas por outro lado a fragmentação do ser humano acabou afastando médico e paciente, assim como ocorre com a assistência em enfermagem e a relação do cuidado em que o aparato técnico e tecnológico tomou lugar de destaque no cuidar, havendo, portanto, um distanciando do cuidado expressivo. O resultado disso se reflete na insatisfação do paciente em razão da impessoalidade e pouca dedicação de tempo e preocupação integral tanto da medicina quanto da enfermagem no ambiente hospitalar (MELO et al., 2013).

Atualmente, busca-se a desfragmentação do ser humano no ambiente hospitalar e as prioridades de pesquisa na enfermagem estão pautadas e focadas não apenas nos processos mórbidos e no problema clínico, mas na visão integral do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2013). Nesse contexto, as pesquisas de satisfação na área da saúde auxiliam a conhecer e compreender a relação intra-hospitalar de médicos, enfermeiros e pacientes. Esse tipo de pesquisa começou a ser realizada na década de 1970, visando à adesão dos pacientes ao tratamento médico (HOLLANDA et al., 2012).

Estudar a satisfação do paciente está intimamente ligada ao aspecto histórico da origem dos hospitais, da medicina e da enfermagem e engloba compreender as relações interpessoais e o cuidado diante de um ambiente hospitalar repleto de raízes históricas que permeiam a ação dos profissionais na atualidade.

A enfermagem, assim como a medicina, é considerada profissão essencial a qualquer sistema de saúde que pressupõe atendimento de qualidade e necessita estar alicerçada em um processo de trabalho moderno (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012). Nesse sentido, o modelo biopsicossocial, diferente do biomédico, abarca a visão integral do ser e do adoecer, compreendendo as dimensões física, psicológica e social (MARCO, 2006). Assim, procura-se, atualmente, compreender o comportamento humano, seja em situações de saúde ou de doença, e sua influência no contexto cultural, social e histórico, e a aproximação com outras ciências, tais como, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a história, entre outras (MIRANDA et al., 2015).

3.2 AS ORIGENS DO HOSPITAL NO BRASIL E A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM

O primeiro hospital do Brasil foi a Santa Casa da Misericórdia de Santos, inaugurada em 1543. A construção iniciou em 1542, por Braz Cubas, líder do povoado do porto de São Vicente, posteriormente Vila de Santos, com o auxílio dos moradores da região. A data da fundação desse hospital foi em primeiro de janeiro e ficou conhecida como o dia de todos os santos, um dos motivos pelo qual o hospital recebeu o nome de Hospital de Todos os Santos e para homenagear o maior hospital de Lisboa, em Portugal. A administração e a assistência eram responsabilidade da Confraria da Misericórdia, confirmada por D. João III em Almerim, em 1551 (BRASIL, 1965).

Os atendimentos prestados pelo Hospital de Todos os Santos eram destinados aos colonos, nativos e escravos. Também eram atendidos nobres do Império Português e do Brasil Imperial, tradicionais monarquistas e republicanos, até mesmo os patrões, os operários, os empregados e desempregados. A prática e o ensino da Medicina era comum nesse hospital e perdurou até a fundação da primeira faculdade de Medicina do país (BRASIL, 1965).

A Confraria da Misericórdia de São Paulo dos Campos de Piratininga foi criada em 1560, alojada inicialmente no pátio de um colégio, até ser inaugurado na Vila Buarque, em 1884, o Hospital Central, localizado nesse mesmo local até os dias atuais. No Rio de Janeiro, a Santa Casa de Misericórdia foi instalada pelo Padre José de Anchieta para socorrer tripulantes, em 1582, com escorbuto a bordo. Esses locais eram insalubres e as condições de infraestrutura e cuidado eram extremamente precárias; a medicina prevalecia e a enfermagem era destacada e atrelada aos serviços domésticos (BRASIL, 1965).

A assistência hospitalar à população brasileira era oferecida basicamente pelas Santas Casas e pela filantropia em geral. Em 1829, foi criada a Imperial Academia de Medicina, considerada um órgão consultivo do imperador D. Pedro I, e que se referia a atividades ligadas à saúde pública nacional. Nessa época, também surgiu a Junta de Higiene Pública, mas essa não apresentou eficácia no cuidado da saúde da população. Os hospitais militares surgiram no Século XVIII e somente ofereciam assistência aos componentes das tropas. Esses hospitais ocuparam os locais onde ficavam os jesuítas que recém tinham sido expulsos do país (MORAES, 2005).

O problema principal no que tange à saúde brasileira até o final do Século XIX eram as pestes, principalmente a varíola e a febre amarela. Além disso, a organização dos serviços era muito precária e os conhecimentos científicos embasados em concepções miasmáticas das doenças. A questão da proteção das doenças era de responsabilidade das autoridades locais responsáveis pelas medidas contra a sujeira das ruas e casas. Os pobres eram assistidos em instituições filantrópicas, ligadas à igreja católica ou em locais de colonização de imigrantes;

o restante da população procurava atendimento médico particular ou outros profissionais como os barbeiros, curandeiros, parteiros e curiosos (MORAES, 2005).

Em meados do Século XIX, os surtos epidêmicos se ampliavam, principalmente com as epidemias de cólera e febre amarela e o Império brasileiro encontrava-se desprovido para o atendimento da demanda de pessoas com enfermidades; dessa forma, os hospitais filantrópicos ficavam repletos de pacientes. Foi somente em 1850 que o estado imperial inaugurou os primeiros hospitais de isolamento e enfermarias destinadas a segregar enfermos das epidemias da corte. Assim, a assistência médica e de enfermagem à população era quase inexistente, principalmente em relação aos hospitais (MORAES, 2005).

A população do Rio de Janeiro, por exemplo, no final do Século XIX contava com poucos estabelecimentos gratuitos e com muitas casas de saúde com fins lucrativos. Entre o final do Século XIX e início do Século XX, essas casas se multiplicaram e novos hospitais eram criados e relacionados às colônias de imigrantes, mas a carência dessas instituições perdurava. Foi somente em 1920, com a criação do DNSP, que houve a implantação da iniciativa pública sobre os problemas sanitários e de saúde. Esse departamento teve como característica ser uma das primeiras iniciativas de saúde do estado brasileiro de âmbito nacional (MORAES, 2005; OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

Nesse contexto, cabe destacar que a história da Enfermagem brasileira teve início com a colonização do país e a vinda da família real. Nesse sentido, para contar e explicitar a história hospitalar brasileira, a enfermagem também necessita ser descrita (GEOVANINI et al., 2010). O trabalho da enfermagem no Brasil, como prática social inserida no mundo do trabalho e na atenção à saúde, é marcado por determinantes históricos, sociais, econômicos e políticos inerentes ao desenvolvimento da profissão, influenciado pela história hospitalar e banalização do percurso evolutivo do conhecimento da Humanidade (FELLI; PEDUZZI, 2011).

Foi durante a Primeira Guerra mundial, em meio à relação das lutas sociais e os graves problemas de saúde enfrentados pela população urbana, que houve a intensificação do processo de urbanização. A educação e a saúde começaram a fazer parte das políticas públicas do Estado, por meio de discursos, faltando a questão prática sistemática em benefício da população (OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

Cabe destacar que as doenças começaram a aparecer diante das condições precárias de vida da população e as epidemias ganhavam cada vez mais força. Assim, o Estado foi obrigado a iniciar intervenções. Nos primeiros anos da República, inúmeras instituições foram criadas para combater as epidemias e tentar estabelecer as medidas sanitárias no país.

Algumas doenças passam a ser de notificação compulsória como a febre amarela, cólera, peste e sarampo, já a febre tifóide e a tuberculose apesar dos altos índices de mortalidade, eram de notificação facultativa (OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

As práticas sanitárias eram assessoradas pela Fundação Rockefeller sob a orientação de enfermeiras norte-americanas. A proximidade das relações do Brasil com os Estados Unidos possibilitou um acordo com o diretor do DNSP, Dr. Carlos Chagas. Por meio desse acordo, foi organizada a primeira escola de enfermagem do Brasil, a Escola de Enfermagem Ana Nery, subordinada ao DNSP com apoio da Fundação Rockefeller; adaptada ao modelo Nigthingaleano da Escola Inglesa, fundada por Florence (OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

O momento histórico considerado de maior tensão no país foi relacionado à imposição do médico Oswaldo Cruz ao Congresso Nacional para a aprovação de uma lei, em 1916, que tornava obrigatória a vacinação contra a varíola. A violência pelas autoridades foi intensa e como consequência, ocorreu a Revolta da Vacina. Sua repercussão exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a população, organizando melhor as ações de saúde coletiva. Dois anos mais tarde, em 1918, a gripe espanhola assolou o mundo todo; no Brasil, muitos políticos e médicos abandonaram os grandes centros urbanos, e deixaram a população sem nenhum tipo de atendimento, período em que foi notificado mais de meio milhão de mortes ocasionadas pela gripe (PAIM et al., 2011).

A escola Anna Nery foi institucionalizada em 1923 com foco no sanitarismo campanhista, momento em que tanto da profissão da enfermagem como da medicina era marcada pelo combate às epidemias. Esse modelo perdurou até a década de 40 (GEOVANINI et al., 2010). Apesar disso, a consolidação dessa escola se efetiva somente em 1949, com a Lei nº 775, resultado das pressões profissionais que tiveram o intermédio da Associação Brasileira de Enfermeiras Diplomadas. Contraditoriamente, o modelo reproduzia o currículo norte-americano, direcionado para o trabalho de enfermagem em instituições hospitalares, atendendo à medicina curativa e hospitalar (GEOVANINI et al., 2010; OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

A partir da década de 1920, com a criação do DNSP, a assistência hospitalar iniciava sua relação com as políticas de Previdência Social. Foi em meados do ano de 1923 que surgiu a primeira modalidade de seguro para trabalhadores do setor privado, após a aprovação da lei de Elói Chaves. Tratava-se das Caixas de Aposentadoria e Pensão, as CAPs, financiadas pela União, empregados e empregadores. Tinham como função a prestação de benefícios do tipo pensões e aposentadorias, assim como a assistência médica para os seus afiliados e

dependentes (OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014), porém apresentavam serviços irregulares, possibilitando pouca cobertura aos doentes mais graves.

Em 1930, a força de trabalho qualificada e com saúde se inicia diante da reorganização econômica e política que foi o marco para a evolução dos cursos de Enfermagem moderna no país, momento histórico conhecido como a Era Vargas. O desenvolvimento somente foi acionado na década de 1940, com a industrialização e a modernização dos hospitais. Em relação às normas legais para o exercício do ensino de enfermagem, essas tiveram início em 1931, período em que a enfermagem profissional tentava se inserir nos hospitais que permaneciam com práticas realizadas por religiosas (OLIVEIRA; LIMA; BALUTTA, 2014).

O ensino, tanto da medicina quanto da enfermagem, passou a integrar a área sanitária. Com isto, foi formado o Ministério da Educação e da Saúde Pública. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) (PAULUS; CORDONI, 2006). Um fato importante, concomitante à saúde no Brasil, se refere à Constituição Federal de 1934, que proporcionou garantias aos empregados, tais como assistência médica, licença remunerada à gestante trabalhadora, jornada de trabalho de oito horas e mais tarde, o salário mínimo. Em 1943, ocorreu o estabelecimento da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) (CAMPOS, 2013).

A era Vargas foi de importância singular para a população trabalhadora, e para o desenvolvimento de estudos sistematizados e institucionalizados, como foi o caso da enfermagem. Durante esse governo, ocorreu uma nítida diminuição das mortes por doenças epidêmicas, porém ocorreu aumento da proliferação das chamadas doenças de massa e apesar da expansão da cobertura médico-hospitalar, o Brasil permanecia como um dos países mais enfermos do continente (CAMPOS, 2013).

Em 1946, o governo do presidente Eurico Gaspar Dutra estabeleceu como uma de suas prioridades, a organização dos serviços públicos nacionais. Na década de 50, o Ministério da Saúde (MS) é criado e, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com o objetivo de realizar serviços de investigação sobre as doenças parasitárias que ainda eram presentes no país, dentre elas, a malária. Nessa época, apenas os trabalhadores que possuíam carteira assinada tinham acesso aos serviços de saúde (BONINI et al., 2015).

Cabe destacar ainda que o surgimento dos grandes hospitais públicos no Brasil ocorreu durante as décadas de 1940 e 1950, destacando-se com o Hospital dos Servidores do Estado no Rio de Janeiro em 1947, considerado o hospital mais moderno da América Latina. Foram fundados o Hospital da Lagoa, também no Rio de Janeiro, o Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo em 1944, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de

Minas Gerais, em 1955 e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Paraná, em 1961 (GIOVANELLA et al., 2012).

Em 1960, surgem leis que unificam os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos. Ocorre uma expansão da assistência hospitalar e o surgimento de empresas de saúde. Além disso, evidenciam-se as doenças modernas, por exemplo, as doenças crônicas degenerativas e os acidentes de trabalho e de trânsito (PAIM et al., 2011).

Durante a ditadura militar o governo estava mais interessado na segurança e a saúde ficou em segundo plano. Nessa época o MS, que deveria estar à disposição de toda a população, ainda priorizava o individual. Em 1966, devido à centralização da previdência social, foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ocorrendo a unificação de todos os órgãos previdenciários que funcionavam desde 1930. O INPS ficou subordinado ao Ministério do Trabalho. Além disso, também ocorreu a privatização da assistência médica e capitalização do setor da saúde (PAIM et al., 2011).

O Estado continuava sendo o único responsável pelas atividades destinadas à assistência médica, aposentadoria e pensões destinadas aos familiares dos trabalhadores. Nesse período, os trabalhadores rurais também foram incluídos. Todo o serviço ofertado, porém, ainda era descontado mensalmente do salário do trabalhador, ou seja, a oferta de atenção à saúde só existia para quem podia pagar, havendo uma intensa capitalização da medicina pela previdência social (PAIM et al., 2011).

Na segunda metade da década de 70, inicia-se a abertura política e o pensamento crítico e reflexivo sobre a realidade educacional da época. Observa-se que durante os governos militares houve graves consequências para a população como, por exemplo, o aumento da mortalidade e morbidade por doenças preveníveis e degenerativas e a pauperização da classe trabalhadora. A enfermagem, nesse período, é centrada em instrumentos e métodos para avaliar a produtividade do trabalho; suas ações assistenciais se embasam em relações mecânicas de custo/benefício, levando em consideração os interesses institucionais comprometidos com o setor privado e a burocracia do Estado (RIBEIRO, 2010).

Toda a história brasileira relacionada à origem dos hospitais e sua forma de organização esteve ligada à política e economia do país e do mundo,. Em 1973, ocorreu em Ottawa, no Canadá, a Conferência Panamericana sobre Planejamento de Recursos Humanos em Saúde (RHS), momento em que foram identificados inúmeros problemas, entre eles a questão da centralidade no profissional médico e o desenvolvimento limitado das outras categorias profissionais, além da formação especializada, centrada no âmbito hospitalar e em

tecnologias sofisticadas, e a desvinculação dos problemas da população devido à mercantilização da saúde (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Importante fato histórico se refere à criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), em 1974, pois a assistência médica individualizada passou a ser ainda mais dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços, estimulando a continuação do desenvolvimento das atividades hospitalares privadas (PAULUS; CORDONI, 2006). No mesmo ano, surge o Plano de Pronta Ação (PPA) e o Fundo de apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), ambos criados para suprir a demanda curativa e centralizada, já que a predominância de doenças modernas continua e doenças infecciosas e parasitárias predominam nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste (PAIM et al., 2011).

A reforma no setor saúde iniciou, na década de 1970, timidamente e estruturou-se durante a luta pela redemocratização. Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde com a intenção de tornar mais eficaz e com custo menor as ações de saúde. Um ano depois, foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), ambos considerados um marco para o início do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), para a luta contra a ditadura militar e preconização de um novo modelo assistencial que destacava a importância da assistência primária de saúde (PAULUS; CORDONI, 2006), vislumbrando a saúde não somente relacionada ao biologicismo, mas também preocupada com as questões sociais e políticas do país (PAIM et al., 2011).

No ano de 1977, o governo cria o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), aglomerando várias outras instituições como, por exemplo, o INPS. No mesmo ano, o MS já direcionava as suas ações em esferas municipais com o intuito de formar uma rede básica de saúde voltada para a atenção primária (PAULUS; CORDONI, 2006).

Os gastos em saúde durante os anos 1960 e 1970 evoluíram, passando a consumir parcelas crescentes do Produto Interno Bruto (PIB) e o contexto econômico mais difícil do final da década de 1970 apontava para uma desaceleração dos gastos em saúde e uma reorientação das políticas de saúde. Além disso, a crítica ao modelo hospitalocêntrico ganhava mais vigor com a declaração final da Conferência Internacional de Atenção Primária, em Alma-Ata, em 1978, e com o lançamento da estratégia “Saúde para todos nos anos 2000”, em âmbito mundial (GIOVANELLA et al., 2012).

Essa estratégia reafirmava a saúde como direito de todos e sustentava a universalização do acesso à saúde por meio da Atenção Primária que começava a ser defendida como a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde. A reorganização dos

hospitais também foi impulsionada pelo ponto de vista demográfico e epidemiológico, com o progressivo aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento populacional, e com a prevalência e aumento das doenças-crônicas degenerativas. Essas questões suscitaram o fortalecimento de um novo modelo em que as ações na assistência hospitalar deveriam ser diminuídas, privilegiando as ações de promoção, proteção da saúde e recuperação de doenças, visando não somente a cura, como era antes no âmbito hospitalar, mas o acompanhamento contínuo e com qualidade (GIOVANELLA et al., 2012).

Em maio de 1978, a atenção primária à saúde torna-se prioridade dos municípios, deixando os casos mais complexos para a União e os Estados (PAULUS; CORDONI, 2006). Em relação à enfermagem, com a redemocratização do Brasil, a partir dos anos 80, emergiu entre os enfermeiros, por meio da Comissão de Educação da Associação brasileira de Enfermeiros (ABEn) Nacional, novas propostas para o ensino de Enfermagem no país. Começa a ocorrer uma mudança da enfermagem que começa a ser visualizada como prática social articulada a outras práticas sociais, políticas e ideológicas (FORMIGA; GERMANO, 2005).

Nesse período histórico, iniciam-se fortemente ações em prol da reforma do sistema de saúde e, em meados dos anos 1982, as Ações Integradas em Saúde (AIS) foram criadas, objetivando a universalização de acesso da população aos serviços de saúde. Em 1986 ocorre a VIII Conferência Nacional de Saúde, propondo mudanças embasadas no direito universal à saúde. A proposta era envolver a participação da sociedade e a descentralização dos serviços assistenciais (PAIM et al., 2011).

Essa Conferência já se preocupava com a importância da municipalização como forma de executar a descentralização, servindo de base para a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema vigente de saúde até então se constituía na mercantilização do direito à saúde sob o comando da previdência social, composta por uma rede assistencial e contribuições trabalhistas (RIBEIRO et al., 2010). Os hospitais altamente especializados e com tecnologias caras não estavam ao alcance de todos os cidadãos, que permaneciam sem direito à atenção à saúde (BAPTISTA, 2005), enquanto a função do Estado era manter ações de saúde pública de caráter coletivo para prevenção de doenças infecto contagiosas e auxílio a algumas patologias (PAULUS; CORDONI, 2006).

Após a referida Conferência, no ano de 1988, ocorre a reconfiguração das políticas públicas para saúde no Brasil, tendo a carta magna como regente dos princípios institucionais do Estado para com a saúde. Em 1990, como decorrência dos princípios contidos na Constituição, é criado o SUS, objetivando alterar o cenário de desigualdade à saúde da

população brasileira, tornando obrigatório o atendimento público a todo cidadão (PAIM et al., 2011).

Como já mencionado, a assistência à saúde sempre ocorreu vinculada à economia e política do país. Dessa forma, faz-se importante observar que a implementação do SUS começou no mesmo ano da posse de Fernando Collor de Mello, o primeiro presidente eleito por voto popular desde a ditadura militar, em 1990; o qual não se comprometeu com a reforma sanitária. Mesmo assim, no mesmo ano, foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que especificava as atribuições e a organização do SUS. O projeto da reforma sanitária foi retomado em 1992, com o processo de descentralização e lançamento do Programa de Saúde da Família (PSF) (PAIM et al., 2011).

Do período dos anos 90 em diante, ocorreu grande transformação do setor saúde no País. Avaliações no sistema de saúde começaram a ser realizadas de forma intensa e a preocupação com a qualidade do cuidado teve seu início, apesar de já existir desde o Século XX em países como nos Estados Unidos e Inglaterra (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Os índices de mortalidade declinam continuamente, o acesso ao sistema público foi ampliado, todas as pessoas agora tinham acesso à saúde e não somente os trabalhadores; assim, uma série de benefícios ocorreu no país. A estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurassem os hospitais (PAIM et al., 2011).

Nesse mesmo período, os Hospitais Universitários Federais (HUFs) começaram a se inserir na rede de saúde pública e passam a ser remunerados pelo MS. O SUS se expande, mas ainda com dificuldades em relação aos orçamentos vindos do governo federal. Até os dias atuais, ainda há problemas em relação a isso, pois apesar da descentralização, faltam médicos em determinadas regiões do país. Além disso, apesar de ter ocorrido melhorias, ainda há uma desarticulação entre a formação e a oferta de profissionais com as necessidades do sistema de saúde e direitos da população.

Ainda assim, encontra-se em gestão um novo hospital que agora tem como meta operar integrado a uma rede diversificada de serviços de saúde, voltada especificamente para o atendimento dos casos graves e específicos, que exigem cuidados intensivos (GIOVANELLA et al., 2012). Em contrapartida, ocorre o aumento acerca das responsabilidades com o sistema de saúde; há necessidade de dedicação para o desenvolvimento da educação permanente, a formação de profissionais especializados, ao treinamento em gestão em saúde e ainda a disposição de um espaço onde possa ocorrer o desenvolvimento de pesquisa e avaliação de novas tecnologias em saúde (ARAÚJO; LETA, 2014).

Estudo recente denuncia a necessidade em assumir que a saúde é um objeto científico-técnico que apresenta um conteúdo complexo e especializado, dominando a visão médico científico-profissional sobre a visão social abrangente. Atualmente, a mercantilização na saúde ainda vigora e a medicina se apresenta como um tópico de especialistas. A ideologia que está disseminada na sociedade sobre o que é “boa medicina” demonstra que é aquela que tem alta densidade tecnológica, que faz uso de medicações de ponta e oferece boa hospitalidade (LAURELL, 2016).

3.3 O HOSPITAL SOB A ÓTICA DO SUS E OS HOSPITAIS DE ENSINO

A avaliação da qualidade dos serviços ganha cada vez mais importância na área da saúde, destacando-se o hospital neste contexto, o qual concentra os maiores custos e a maior complexidade no cuidado prestado. Foi com o movimento brasileiro da Reforma Sanitária que houve a possibilidade da concretização de um serviço de saúde conduzido por princípios da universalidade, equidade e integralidade, cujas ações são direcionadas para a resolução das necessidades e determinantes do processo saúde-doença da população. Nessa perspectiva, como já referido, surgiu o SUS, oficializado na Constituição Federal de 1988 (BONFADA et al., 2012). Em relação ao SUS, a Lei nº 8.080/90, que o instituiu, em seu art. 45º apresenta:

Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde - SUS, mediante convênio, preservada a sua autonomia administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990, p. 21).

Assim, o hospital, sob a ótica do SUS, assume o desafio de estabelecer espaços para rediscutir as práticas, visando à orientação do pensar e do fazer a saúde, em relação à dicotomia cura/prevenção, um desafio considerado de estreita relação com a operacionalização da integralidade na realidade dos serviços de saúde (BONFADA et al., 2012).

Entre os diversos tipos de organização existentes, o hospital configura uma das que faz uso intensivo de dimensionamento de pessoal, capital, tecnologia e conhecimento, necessitando de profissionais competentes. Ao mesmo tempo, desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados e também na promoção, prevenção e proteção da saúde (GIOVANELLA et al., 2012).

Nesse contexto, historicamente, observa-se que os hospitais sofreram inúmeras transformações, que foram acompanhadas por mudanças organizacionais. Dentre elas, a atenção especial para a exigência da criação de hospitais próprios vinculados às escolas médicas, que surge como uma das recomendações do relatório Flexner em 1910, o qual apresentou amplo diagnóstico situacional das escolas e da educação médica nos Estados Unidos e Canadá (FLEXNER, 1910). A partir de então, um novo conceito de hospital é implementado, o de ensino (médico), que quando vinculado a uma universidade é também denominado Hospital Universitário (HU) (ARAÚJO; LETA, 2014).

A forte relação entre a fundação dos HUs e as demandas das escolas de medicina nos remete às origens históricas que estão por trás dessa ligação, fato descrito por Foucault (2011) na sua obra clássica *O nascimento da clínica*. As reformas que ocorreram nos hospitais no Século XVIII, levaram ao nascimento de um modelo de hospital que teve seu marco no binômio- assistência e ensino. O hospital, então, perdeu sua característica assistencial passando também a ser reconhecido como um local de formação, uma sala de aula prática (FOUCALT, 2011).

A literatura revela que os HUs brasileiros foram ponderados para exercer esta mesma atribuição, ou seja, um hospital para o ensino (ARAÚJO; LETA, 2014), mas foi apenas a partir da década de 1990 que os HUFs se inseriram na rede de saúde pública brasileira, sendo que a parceria entre o SUS e os HUS está prevista no artigo 45 da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Os HUs atualmente são considerados locais que prestam serviços à população concentrando a formação de pessoas e o desenvolvimento de tecnologias para a área da saúde. Além disso, organizam protocolos técnicos para as patologias e proporcionam programas de educação permanente, que permitem a atualização de todos os profissionais do sistema de saúde, não somente de médicos (BRASIL, 2012).

Esse entendimento sobre o HU reflete o processo de avaliação pelos quais esses vêm sendo submetidos, processo ainda incipiente, pois os HUs brasileiros são pouco investigados empiricamente, sobretudo quanto a sua estruturação e funcionamento (ARAÚJO; LETA, 2014). Para o MS, tal processo pode viabilizar metas, quantitativas e qualitativas, alusivas às atividades de ensino, pesquisa e assistência. O cumprimento dessas metas é acompanhado por um conselho, que reforça a tripla missão dos HUs no sistema de saúde local, com papel de formador de profissionais de saúde, desenvolvimento e avaliação de tecnologias (BRASIL, 2010).

Para melhor entendimento do funcionamento dos HUs faz-se necessário compreender os órgãos responsáveis pelas atividades que desempenham. Assim, realizar um breve

apanhado histórico fará com que o esclarecimento dessas questões sejam evidenciadas. O Ministério da Educação foi criado em 1930; nesse período, ainda era vinculado à saúde, esporte, meio ambiente e à cultura. Com a Lei n.º 378/37, o Ministério da Educação e Saúde (MES) é reorganizado, passando a contar com divisões específicas para as áreas da saúde e da educação (BRASIL, 2013).

O MS é criado com a Lei n.º 1.920/53 e o antigo MES passa a ser denominado MEC, Ministério da Educação e Cultura. A partir de então, cada ministério tem controle sob suas áreas de atuação, ou seja, o MEC, responsável pela educação do país e MS responsabilizado pela saúde (BRASIL, 2013).

Quando os HUs passaram a incluir a pesquisa em seus planos de atividades, o MEC passou a ser responsável por essas instituições. Nesse sentido, assim como a educação superior, o MEC tem responsabilidades sobre a fiscalização e financiamento desses locais considerados centro de ensino e pesquisa, e espaço voltado à formação profissional dos estudantes da área da saúde. Entretanto, como há o atendimento à população atendendo aos princípios do SUS, o MS também é responsável e compartilha as responsabilidades com o MEC (BRASIL, 2013).

Os HUs, portanto, são fiscalizados pelo MEC e MS em cada uma de suas atribuições (BRASIL, 2013). Apesar de todos os aspectos positivos que os HUs trouxeram para a saúde no Brasil, atualmente, passam por situações críticas, devido, principalmente, à falta de verbas federais que vem sucateando o sistema de saúde. Pesquisa documental denuncia que segundo o banco de dados Caixa Preta da Saúde, a maioria dos registros sobre assistência cirúrgica envolve a falta de acesso, em todas as regiões do país e o principal limitante de acesso se refere ao tempo de espera para cirurgias (TOSTES; COVRE; FERNANDES, 2016).

Os HUs já passaram por inúmeros problemas, com déficit orçamentário, déficit de atendimentos e déficit do quadro de pessoal (ANDREAZZI, 2013). Além disso, o termo conhecido como a “crise na saúde” ainda é comum na mídia devido a escassos investimentos e ao consumo ineficiente de recursos e, às vezes, até mesmo de desvios (MEDICE, 2011). Nesse sentido, por meio do Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, é criado o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), definindo diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos hospitais universitários federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desse programa é possibilitar condições para que os hospitais possam exercer plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e de assistência à saúde da população (BRASIL, 2010).

O órgão responsável por gerir o REHUF é a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pela Lei Federal nº 12.550 de dezembro de 2011, uma Fundação Estatal de Direito Privado (SODRÉ, 2013), instituída pelo Congresso Nacional por meio da Medida Provisória (MP) 520, estabelecendo que essa empresa tem como atividade “a prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade e ensino, integralmente no âmbito do SUS (ANDREAZZI, 2012).

Além disso, essa empresa é considerada órgão do MEC e passa a ser responsável pela reestruturação, não sendo de caráter obrigatório. Os HUs que aderirem à empresa, por meio de contrato, terão seu respaldo no sentido de modernizar a gestão dos HUs. Há poucos estudos sobre os HUs após implantação dessa empresa, pois a mesma é recente. Porém, acredita-se ser necessário estudos que evidenciem a qualidade e avaliação em saúde associada à satisfação dos pacientes atendidos nos diversos hospitais do país.

Nas últimas duas décadas, as organizações de saúde têm se preocupado com a garantia da qualidade, considerada uma questão ética, legal e também um direito social (PAIVA et al., 2010). Os pacientes também têm exigido maiores níveis de desempenho das instituições que os atendem (BONACIM; ARAUJO, 2011). Além da preocupação com a satisfação do paciente, observa a redução dos riscos inerentes à atenção à saúde a um mínimo aceitável (FOULKES, 2011) e implica no comprometimento de toda a organização com melhorias contínuas (PERTENCE; MELLEIROS, 2010).

3.4 PROCESSO DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA AO PACIENTE HOSPITALIZADO

Os primórdios do Processo de Enfermagem (PE) iniciaram no modelo ambiental de Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, ela é considerada uma idealizadora da prática de enfermagem científica, pois se preocupava com o ambiente onde o paciente estava inserido e enfatizava a necessidade de julgamentos embasados em observações (MCGUIRE, 1991). A partir da década de 1920 foi possível identificar uma produção científica que expressava a individualização do cuidado e seu embasamento teórico, inicia-se mundialmente as primeiras expressões do Processo de Enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009). Entretanto, foi apenas na metade do século XX, que o termo Processo de Enfermagem foi introduzido à linguagem profissional para designar seu processo de trabalho. No ano de 1961 definiu-se que o PE se referia a interação entre o comportamento do paciente, a reação da enfermeira e sua ação frente à situação (HORTA, 1979).

No ano de 1967 foi descrito pela primeira vez a estruturação do PE em diferentes fases, sendo essas definidas em quatro: coleta de dados, planejamento, intervenção e avaliação (YURA; WALSH, 1967). A etapa diagnóstica foi incluída, apenas, em 1973 (GARCIA; NÓBREGA, 2009b).

No Brasil, o emprego do Processo de Enfermagem (PE) foi incentivado por Wanda de Aguiar Horta, na década de 1970, em São Paulo, que trouxe como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), subsidiada nos pressupostos de Maslow e Mohana. A Teoria das NHB classifica as necessidades humanas em psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais. Essas necessidades obedecem a uma hierarquia, ou seja, níveis de valores a serem ultrapassados, onde, no momento em que o indivíduo realiza uma necessidade, surgem outras em seu lugar, exigindo sempre que as pessoas busquem meios para satisfazê-las. A Teoria das NHB é um dos aportes teóricos que serve de base, de sustentação ao PE (HORTA, 1979).

Horta (1979) define o PE como a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência integral ao ser humano, caracterizando-se pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

Segundo o Conselho Federal de Enfermagem, o PE é atribuição privativa do enfermeiro sendo um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional. É composto pelas seguintes fases e/ou etapas: histórico de enfermagem que compreende a anamnese e o exame físico; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem (COFEN, 2009).

Conforme a Resolução COFEN 358/2009, estas etapas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes. A anamnese e o exame físico, compõem a primeira etapa do PE e representam uma fase essencial para o cuidado, uma vez que permitem ao enfermeiro realizar o diagnóstico e planejar as ações de enfermagem, acompanhar e avaliar a evolução do paciente, sendo que para realizar a anamnese e exame físico utiliza-se os conhecimentos de semiologia e semiotécnica em enfermagem (CARVALHO et al., 2017).

Apesar de atualmente as etapas do PE estarem passando por um processo de reclassificação, com a primeira etapa e última recebendo uma nova classificação, essas adaptações ainda não são utilizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem, elas estão sendo utilizadas por Moyet-Carpenito (2013) e por Smeltzer e Bare (2016). Assim, nessa readaptação o histórico de enfermagem é conhecido como avaliação e a última fase, a avaliação, é reconhecida como reavaliação. Porém, reitera-se que aplicando o PE no contexto

brasileiro, a maioria dos enfermeiros ainda segue a definição das etapas conforme a resolução 358/2009.

Ainda, destaca-se a utilização de diversos sistemas de classificações em enfermagem, entre eles: a taxonomia da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) para determinar os diagnósticos de enfermagem; a Nursing Interventions Classification (NIC) para definir as diversas intervenções e a Nursing Outcomes Classification (NOC), para esclarecer os resultados;

Assim, a resolução COFEN nº 358/2009 define que a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumental, tornando possível a operacionalização do PE, um instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional (COFEN, 2009).

É estabelecido pelo COFEN no art. 1 que “o processo de enfermagem deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem”, tais como: instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadora de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, dentre outros (COFEN, 2009). Do mesmo modo, a SAE contribui para organizar o cuidado, viabilizando e operacionalizando o PE e, desta forma, dando visibilidade à contribuição da enfermagem no âmbito da atenção a saúde, em qualquer ambiente onde a prática profissional ocorra.

Dessa forma, para uma avaliação clínica apropriada, o enfermeiro deve sistematizar o cuidado e aplicar o PE. Durante a aplicação desse é possível a avaliação clínica do enfermeiro em todas as etapas, sem aplicar o PE a avaliação clínica acaba comprometida e incompleta, portanto é primordial que o PE seja instituído. Enfermeiros lidam com incertezas, ainda que nem sempre estejam conscientes disso. Assim, a dimensão relacional da assistência se faz essencial para um atendimento eficaz e o desenvolvimento do PE. Avaliar clinicamente para tomar decisões e julgamentos apropriados requer, muitas vezes, a articulação de áreas diversas do conhecimento que tangenciam a racionalidade humana. Avaliar dados objetivos do corpo/sujeito por natureza subjetiva, não é, em geral, uma tarefa fácil (MOREIRA et al., 2015).

Assim, se faz necessários estudos e processos de validação contínuos, com apreciações de cunho qualitativo e quantitativo o que requer comprometimento da equipe engajada em prol da confecção, utilização e validação de instrumentos e modelos. Esses devem ser sempre atualizados, para que o enfermeiro consiga traduzir a realidade e necessidades do paciente,

para não perder a credibilidade e confiança (KVAEL et al., 2018). Portanto, a atualização constante do planejamento da assistência é imprescindível durante seu desenvolvimento, permitindo que, após a execução das ações, resolução ou modificação dos problemas e avaliação dos resultados, o plano assistencial seja reestruturado e readequado.

Portanto, a utilização do PE deve considerar as individualidades e aspectos subjetivos, contribuindo oficialmente para os registros de enfermagem e propiciando o melhor gerenciamento da assistência de enfermagem. Com a implementação e aplicação do PE é possível conferir ao profissional segurança e autonomia para a tomada de decisão necessária (MOREIRA et al., 2015).

Nesse contexto, o PE além de ser uma metodologia sistemática e resolutiva que auxilia a enfermeira em suas ações de cuidado e gerenciamento, pode auxiliar na satisfação do paciente, porque ele aproxima enfermeira e paciente. Para o seu desenvolvimento, a proximidade e o diálogo com o paciente são inevitáveis, ele também qualifica a assistência de enfermagem, ao focar a integralidade e a individualidade, com o desenvolvimento de planos embasados cientificamente, além de dinâmicos, direcionados e interativos. O PE também propicia o acompanhamento constante, a avaliação e a reestruturação das ações de cuidado, promovendo de forma ininterrupta a interação entre os profissionais de saúde e pacientes no planejamento e execução das ações.

A enfermeira necessita implementar e colocar em prática esse método que a possibilitará executar suas atividades de forma organizada e com cientificidade para atingir os seus propósitos (MOREIRA et al., 2015). Desse modo, por representar uma sistemática documentada da projeção e aplicação do atendimento de enfermagem, o PE é uma estratégia para a maior visibilidade das atividades desenvolvidas e maior ênfase para a relevância e pertinência das ações de enfermagem, podendo repercutir na qualidade da assistência e em consequência na satisfação do paciente com os serviços de enfermagem.

3.5 QUALIDADE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

A qualidade em saúde refere-se a um processo dinâmico, de atividade exaustiva, sendo de caráter ininterrupto e permanente que procura identificar falhas nas rotinas e procedimentos, os quais necessitam de revisão periódica, além de atualização e difusão, com participação da direção do hospital até a de seus funcionários mais básicos como, por exemplo, auxiliares e técnicos (NOVAES; PAGANINI, 1994). Atualmente, definir níveis de

qualidade nos serviços de saúde é considerado uma complexidade ímpar, devido à peculiaridade de cada instituição a ser avaliada (PENA; MELHEIROS, 2012).

O termo qualidade é bastante pesquisado em diversas áreas e teve seu início na linha de produção com a aplicação de critérios estatísticos no Japão. Atualmente, observa-se que a busca pela qualidade está inserida não somente no setor industrial, mas também nas instituições de saúde na prestação de serviços (ROCHA et al., 2013). Em relação ao gerenciamento nas instituições de saúde, a qualidade possui sentido vasto e é utilizada para estruturar os serviços de forma sistemática (BONACIM; ARAUJO, 2011).

A qualidade nos hospitais já está em pauta desde a metade do século XIX, por meio do trabalho de Florence em âmbito hospitalar, durante a guerra da Criméia e pelo médico Donabedian, quando se desenvolveu de forma conceitual e metodológica (SERAPONI, 2009). Alguns fatos contribuíram para que esta questão alcançasse as proporções de hoje, especialmente as relacionadas aos custos de assistência médica e as tecnologias com a utilização de equipamentos que substituem o cuidado, tornando o atendimento distante do paciente (BONACIM; ARAUJO, 2011).

Estudos em âmbito nacional e internacional apontam que as novas tecnologias no cuidado à saúde apresentam aumento significativo quanto aos custos do setor saúde e as expectativas da comunidade em geral relacionadas aos serviços ofertados. Entretanto, nesses estudos houve o apontamento de falhas na qualidade e segurança da assistência, ocorrendo eventos indesejados que prejudicam a imagem das organizações de saúde como, por exemplo, os erros de medicação (SILVA et al., 2011; WACHTER; PRONOVOST; SHEKELLE, 2013).

Esforços têm sido observados para a concretude da melhoria em relação à eficiência e eficácia da qualidade dos serviços de saúde hospitalares em âmbito mundial, com o desenvolvimento de pesquisas de avaliação da qualidade da assistência e oferta de estratégias para que os problemas apresentados na qualidade e segurança hospitalar possam ser amenizados ou até mesmo, dizimados (AIKEN et al., 2012). Assim, estudos sobre a qualidade da avaliação em saúde na perspectiva da satisfação do paciente têm sido conduzidos (LYU et al., 2013; INCHAUSTE; MOURA, 2015), pois a satisfação do paciente é importante em sua essência e, além disso, tem sido sugerida como indicador de qualidade do cuidado em países desenvolvidos (STONE et al., 2014; LLOYD et al., 2014).

Estudos apontam que a qualidade de serviço em saúde está diretamente relacionada com a satisfação do paciente (CHANG; CHEN; LAN, 2013; BEATTIE et al., 2014; INCHAUSTE; MOURA, 2015; GOODMAN et al., 2016). Nesse sentido, a qualidade em saúde hospitalar passa por avaliações com o propósito de ser certificada e mensurada.

Impulsionada pela alta demanda de financiadores, profissionais e do público, vem crescendo e ganhando importância na área da saúde internacionalmente (BEATTIE et al., 2014). Porém, em nível nacional, a avaliação da qualidade dos serviços na área hospitalar ainda é precária e pouco estudada. Ainda são escassas as pesquisas que retratam essa temática (INCHAUSPE; MOURA, 2015), havendo a necessidade de maior ênfase e estímulo, pois a qualidade de serviço em saúde está diretamente relacionada à melhoria do cuidado (BLEUSTEIN et al., 2014).

Estudo realizado em 37 hospitais em Minas Gerais evidenciou que a identificação de “Não Conformidades”, ou seja, atividades que fogem do ideal de atendimento como, por exemplo, a ausência de um plano seguro multiprofissional de aplicação medicamentosa; ausência de controle de eventos assistenciais, com definição de ações de prevenção e controle de danos; ausência de comissão de ética em enfermagem; ausência de registro de responsabilidade técnica; entre outros, é um sinal de alerta para que os profissionais de saúde, não somente enfermeiros discutam as causas e elaborem estratégias para promover a melhoria contínua do ambiente, das etapas envolvidas na prestação dos serviços e dos critérios de avaliação da qualidade com os indicadores de saúde e a satisfação dos pacientes (COUTO-RIBEIRO et al., 2014).

Reitera-se que na Enfermagem, a precursora da avaliação da qualidade e segurança do cuidado foi Florence Nightingale, por meio de seu trabalho em âmbito hospitalar durante a guerra da Criméia. Evidenciando a precariedade das condições sanitárias da época, Florence mostrou estatisticamente o índice de mortalidade dos soldados relacionado às condições estruturais do hospital e não apenas aos ferimentos ocasionados pela guerra (FEE; GAROFALO, 2010).

Porém, foi somente por meio do apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) a partir dos estudos de um médico conhecido como Donabedian, com a introdução de um modelo estrutura-processo-resultado, que a avaliação da qualidade do atendimento em saúde se difundiu para muitos países e se desenvolveu de forma conceitual e metodológica (SERAPIONI, 2009). Em relação a esse modelo, a estrutura se refere ao ambiente onde os serviços de saúde são prestados; o processo, às etapas envolvidas na prestação desses serviços, e os resultados são medidos por critérios como os indicadores de saúde e a satisfação dos pacientes (AWA et al., 2014).

Para Donabedian (1990) o conceito de qualidade em saúde envolve diversos componentes, que podem ser reunidos em sete grupos, chamados sete pilares da qualidade, ou seja, a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A

eficácia se refere à capacidade da ciência e da arte do cuidado médico em oferecer o melhor sob as condições mais favoráveis. A importância da definição de eficácia fica mais clara quando se discute a efetividade, porque ela se refere à melhora alcançada, ou que se espera que seja alcançada, em condições reais da prática diária em relação ao melhor cuidado observado. Por meio da determinação da efetividade é possível identificar o quanto o cuidado avaliado se aproxima do melhor cuidado possível, determinado nos estudos de eficácia.

A eficiência é definida como a capacidade de se obter o máximo de melhora na saúde com o recurso de um custo baixo. Se duas estratégias em saúde são igualmente eficazes ou efetivas, a mais barata é considerada a mais eficiente. A otimização, é um aspecto relevante quando os efeitos do cuidado não são avaliados apenas em termos absolutos, mas relativamente ao custo do cuidado. Em relação à aceitabilidade, essa se refere à adaptação do cuidado de saúde aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e suas famílias e depende da avaliação subjetiva do paciente acerca do que esse considera efetivo, eficiente e ótimo (DONABEDIAN, 1990).

A legitimidade incorpora a questão social na discussão sobre a qualidade, visando à responsabilidade com o bem-estar de todos. Frequentemente a sociedade tem uma percepção de custos diferente da percepção do indivíduo. A principal razão é o financiamento social da saúde por terceiros ou pelo estado. O que a sociedade considera como um ótimo cuidado varia, às vezes, de forma importante, da avaliação do que os indivíduos consideram como ótimo. Já a equidade, é um princípio moral que determina o que é justo na distribuição de cuidados e seu benefício entre os membros de uma população (DONABEDIAN, 1990).

Existem diversos sistemas de avaliação, tanto nacionais quanto internacionais, que têm como objetivo avaliar e emitir parecer sobre a qualidade dos serviços prestados pela instituição avaliada. Com o aumento dos custos e a pressão da população em relação aos serviços ofertados, desde os que são preconizados pelo SUS até os planos de saúde, avaliar de forma correta e sistemática torna-se uma necessidade cada vez mais desejada. Assim, os métodos atuais consistem em comparações com modelos ideais de prestação de serviço, capazes de avaliar com precisão quanto à estrutura e seus processos, mas falham na avaliação dos resultados obtidos pelo paciente (NEVES, 2009).

Pesquisa sobre os padrões de melhoria para a qualidade dos serviços hospitalares e seus registros exemplificou vários casos e situações que ocorrem em âmbito hospitalar e a sua repercussão, conforme o tipo de atendimento recebido. Nessa pesquisa, pode-se averiguar a avaliação na estrutura e nos processos de atendimento, mas os resultados não foram eficientes, pois os pacientes não foram avaliados, como no caso de pacientes com dispositivo venoso

central em risco para entrada de bactérias na corrente sanguínea. O estudo investigou a qualidade da assistência em saúde, observando a intervenção realizada, mas não houve avaliação dos resultados (GOODMAN et al., 2016).

A tríade estrutura-processo-resultado atualmente tem orientado diversas metodologias e estratégias. Acreditações e certificações comparam os serviços prestados por meio de protocolos de atendimento. A tríade é avaliada e a satisfação dos pacientes em relação ao atendimento recebido deve ser considerado um resultado (NEVES, 2009). Assim, a avaliação do atendimento em saúde é um mecanismo de verificação das possibilidades de correção de atitudes na estrutura-processo-resultado e na continuidade de intervenções, a fim de que os resultados sejam sempre revistos e modificados, conforme as necessidades percebidas e embasadas nas demandas sociais (SCHOENFELDER; KLEWE; KUGLER, 2011).

Entre os diversos sistemas de avaliação, tem-se o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), um sistema de avaliação implantado pelo SUS e que tem como pressuposto a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos pacientes frente aos serviços de saúde na busca da resolubilidade e qualidade (GOMES, 2016). São instituídos padrões de avaliação em todos os setores hospitalares e essa segue o levantamento de indicadores de ocupação de leitos, tempo de permanência hospitalar, mortalidade e com a pesquisa de satisfação do paciente e dos trabalhadores inseridos nas instituições avaliadas (NEVES, 2009).

Outro sistema de avaliação se refere à Acreditação Hospitalar, um processo instituído em poucas instituições hospitalares do mundo e que busca a melhoria e aprendizagem contínua da qualidade (ONA, 2014).

O Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA), iniciado em 1999, afirma que a tríade estrutura-processo-resultado está interligada e que o funcionamento de cada componente interfere no resultado final, por isso não se avalia cada um isoladamente. O SBA é realizado somente em Instituições Acreditoras Credenciadas (IAC), pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), que são de direito privado, com ou sem fins lucrativos. Atualmente existem seis IAC/ONA com duas formas de avaliação, uma para a acreditação e outra com a finalidade de diagnóstico organizacional (ONA, 2014).

Dessa forma, apesar dos resultados de melhoria da qualidade dos serviços de saúde com a utilização da acreditação, são poucas as instituições hospitalares credenciadas (COUTO-RIBEIRO et al., 2014). A organização americana *Joint Commission International* lidera muitos processos de acreditação em nível internacional e nacional. Foi especificamente

em 1999 que o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação dos serviços de saúde (FELDMAN et al., 2005).

Esse sistema de avaliação segue critérios semelhantes ao PNISS e à ONA, possuindo sete funções centradas nos pactos de saúde, uma delas se refere à segurança do paciente e seis funções centradas na gestão (NEVES, 2009). Em relação a isso, o Ministério da Saúde brasileiro instituiu o Programa Nacional de Segurança, que tem como intuito contribuir na produção, sistematização e difusão de conhecimentos sobre os incidentes, além de fomentar a cultura de segurança do paciente nas instituições de formação e prática em saúde (BRASIL, 2013). Essa temática encontra-se relacionada à qualidade nos serviços de saúde, sendo discutida de forma ampla em setores prestadores de serviços de saúde, entidades de classe e órgãos governamentais (TASE et al., 2013).

Pesquisa em âmbito nacional denunciou que os hospitais brasileiros que passaram por um processo de acreditação, que não ultrapassam 4% do total dos hospitais do país, adotaram os direitos dos pacientes e o monitoramento dos serviços como elementos dos seus planos estratégicos. No entanto, não houve o desenvolvimento de estratégias semelhantes às encontradas em outros países, que estão implementando ações que vislumbram as reais necessidades dos pacientes por meio do cuidado centrado nessas na prática dos serviços (GOMES, 2016).

Uma metodologia que está sendo empregada no Brasil recentemente se refere à Gestão da Qualidade Total (GQT), um processo considerado contínuo e progressivo que busca a excelência na assistência, porém ainda necessita ser utilizada com cautela, pois há necessidade de estudos sobre os resultados alcançados (ROCHA et al., 2013). Outro modelo de avaliação da qualidade em saúde se desenvolveu no contexto de *marketing* e atualmente é aplicado à área da saúde, refere-se ao trabalho de Parasuraman, Zeithaml e Berry. Esse modelo iniciou a partir de um estudo desenvolvido em 1985, envolvendo 12 grupos focais (PARASURAMAN; ZHEITMAL; BERRY, 1985).

Trata-se de um modelo que se refere ao grau de satisfação dos usuários, baseando-se na análise de expectativas e percepções de usuários por meio de cinco dimensões, ou seja, pela tangibilidade, confiabilidade, responsividade, garantia e empatia. Utiliza uma escala psicométrica denominada *service quality* (SERVQUAL), considerada importante para conhecer as expectativas e as necessidades dos usuários e como subsídio para a tomada de decisão, mas não está diretamente relacionado à satisfação do paciente, estando mais restrito as dimensões de qualidade dos serviços prestados (PENA MELLEIROS, 2012).

Foi evidenciado que os usuários utilizam as cinco dimensões como critérios de julgamento da qualidade do serviço, inclusive na área hospitalar. A tangibilidade se refere às instalações físicas, equipamentos, pessoal e material; confiabilidade traduz a habilidade de execução dos serviços de forma segura e eficiente; responsividade é a prestação de um serviço pelo profissional de saúde de forma atenciosa, com precisão e rapidez nas respostas e sua disponibilidade de atendimento voluntário; garantia é a habilidade dos trabalhadores em transmitir confiança, e, a empatia se refere à forma como o atendimento é realizado, incluindo a acessibilidade, sensibilidade e esforço em compreender as necessidades do usuário (PENA et al., 2013).

Há muitos sistemas de avaliação atualmente no mundo. Observa-se que a ausência de medidas objetivas que avaliem os serviços de forma a abarcar a tríade proposta por Donabedian ainda está em processo de inserção nesses sistemas. Conforme a literatura, um dos sistemas que mais se aproxima com a cobertura da tríade se refere ao de Parasuraman, Zeithmal, Berry (1985), já que esse demonstra preocupação crescente das instituições de saúde e dos próprios profissionais com a satisfação dos usuários, atrelada à possibilidade de utilização de vários modelos existentes com o intuito de obter um modelo que se aproxime com a realidade dos serviços.

Além disso, com o monitoramento da qualidade dos serviços e das respostas das ações realizadas, pode-se planejar estratégias de intervenções que comportem alta efetividade e contribuição para avanços tecnológicos e científicos baseados não somente na estrutura e processo, mas também nos resultados (PENA; MELLEIROS, 2012). Segundo Neves (2009), é recomendado o aprofundamento das avaliações existentes nos resultados obtidos pelos pacientes, pois a pesquisa em satisfação é parte essencial como indicador de qualidade dos serviços hospitalares.

3.6 SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM

Os estudos sobre a satisfação do paciente em nível mundial não são considerados um tema novo e tiveram seu marco na administração, mais especificamente nos estudos sobre *marketing* relacionado à avaliação da qualidade em saúde. Nas últimas décadas, o crescimento da economia mundial estimulou a competição entre as organizações de serviços e com base nesta perspectiva, o jogo de interesse econômico permeou entre as instituições. Assim, ter um cliente satisfeito passou a ser fundamental para a sobrevivência dessas instituições (JÚNIOR; MOTTA; LOPES, 2015). Foi devido ao crescimento econômico que essa questão iniciou no

mundo e por isso se desenvolveu com maior força na administração, evoluindo para outras áreas como a da saúde e influenciando principalmente as instituições privadas.

Atualmente, há diversas razões que impulsionam as pesquisas sobre satisfação do paciente em âmbito hospitalar como, por exemplo, as relativas à divulgação dos constantes erros e eventos adversos decorrentes da assistência (BRASIL, 2014; OLIVEIRA et al., 2014; MANARY et al., 2013). Foi por volta da década de 1970, que essas pesquisas adentraram no país, porém há evidências atuais que denunciam a sua exploração de forma ainda muito lenta e precária relacionada a outros países como Austrália e Inglaterra (GOMES, 2016).

Nesse sentido, explorar de forma contínua, atenta e responsável os serviços de saúde, principalmente os hospitais, e o atendimento dos profissionais, em especial a enfermagem, profissão que está a maior parte do tempo responsável por inúmeras atividades que demandam o cuidado direto ao paciente, torna-se um desafio no Brasil e ao mesmo tempo uma necessidade que precisa de impulso, vontade e, principalmente, de pesquisadores engajados e preocupados em implementar a qualidade nos serviços hospitalares de forma permanente.

Atentar para pesquisas que vislumbrem variáveis que possam mensurar como é realizado o atendimento aos pacientes faz-se essencial. Estudo brasileiro evidenciou que a relação interpessoal entre os usuários, acompanhantes e os profissionais responsáveis pela assistência à saúde está diretamente relacionada à qualidade em saúde. Todos os profissionais de saúde, principalmente, enfermeiros, são responsáveis pela assistência de qualidade (COUTO-RIBEIRO et al., 2014).

Estudo realizado com 283 enfermeiros portugueses evidenciou que os enfermeiros são considerados agentes que influenciam diretamente a qualidade do serviço, a qual depende significativamente do líder e da maneira como ele gerencia a equipe (MENDES; FRADIQUE, 2014). Porém, a redução e solução das não conformidades relativas ao trabalho da enfermagem não está na governabilidade exclusiva da equipe de enfermagem, pois o trabalho nos hospitais é coletivo e necessita ser interdisciplinar, superando a fragmentação institucional da assistência (COUTO-RIBEIRO et al., 2014).

Nesse sentido, da necessidade do estabelecimento das relações interpessoais, a compreensão da percepção do paciente necessita ser o ponto de partida para entender a sua satisfação. O paciente não tem conhecimento das técnicas de enfermagem, e na sua avaliação considera o que tem de conhecimento sobre qualidade e relacionamento interpessoal (HALCOMB et al., 2011). Outro estudo internacional realizado com pacientes para avaliar a sua satisfação com o sistema de saúde também evidenciou que os pacientes não possuem conhecimento necessário, sendo leigos para avaliar a técnica instrumental realizada na

assistência e/ou atendimento, mas eles são capazes de avaliar a qualidade funcional que se refere à maneira como o serviço de saúde é prestado (HORODONICA et al., 2018).

A avaliação do serviço pelos pacientes também contempla os profissionais envolvidos e a estrutura utilizada para o atendimento (HAFNER et al., 2011), porém apresenta maior predição quando avaliadas as dimensões relacionais como os valores, comportamentos e formas de atendimento e cuidado ofertado (KONE; WODCHIS, 2013; DEBOROUCH et al., 2018).

A enfermagem possui um papel significativo no cuidado, estando as 24 horas do dia juntamente ao paciente. A partir de pesquisas que priorizem essa parcela de profissionais, os resultados podem instigar e influenciar o todo, oportunizando mudanças reais em prol dos pacientes (WLADOW, 2015; KARAMI et al., 2017). Existe um consenso de que a satisfação do paciente é parte integrante da qualidade dos serviços de saúde (INCHAUSTE; MOURA, 2015; GOODMAN et al., 2016) e que sem ela, a avaliação em saúde mostra-se incompleta, pois o nível de satisfação faz parte dos resultados (NEVES, 2009). Além disso, contribui para melhor utilização dos recursos, necessitando que as instituições encorajem práticas e comportamentos que levem ao desempenho de qualidade, por meio do compromisso de melhoria da assistência (BLEUSTEIN et al., 2014).

Outro estudo que comparou a satisfação dos pacientes e profissionais de enfermagem gerais e particulares em dois hospitais no Irã utilizou dois questionários, um relacionado aos pacientes e outro aos profissionais. O primeiro com 40 questões focando em cinco áreas: respeito, cuidado, tempo de espera, resultado e confiança; o segundo, com 27 questões, quatro relacionadas às características demográficas e as demais relacionadas aos fatores profissionais, sistema de pagamento e critérios de bem-estar. O estudo evidencia que o local de trabalho no hospital tem um papel importante no esgotamento profissional e no tipo de atendimento ofertado aos pacientes e chama a atenção para a importância de se pesquisar os possíveis motivos que levam ao atendimento precário que pode repercutir em insatisfação (TAHERI; JAHROMI; HOJAT, 2015).

Os autores também evidenciaram que a maioria dos pacientes estavam satisfeitos com os serviços de enfermagem, a minoria estava insatisfeita com o tempo de espera e burocracias. Durante o estudo, também se observou que prestar atenção na satisfação do paciente em todas as áreas é um passo fundamental para a melhoria da qualidade e deve ser realizado de forma intermitente (TAHERI; JAHROMI; HOJAT, 2015).

Para que a satisfação do paciente seja um indicador de qualidade se faz necessário incluir o paciente como agente de transformação. Ele precisa participar e estar como

protagonista na tríade de avaliação da qualidade em saúde. Em nível nacional, Neves (2009) explicita que a promoção de mudanças reais nos serviços de saúde depende dos resultados envoltos na satisfação do paciente.

Internacionalmente, Otani et al. (2010) também defendem essa mesma proposta, pois somente dessa forma haverá a possibilidade de adequação de atendimento voltado às necessidades reais, oportunizando a consideração do sujeito em sua especificidade, respeitando sua história de vida (GREENSLADE; JIMMIESON, 2011). Segundo Singh (2012), a satisfação parece ser consequência da posição que o indivíduo ocupa em relação a sua idealização e não somente do quanto ele recebe do ambiente que está inserido.

Portanto, a participação do paciente auxilia nas transformações das práticas dos gestores, trabalhadores e avaliadores, no cuidado permeado pela oferta de qualidade em saúde (CHANG; CHEN; LAN, 2013). Atualmente, há estudos que realizam pesquisas sobre satisfação, seja essa referente ao paciente (INCHAUSTE; MOURA, 2015; LYU et al., 2013; STONE et al., 2014; LLOYD et al., 2014; GOODMAN et al., 2016; DEBOROUCH et al., 2018), profissionais de saúde (KONE; WODCHIS, 2013; TAHERI; JAHROMI; HOJAT, 2015) ou até mesmo estudantes (ALTUNTAS, 2014), mas esforços ainda necessitam ser realizados para que haja estímulo para a realização de estudos em diferentes instituições hospitalares, principalmente em âmbito nacional.

Pesquisa nacional evidencia que a temática satisfação do paciente possui relevância significativa para a área da Enfermagem, pois permite verificar a real contribuição que a pesquisa de satisfação traz para o atendimento e a qualidade em saúde, constituindo-se em indicador essencial. Além disso, possibilita um *feedback* dos aspectos que podem ser melhorados no cuidado e a identificação daqueles que já estão sendo realizados (INCHAUSPE; MOURA, 2015). Estudo internacional corrobora a esse achado evidenciando que o *feedback* é considerado a melhor maneira de medir a qualidade das experiências vivenciadas pelos pacientes para capturar a satisfação do paciente com a hospitalização no atendimento da enfermagem (WONG; COULTER, 2015).

Ainda, o mesmo estudo brasileiro constatou que os enfermeiros utilizaram a pesquisa de satisfação do paciente como um indicador não só da qualidade em saúde, mas também um indicador de avaliação da equipe, ou seja, se um determinado profissional fosse citado, as situações eram registradas junto a uma ficha de avaliação de desempenho. Após isso, os pontos levantados na pesquisa eram discutidos com os profissionais, com o objetivo de incentivá-los a melhorarem a sua postura frente aos atendimentos. O estudo demonstrou que

tal medida possibilita ao profissional uma chance de mudar e conseguir melhorar o desempenho pessoal dentro da instituição (INCHAUSPE; MOURA, 2015).

Outra questão importante a ser observada é que a análise dos índices de satisfação do paciente necessita ser ao longo do tempo. Diferentemente de países desenvolvidos, o que ocorre no Brasil e deixa a desejar nas pesquisas de satisfação, se refere ao tempo em que essas são desenvolvidas, pois de nada adianta implementar programas e estratégias estabilizadas no tempo e sem continuidade (GOMES, 2016). Como resultado, os hospitais carecem de informações e credibilidade sobre a eficácia de seus programas para melhorar o cuidado centrado no paciente (KLEEFSTRA et al., 2015).

Estudo do tipo projeto de séries temporais analisou os dados de satisfação dos pacientes em centros médicos universitários de oito países nos anos de 2003, 2005, 2007 e 2009. A satisfação do paciente foi avaliada usando o Core Questionário. Para Avaliação da Satisfação do Paciente (COPS), foi adotado um questionário holandês com seis dimensões da qualidade: admissão e recepção, cuidados de enfermagem, cuidados médicos, informações, autonomia e cuidados posteriores (KLEEFSTRA et al., 2015).

O estudo evidenciou que a satisfação do paciente pode ser identificada em um nível hospitalar nacional e em departamentos ambulatoriais e hospitalares. O monitoramento de pontuações relativas à satisfação ao longo do tempo podem oportunizar informações valiosas sobre a eficácia dos programas de qualidade hospitalar e identificação de subgrupos de pacientes insatisfeitos, podendo ser um fator contribuinte para a diminuição dos riscos e eventos indesejados e um auxílio para o planejamento de intervenções de qualidade e melhorias do cuidado centrado no paciente (KLEEFSTRA et al., 2015).

Estudo realizado no Brasil com 308 pacientes de um hospital da capital paulista investigou a relação da satisfação do paciente com o serviço de enfermagem e com a avaliação geral do hospital por meio da utilização da modelagem de equações estruturais. No estudo, foi utilizado um instrumento que continha variáveis para mensurar a satisfação dos pacientes referentes à confiança e credibilidade, bem como ao relacionamento interpessoal e à comunicação contidos em instrumento de avaliação validado para o Brasil (JUNIOR; MOTTA; LOPES, 2015). O estudo evidenciou a necessidade de variáveis para que se possa mensurar a satisfação do paciente de forma satisfatória e que não há como avaliar a satisfação sem a utilização de escalas que possam mensurar, trazendo a eficácia e certificação dos resultados e impedindo falsas avaliações.

Outros estudos em nível internacional também evidenciam a necessidade de realização de estudos com instrumentos de pesquisa bem elaborados (MANARY et al., 2013), referindo

que a utilização de questionários padronizados tem sido a ferramenta mais comum para a realização de estudos de satisfação do paciente, necessitando que nesses questionários sejam incorporados dimensões de aspectos interpessoais (AL-ABRI; BALUSHI, 2014) e dimensões relacionais do cuidado, não se restringindo apenas a aspectos médicos e técnicos (CASTRO et al., 2016).

Apesar de haver estudos em nível nacional sobre a satisfação do paciente, ainda se faz necessária a implementação dessa prática na maioria dos hospitais brasileiros. Faz-se necessária a utilização de escalas com variáveis que mensurem a satisfação dos pacientes para que haja evidência das potencialidades e estratégias que vislumbrem as possíveis necessidades de mudanças e implementações em prol de um atendimento eficiente com avanços e possibilidades de um cuidado centrado nas necessidades dos pacientes e na melhoria do gerenciamento das unidades em prol da satisfação desses.

Ainda, se faz necessária a criação e implementação de modelos com aplicação prática que auxiliem a satisfação do paciente (DEBOROUCH et al., 2018). A avaliação do paciente sobre os cuidados é uma ferramenta realista para proporcionar oportunidades de melhoria (AL-ABRI; BALUSHI, 2014). Estudo realizado em San Diego, na Califórnia, evidenciou ainda que os aspectos relacionais do cuidado como respeito, confiança, recebimento de informações claras e compreensíveis, bem como o apoio emocional, foram os principais aspectos evidenciados pelos pacientes que estavam correlacionados à satisfação (WONG et al., 2015), sendo que o cuidado de enfermagem é considerado um dos mais importantes para aumentar a satisfação geral do paciente (AL-ABRI; BALUSHI, 2014).

Nesse sentido, ainda se observa a necessidade de estímulo para pesquisas sobre essa temática, já que o cuidado foi construído diante da centralização na cura e evolução de aparatos tecnológicos que levaram à mecanização e à fragmentação do ser humano, sem levar em consideração as relações interpessoais, a comunicação verbal e não verbal, prejudicando a confiança dos pacientes e a credibilidade dos serviços ofertados (BARCELLOS, 2015).

O cuidado centrado no paciente ainda está em construção nas atividades diárias das instituições hospitalares (BACHNICK et al., 2017) e é intimamente ligado à pesquisa de satisfação do paciente, e ao atributo comunicação e relações interpessoais. Na medida que o cuidado não é centralizado no paciente, em que o estabelecimento da comunicação efetiva não está em pauta, realizar estudos sobre a sua satisfação com os serviços também se torna incipiente (KVAEL et al., 2018).

O termo “patient-centered” foi usado pela primeira vez por Carl Rogers, em uma abordagem psicoterápica que buscava por meio da empatia, perceber e compreender a

perspectiva do paciente sobre o seu problema (MOREIRA, 2010). O conceito de “medicina centrada no paciente” foi proposto pela primeira vez em 1955 por Balint, com o objetivo de que os médicos dessem atenção às necessidades individuais do paciente, contrapondo a “medicina centrada na doença” (DWAMENA et al., 2012).

Com o passar dos anos, essa perspectiva foi se aprimorando na literatura, principalmente em países desenvolvidos como no Reino Unido e Áustria. O cuidado centrado no paciente tem como pressupostos o respeito pelas preferências do paciente, valores e necessidades expressas; a informação, educação e comunicação; a integração de cuidados e serviços; o apoio emocional; o conforto físico; a participação da família e outras pessoas próximas; a promoção da continuidade do tratamento no domicílio após a alta e o acesso a todos os cuidados e serviços (FRAMPTON et al., 2008).

Um congresso importante na história sobre o cuidado centrado no paciente e a valorização da sua participação junto aos profissionais de saúde no processo de tomada de decisões que marcou e proporcionou visibilidade para a credibilidade, servindo de base para agregar informações para sistemas de avaliação, foi realizado em 1998 na Áustria, reunindo representantes de 29 países, com a participação de profissionais de saúde, representantes de pacientes, jornalistas, artistas e cientistas sociais. Foi enfocada, nesse congresso, a sugestão de que os prestadores do cuidado, em vez de agir como donos do sistema de saúde, deveriam agir como convidados na vida dos pacientes (DELBANCO et al., 2001).

Uma questão considerada como revolucionária para o cuidado em saúde, que segundo Berwick (2009) necessita estar alicerçada, se refere ao atendimento centrado no paciente, levando em consideração a sua individualização, reconhecimento, respeito, dignidade e escolha em todos os assuntos, relacionados a uma pessoa, circunstâncias e relações na área da saúde.

No Brasil, as pesquisas de satisfação do paciente estão intimamente relacionadas ao cuidado centrado no paciente, pois algumas perguntas para monitorar esse cuidado estão incluídas nas avaliações da satisfação dos usuários para a área de atenção básica (PMAQ) e para a assistência hospitalar (PNASS) no âmbito do SUS.

O PNASS foi criado em 2004 a partir de um programa de 1998. Estudo realizado em documentos sobre os sistemas de saúde de diversos países entre esses Brasil, Austrália, Canadá e Inglaterra, evidenciou que a avaliação do PNASS foi retomada no Brasil em 2015, porém sem continuidade. Sem divulgações dos resultados, não houve possibilidade de monitoramento (GOMES, 2016).

Diante disso, constata-se a necessidade de pesquisas sobre a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem em âmbito nacional, com evidências e resultados, pois é notável ainda sua incipiência no país, apesar de, há anos, haver estratégias que vislumbram a participação do paciente nos serviços de saúde. Pelo SUS, em 1990, seus princípios e diretrizes já continham os direitos dos usuários na participação do cuidado (BRASIL, 1990). A iniciativa da Política Nacional de Humanização (PNH), instituída em 2003, fortalece a cultura participativa, os direitos dos pacientes, o acolhimento e o atendimento voltado as suas necessidades, bem como valoriza a qualidade da interação dos profissionais de saúde com os pacientes (AMARAL; LEITE, 2015). Apesar disso, ainda existem muitas barreiras a enfrentar para que a visão integral ao paciente seja realmente posta em prática e as pesquisas de satisfação sejam implementadas.

4 METODOLOGIA

Esse estudo foi desenvolvido por meio de uma abordagem múltipla, que foi realizada em duas etapas: uma quantitativa e outra qualitativa. Com essa abordagem é possível analisar o fenômeno em investigação e aprofundar a sua compreensão, com ênfase nos processos vivenciados e nos significados atribuídos pelos participantes (MORAES; GALIAZZI, 2011). Além disso, o método múltiplo é caracterizado por se tratar de uma pesquisa única com objeto em comum e que pode utilizar distintos métodos, ou seja, mais de uma estratégia de coleta para responder as questões de pesquisa, ou testar hipóteses referentes a um único estudo (ONWUEGBUZIE; LEECH, 2006).

4.1 ETAPA METODOLÓGICA

Realização da adaptação cultural, validação e aplicação do instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS) (ANEXO I).

4.1.1 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital universitário (HU) localizado em uma cidade do extremo sul do Rio Grande do Sul que possui em torno de 200 mil habitantes, segundo dados do IBGE no último censo.

O hospital pesquisado se refere a uma instituição hospitalar pública de ensino destinada a serviços nas áreas de Clínica Médica, Pediátrica, Obstétrica, Ginecológica e Cirúrgica. É considerado referência em HIV/AIDS, assim como na prevenção e recuperação de dependentes químicos, assistência integral a diabéticos e atendimento a gestantes de alto risco. Possui cerca de 189 leitos: desses 37 são cirúrgicos, 49 para internação clínica, 36 destinados à Unidade de Tratamento Intensivo (UTI's) adulta, pediátrica e intermediárias, 26 são obstétricos, 25 destinados para unidade de pediatria, 10 são para outras especialidades e seis são destinados ao hospital dia (assistência intermediária entre a internação e o atendimento ambulatorial para pacientes que requeiram sua permanência no máximo de 12 horas).

O fluxo de atendimento no referido hospital inicia com o atendimento na emergência, após concluído esse atendimento os pacientes que necessitam de internação, são encaminhados para unidades clínicas ou cirúrgicas, conforme disponibilidade de leito. O HU

realiza atendimento a diversas localidades próximas a Rio Grande. Nessa instituição, a maioria dos trabalhadores são servidores públicos concursados (Regime Jurídico Único), contando ainda com funcionários contratados pelo regime celetista, e servidores públicos concursados (regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSHER). Segundo o último cadastro nacional de estabelecimentos de saúde disponibilizado, a equipe de enfermagem que atua nesta instituição é composta por 61 enfermeiros, 51 técnicos de enfermagem e 193 auxiliares de enfermagem (CNES, 2016). Porém, com a EBSHER esse quantitativo modificou, mas ainda não está disponível para consulta.

4.1.2 *General Practice Nurse Satisfaction Scale (GNPS): instrumento de coleta dos dados*

Trata-se de um instrumento australiano que foi utilizado em toda a região metropolitana, rural e regional da Austrália, por meio de inquérito online ou impresso.

Para o desenvolvimento do instrumento original, alguns passos foram seguidos por Halcomb et al. (2011). Primeiramente foi definida a construção do instrumento por meio de uma ampla revisão de literatura relacionada com a satisfação dos consumidores na prática geral da enfermagem em bases de dados como a CINAHL e MEDLINE. A partir da revisão, cinco constructos foram identificados como fundamentais para a satisfação do paciente: habilidades clínicas, ou seja, como ocorre o atendimento dos enfermeiros em relação ao conhecimento técnico e científico; comunicação, verbal e não verbal, por meio da interpretação de sinais, gestos e aparência dos pacientes; competências interpessoais; confiança e credibilidade. Esses itens foram gerados e mapeados para que auxiliassem na construção do instrumento final (HALCOMB et al., 2011).

O segundo passo foi relacionado ao desenvolvimento e aplicação do instrumento. Inicialmente, elaborou-se o instrumento, levando em consideração a avaliação da validade de face e de conteúdo por meio de testes pilotos do instrumento. Para a validação do conteúdo, oito pessoas ficaram responsáveis, entre essas, um enfermeiro da prática clínica, um enfermeiro com grau de doutoramento, quatro profissionais relevantes para o objeto de pesquisa, um consultor de investigação e um representante dos pacientes escolhidos pela associação de enfermeiros australianos para representar uma série de grupos que tiveram interesse no desenvolvimento da escala (HALCOMB et al., 2011).

Todos avaliaram a relevância dos itens e a representação dos constructos identificados, bem como as alterações sugeridas para a formulação, sequenciamento e alternativas de

resposta de alguns itens. A escala original consistiu de 27 itens, relacionados a habilidades de comunicação interpessoal, conhecimento e competências do enfermeiro. As declarações sobre o estado de saúde e satisfação foram classificadas numa escala likert de 5 pontos de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os itens foram pontuados de 1 a 5, com escores mais altos que indicavam maiores níveis de satisfação (HALCOMB et al., 2011).

4.1.3 Adaptação transcultural do instrumento de coleta de dados

Após contato por via e mail solicitando a autorização aos autores para utilização do instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale (GNPS)*, foi realizada a adaptação transcultural e validação. Para adaptar culturalmente o GNPS, foram utilizados os estágios propostos por Beaton et al (2000), que permitem a realização de um processo de adaptação transcultural, processo que contempla seis estágios e utiliza dois idiomas com a utilização do instrumento em um ambiente que se diferencie culturalmente do local original, visando garantir sua validade de conteúdo e de face (BEATON et al., 2000). Desse modo, é necessário seguir todos os estágios, pois esses visam uma adaptação completa, esquematizada para elevar ao máximo a obtenção semântica, idiomática, experiencial e conceitual entre o instrumento original e o instrumento adaptado. Os estágios são: estágio I- tradução inicial; estágio II- síntese das traduções; estágio III- *backtranslation*; estágio IV- comitê de especialistas; estágio V- pré-teste; estágio VI- revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores (BEATON et al., 2000).

No primeiro estágio, ou seja, tradução inicial, a escala GNPS foi enviada a dois tradutores bilíngues, para tradução da língua inglesa para o idioma do Brasil, língua portuguesa. O perfil desses tradutores foi diferente, um deles estava familiarizado com as traduções de materiais relacionados à área da saúde e também estava ciente dos conceitos que seriam analisados na escala; o outro, não foi informado sobre os objetivos da tradução e também não teve nenhuma experiência com traduções relacionadas à área da saúde (BEATON et al., 2000). Após a tradução inicial, o relatório originado da síntese das traduções foi submetido ao processo de *backtranslation* (BEATON et al., 2000).

Nesse estágio, a escala produzida a partir da síntese das traduções foi retrotraduzida do português para o inglês por dois tradutores que não foram informados dos objetivos da tradução e também não tinham experiência em traduções relacionadas à área da saúde. Isso foi realizado para evitar significados equivocados nos itens da escala traduzida. A versão

retrotraduzida da escala foi realizada depois da compilação dos dois documentos resultantes da *backtranslation* (BEATON et al., 2000).

Essa versão retrotraduzida foi submetida a um comitê de especialistas no estágio IV, que realizou encontros individuais, para que fosse possível desenvolver a versão pré-final do GNPS para testes de campo. O comitê foi composto por cinco professores doutores em enfermagem de uma universidade pública do extremo sul do Brasil, com experiência na temática administração em enfermagem. Eles avaliaram as equivalências semântica, cultural, idiomática e conceitual, e a validade de face da escala, aprovando a escala, para ser utilizada no pré-teste, equivalendo ao estágio cinco.

A validade de face tem como objetivo verificar se as questões da escala se apresentam com forma e vocabulários adequados ao propósito da mensuração (BEATON et al., 2000). No estágio do pré-teste, após a validada pelo comitê de especialistas, 30 pacientes participaram, 10 pacientes da unidade de Clínica Médica; 10 da Clínica Cirúrgica e 10 da Traumatologia de um hospital do extremo sul do Brasil, que aceitaram participar desse processo. O pré-teste visou garantir a validade de conteúdo da escala e objetivou confirmar se os seus itens representavam o conteúdo que se desejava analisar.

A escala foi aplicada de forma individual para que cada participante relatasse suas dificuldades e facilidades no seu preenchimento e sugerisse modificações na redação das questões, caso necessário (BEATON et al., 2000). Após a finalização do pré-teste, foi realizada a revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores responsáveis pela adaptação transcultural da escala. Essa revisão objetivou a realização de modificações na escala, conforme os resultados do pré-teste, procurando facilitar a compreensão e viabilizando, assim, a aplicação da escala na amostra selecionada para a etapa quantitativa do estudo (BEATON et al., 2000).

Após os procedimentos para adaptação transcultural do instrumento, a versão final da *General Practice Nurse Satisfaction Scale* - versão brasileira foi considerada aprovada para aplicação na amostra selecionada para validação de construto e obtenção de seus resultados psicométricos, bem como para identificar a satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem. Junto ao instrumento, foi inserida uma parte inicial de caracterização dos participantes, contendo características sociodemográficas e socioeconômicas, para a correlação com a satisfação. Essas características foram: idade, sexo, renda, grau de instrução e unidade de internação.

4.1.4 Validação do instrumento

É difícil avaliar se uma variável representa adequadamente o que deveria representar quando se trata de aferir fenômenos abstratos e subjetivos, como no caso da satisfação com os serviços de enfermagem. A validação trata-se de um tipo especial de acurácia, do grau em que os dados medem o que devem medir, ou seja, se os dados obtidos realmente permitem a compreensão do fenômeno estudado com clareza e confiabilidade (HULLEY et al., 2008).

Questionários contendo multi-itens, representados por diferentes questões, como nessa pesquisa, devem ser avaliados quanto à sua precisão e aplicabilidade, o que envolve uma avaliação da confiabilidade, da validade e da sua possibilidade de generalização (GAYA, 2008). Assim, a validação do instrumento utilizado neste estudo foi realizada em três momentos. Os dois primeiros, já especificados na adaptação transcultural do instrumento, ou seja, a *Validade de face* em que foram testadas as questões do instrumento de coleta de dados, verificando se as mesmas apresentam forma e vocabulário adequados ao propósito da mensuração; e, a *Validade de conteúdo* em que foi verificado, através de um pré-teste realizado com a participação de 30 pacientes para confirmar se os itens do questionário representam o conteúdo desejado a analisar (BEATON et al., 2000).

O terceiro momento se referiu a *Validade de traço ou construto*. Após a aplicação dos questionários, foram delimitadas as características dos constructos que interessam à pesquisa, testando a consistência interna de cada item (confiabilidade das escalas), sua consistência sob diferentes enunciados (validade convergente) e sua diferença em relação aos outros itens de constructos diferentes (validade discriminante); de modo a fazer uma ligação entre a teoria ou construto (nível conceitual) com os itens avaliados (nível operacional). Somente esta validação foi realizada com a ajuda de testes estatísticos; as duas primeiras foram subjetivas, mas imprescindíveis para garantir a aplicabilidade e precisão dos instrumentos utilizados.

Assim, após a aplicação dos questionários na amostra selecionada, dois testes estatísticos foram realizados para garantir a validade de construto: a análise fatorial e o *alfa de Cronbach*. A análise fatorial consiste numa técnica multivariada que se aplica na busca de identificação de fatores num conjunto de medidas realizadas, sendo uma etapa estatística destinada principalmente à redução e sumarização dos dados, formando, assim, grupos de variáveis associadas entre si (GAYA, 2008).

Já o alfa de Cronbach (ou coeficiente alfa) testa a confiabilidade do instrumento ao verificar se diferentes características de cada um destes grupos, medidas através de questões do instrumento, ou de indicadores dispostos no questionário foram consistentes (GAYA,

2008). Esse teste foi realizado com a finalidade de comprovar a fidedignidade das escalas utilizadas, ou seja, para avaliar se as questões dos questionários realmente possibilitaram medir o seu grupo de indicadores.

4.2 ETAPA QUANTITATIVA

A abordagem quantitativa foi do tipo exploratório-descritiva. Exploratória, porque se trata de uma estratégia que é dirigida quando se iniciam investigações acerca de um determinado assunto e de como determinar quais conceitos serão analisados e como analisá-los melhor. Já em relação ao descritivo, o motivo se refere à descoberta de quais são as possíveis situações, atitudes ou opiniões que podem ocorrer na população estudada (APOLINÁRIO, 2012).

Essa abordagem utiliza-se do raciocínio dedutivo e sistemático para produzir evidências científicas, a partir de números que resultam de algum tipo de medição formal analisados por procedimentos estatísticos. Entre os delineamentos de pesquisa quantitativa, os estudos transversais caracterizam-se por examinar relações entre variáveis que não podem ser manipuladas. Em relação à dimensão temporal, nos modelos transversais, os fenômenos estudados são contemplados em um único período de coleta de dados (POLIT; BECK, 2011; APPOLINÁRIO, 2012). Ainda, as pesquisas de caráter quantitativo permitem a classificação e a análise das crenças e ações dos participantes, através da reprodução e generalização dos resultados (WILL, 2012).

4.2.1 Tipo de estudo

Estudo do tipo transversal, que se caracteriza como um método usado com a intenção de identificar fenômenos e entender condutas de uma determinada parcela de pessoas que representam uma população. O instrumento utilizado neste tipo de pesquisa é o questionário, com o objetivo de alcançar as informações necessárias, que são posteriormente analisadas e correlacionadas por meio das variáveis existentes (BABBIE, 2003).

As principais vantagens dos estudos transversais são a economia e facilidade de controle. No entanto, não possibilitam inferir tendências e mudanças ao longo do tempo. Além disso, estudos quantitativos descrevem e interpretam a realidade sem nela interferir (APPOLINÁRIO, 2012).

4.2.2 Local do estudo

Mesmo local onde foi desenvolvido o estudo metodológico.

4.2.3 Participantes da pesquisa

Foram participantes da pesquisa 199 pacientes internados nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Traumatologia e Serviço de Pronto Atendimento. Foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência.

Os critérios de inclusão para a seleção dos participantes foram: ter 15 anos ou mais (os menores de idade deveriam ter a autorização dos pais e/ou responsáveis); estar internado há mais de 24 horas nos locais selecionados para a pesquisa, pois acredita-se que este tempo de permanência possa ser suficiente para o conhecimento das normas e rotinas dos serviços de enfermagem; e, afirmar receber assistência de enfermagem durante o período de internação.

Os critérios de exclusão dos participantes se limitaram a: pacientes que evadiram ou foram transferidos de hospital no período de coleta de dados, pacientes sedados, acamados e não responsivos e pacientes que não manifestarem terem recebido cuidados de enfermagem durante o período de internação hospitalar.

Para seleção do tamanho amostral, foi adotado o critério proposto por Hill e Hill (2002). A seguir, apresentamos a fórmula:

$$n = \frac{X^2 \cdot N \cdot P \cdot (1 - P)}{d^2 (N - 1) + X^2 \cdot P \cdot (1 - P)}$$

Onde: **n**= tamanho da amostra

X²= valor do Qui-quadrado para 1 grau de liberdade ao nível de confiança de 0,05 e que é igual a 3,89 (valor fixo pré-determinado)

N= o tamanho da população

P= a proporção da população que se deseja estimar (pressupõe-se que seja 0,50 uma vez que esta proporção forneceria o tamanho máximo amostral)

d= o grau de precisão expresso em proporção (0,05)

O objetivo dessa regra é estimar o mínimo tamanho amostral para que seja possível a realização de determinados procedimentos estatísticos, uma vez que procedimentos diferentes apresentam necessidades específicas de número de participantes. Para sua realização, foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta dos dados. Buscando garantir nível de confiança mínimo de 95%, realizou-se o cálculo amostral por meio de fórmula matemática proposto por Hill e Hill (2002), que levou em consideração o número de até 40 pacientes por unidade de internação pesquisada em um período de coleta de 2 meses, além dos testes estatísticos a serem realizados. Assim, obteve-se um mínimo amostral 175 participantes.

4.2.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pela autora e por uma equipe de coletadores (bolsistas do grupo de pesquisa vinculado a este projeto) que foram previamente capacitados. Foram realizadas visitas de segunda-feira a sexta-feira no período diurno nas quatro unidades escolhidas para a entrega do instrumento, realizando a apresentação pessoal dos responsáveis pela coleta aos pacientes. Os objetivos da pesquisa foram descritos brevemente, a primeira folha do instrumento foi lida explicitando e enfatizando ao paciente a possibilidade de participar ou não da pesquisa, de acordo com a sua vontade. Foi destacada a observação de que ele poderia retirar sua permissão de participação a qualquer momento, sem nenhuma necessidade de justificativa. O instrumento foi aplicado pelo entrevistador devido às condições de alguns pacientes que não sabiam ler e escrever. Juntamente ao instrumento foi disponibilizada uma escala pictórica (APÊNDICE A), para facilitar o entendimento dos participantes acerca da escala likert do instrumento.

Os participantes foram informados que todos os dados estavam no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O TCLE foi entregue aos participantes e foi pedido assinatura em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o participante.

A inserção dos coletadores nos campos de coleta ocorreu de forma gradual. Primeiramente, esses fizeram o reconhecimento das unidades, para depois realizarem a coleta propriamente dita. A coleta foi realizada entre os meses de agosto de 2017 e janeiro de 2018.

4.2.5 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada mediante uso do software estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.0, facilitando o processo de visualização dos resultados e sua interpretação. Os resultados referentes à amostra estudada sofreram diferentes análises: estatística descritiva e estatística multivariada e bivariada com a utilização do teste de correlação de Pearson e análise de regressão linear.

A estatística descritiva constitui-se de um conjunto de técnicas que objetiva descrever, resumir, totalizar e apresentar dados de pesquisa por meio de técnicas de distribuição de frequência, medidas de tendência central (média, mediana e moda), medidas de dispersão e correlações (GAYA, 2008). Nesse estudo, a utilização de médias e distribuição de frequência dos construtos e seus indicadores permitiu analisar a satisfação dos usuários com os serviços de enfermagem.

Já a estatística multivariada foi realizada mediante diferentes testes estatísticos para verificar a correlação e predição entre as variáveis, os quais foram definidos após a correlação de Pearson e análise de regressão. A estatística multivariada permitiu analisar a satisfação dos usuários com o serviço de enfermagem e suas relações com variáveis previamente selecionadas.

4.2 ETAPA QUALITATIVA

4.2.1 Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo de caráter descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa descritiva realiza a descrição dos fatos e fenômenos de uma determinada realidade, enquanto a exploratória evidencia as possíveis experiências em torno do problema, com a intenção de adquirir maior conhecimento sobre o mesmo (VIEIRA, 2009).

4.2.2 Local de estudo

Os locais de estudo foram as unidades do hospital anteriormente descritos na etapa quantitativa.

4.2.3 Participantes do estudo

Os participantes da pesquisa foram os pacientes dos serviços de saúde internados nas unidades escolhidas do referido hospital, sendo selecionados mediante amostra não probabilística por conveniência. Os critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos participantes foram os mesmos critérios selecionados na etapa quantitativa.

O quantitativo de pacientes participantes desta etapa não foi o mesmo da etapa anterior, pois muitos pacientes se recusaram a responder a essa etapa, que foi em um primeiro momento, aplicada juntamente ao questionário quantitativo. Após a recusa constante na participação das duas etapas, a etapa qualitativa foi aplicada individualmente entre os meses de novembro de 2017 a janeiro de 2018, totalizando 38 pacientes.

4.2.4 Instrumento de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas gravadas. As questões foram elaboradas a partir das situações reconhecidas como relevantes para atender ao objetivo de conhecer os elementos relacionados à satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem, considerando dimensões relacionais como o relacionamento interpessoal, a comunicação, a confiança e a credibilidade. Assim, o guia de entrevista (APÊNDICE D) foi realizado após o pré-teste realizado na etapa quantitativa.

As entrevistas foram previamente agendadas e gravadas em mídia digital e tiveram duração de 15 a 20 minutos. Após, foram transcritas e transformadas em um corpus único de análise, organizado sob a forma textual de discurso dos sujeitos entrevistados.

4.2.5 Coleta dos dados

A coleta de dados foi realizada pela própria pesquisadora, através de entrevista gravada, seguindo um roteiro semiestruturado (APÊNDICE D), em data e local previamente agendados com os participantes que aceitaram participar da pesquisa. A entrevista foi realizada nas dependências do hospital universitário, garantindo a privacidade do participante durante a entrevista áudio-gravada, sendo aplicada no leito do paciente, respeitando sua privacidade e ofertando a possibilidade de utilização do biombo.

Ao final de cada entrevista, os participantes foram identificados através de uma letra P, de paciente, seguida do algarismo arábico correspondente ao número da entrevista, e da

letra correspondente a unidade de internação, ou seja, clínica médica (CM); clínica cirúrgica (CC); traumatologia (T) e serviço de pronto atendimento (SPA), buscando assim, garantir o anonimato de cada indivíduo. Ao final a identificação dos pacientes ficou da seguinte forma: P1CM, P1CC, P1T, P1SPA e assim por diante.

Foi adotado o uso de Termo de consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), assinado em duas vias, ficando uma com o respondente e outra com o pesquisador, explicando objetivos e demais informações do estudo, como a possibilidade de interromper a participação a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou implicação ao participante.

4.2.6 Análise dos dados

Os dados foram analisados conforme a análise textual discursiva. A análise se iniciou junto à coleta de dados, consistindo num processo integrado de análise e de síntese, baseado em uma leitura rigorosa e aprofundada dos textos, descrevendo e interpretando fenômenos e discursos. A análise textual discursiva trabalha com significados construídos a partir do conjunto de textos analisados, “o *corpus*”, que será delineado pelas transcrições das entrevistas (MORAIS; GALLIAZZI, 2013).

A análise textual discursiva, ainda que composta de elementos racionalizados e em certa medida planejados se constitui em um processo auto-organizado do qual emergem novas compreensões, “a partir de uma sequência recursiva de três componentes”: a unitarização, o estabelecimento de relações e a comunicação (MORAIS, GALIAZZI, 2013, p.12). Os resultados finais, criativos e originais, não podem ser previstos. Mesmo assim, é essencial o esforço de preparação e impregnação para que a emergência do novo possa concretizar-se (MORAIS; GALLIAZZI, 2013).

Na unitarização, os textos foram examinados em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado. Esta etapa foi realizada com intensidade e profundidade. O estabelecimento de relações, processo de categorização, envolveu construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo esses elementos unitários na formação de conjuntos que congregam elementos próximos, resultando em sistemas de categorias. Na categorização, reuniram-se as unidades de significado semelhantes, gerando categorias de análise. Na comunicação foram expressas as compreensões atingidas a partir dos dois focos anteriores, constituindo-se no último elemento do ciclo de análise proposto, resultando em metatextos que foram constituídos de descrição e interpretação, representando um modo de teorização sobre os fenômenos investigados (MORAIS; GALLIAZZI, 2013).

Dessa forma, a Análise Textual Discursiva se caracteriza como um ciclo que possibilita a emergência de novas compreensões com base na auto-organização. Essa compreensão é denominada metaforicamente de “tempestade de luz”, já que, emergindo do meio caótico e desordenado, resulta em “*flashes*” fugazes de raios de luz, iluminando os fenômenos investigados, possibilitando, por meio de um esforço de comunicação intensa, expressar novas compreensões ao longo da análise (MORAIS, GALIAZZI, 2013). Resultando em estratégias por meio do desenvolvimento de um modelo teórico que contribuíram para a visibilidade da satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem.

4.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 2012), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa local, sendo aprovado com o parecer nº 76/2017 (ANEXO II). Foi encaminhado um documento à direção dos hospitais (APÊNDICE C), solicitando a permissão para a execução desse projeto. No documento foram especificados os objetivos do estudo, bem como os possíveis riscos e benefícios envolvidos.

Os participantes do estudo receberam informações acerca do conteúdo dos questionários e instruções sobre o seu preenchimento, sendo informados quanto aos objetivos do estudo, riscos e benefícios e o caráter anônimo dos dados, bem como a natureza voluntária da participação através da assinatura do TCLE.

A devolução dos resultados obtidos será realizada na instituição pesquisada e à comunidade científica, por meio do encaminhamento de artigos científicos a periódicos de reconhecimento e relevância internacional. Os instrumentos e demais materiais utilizados estão guardados em arquivos específicos para esse fim, armazenados nas dependências da escola de enfermagem da FURG, e serão mantidos por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo serão apresentados os três artigos construídos a partir dos dados obtidos na pesquisa e que compõem essa tese. Os dois primeiros foram oriundos da etapa quantitativa do estudo e o terceiro da etapa qualitativa. O primeiro, intitulado “Adaptação cultural e validação do *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS)” refere-se à etapa de adaptação e validação do instrumento de coleta de dados, realizadas segundo parâmetros internacionais, através da análise fatorial e alfa de Crombach, garantindo sua fidedignidade para utilização no contexto brasileiro.

O segundo, denominado “Preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem” trata dos aspectos que compõem o processo de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem, através de uma pesquisa quantitativa realizada em um hospital público e universitário do sul do Brasil, mediante aplicação do *General Practice Nurse Satisfaction Scale* - versão brasileira.

Por fim, o terceiro artigo, intitulado “Satisfação do paciente com os serviços de enfermagem: construção de modelo teórico” apresenta os resultados referentes à construção de um modelo teórico, através de uma pesquisa qualitativa realizada no mesmo hospital onde foi realizada a etapa quantitativa.

ARTIGO 1

Adaptação cultural e validação do *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS)

Objetivo: adaptar culturalmente e validar o instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale* para o contexto brasileiro. **Método:** estudo metodológico, realizado por meio das etapas de tradução, síntese, retro-tradução, avaliação pelo comitê de especialistas, pré-teste e revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores. A amostra foi constituída de 199 pacientes internados no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018 nas unidades de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Traumatologia e Serviço de Pronto Atendimento de um hospital público e universitário no sul do Brasil. A análise dos dados ocorreu por meio de análise fatorial e alfa de Cronbach. **Resultados:** mediante avaliação de comitê de especialistas e realização de pré-teste, a validade de face e conteúdo do instrumento foram considerados satisfatórios. A partir da análise fatorial, foram validadas 21 questões divididas em quatro constructos: relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade e dedicação. O instrumento apresentou consistência interna satisfatória, com alfa de Cronbach 0,93 e variando entre 0,87 e 0,66 para os constructos. **Conclusão:** a versão brasileira do instrumento tem validade e fidedignidade para ser utilizada na avaliação da satisfação do paciente com o serviço de enfermagem.

Descritores em português: Estudos de Validação; Satisfação do paciente; Enfermagem.

Descritores em inglês: Validation Studies; Patient satisfaction; Nursing.

Descritores em espanhol: Estudios de Validación; Satisfacción del paciente; Enfermería.

Introdução

A satisfação do paciente, no âmbito hospitalar, se refere à reação de um indivíduo sobre os aspectos mais salientes de seu atendimento, mostrando-se como uma resposta comportamental e subjetiva dos aspectos que envolvem o cuidado ⁽¹⁾. Assim, para que seja avaliada de forma suficiente, a satisfação do paciente necessita de instrumentos específicos de mensuração ⁽²⁻³⁾.

Ao identificar a satisfação do ponto de vista dos pacientes, a tomada de decisão e a realização de ações em saúde podem ser melhores direcionadas às suas reais necessidades ⁽⁴⁾, principalmente em relação aos hospitalizados, pois a expectativa criada por esses e a percepção que eles têm do cuidado intra-hospitalar recebido são aspectos que definem seu grau de satisfação ⁽⁵⁾. Embora os pacientes adultos não sejam sempre considerados como vulneráveis, a combinação da situação de hospitalização e necessidade de cuidados da equipe de saúde pode constituir uma situação difícil para que esses expressem de forma plena as suas opiniões e escolhas ⁽⁶⁾.

Acredita-se que as ações desenvolvidas pelos enfermeiros nas instituições hospitalares necessitam ser investigadas em virtude da evolução tecnológica, das necessidades crescentes de assistência à saúde e da cobrança dessa assistência por parte da comunidade ⁽⁷⁾. Nessa perspectiva, estudar a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem pode favorecer um melhor planejamento da assistência, identificando os atributos que contribuem ou não para a satisfação desses, podendo auxiliar também nas transformações das práticas dos gestores, pois os resultados da pesquisa de satisfação podem ser utilizados como indicadores de qualidade da assistência, orientando a tomada de decisão gerencial ⁽⁷⁾.

Os enfermeiros podem ajudar nesse processo, pois são considerados o principal vínculo entre o paciente e o hospital e se constituem em maior número de profissionais com contato ininterrupto com os pacientes, podendo promover a manutenção, recuperação e reabilitação da saúde por meio do cuidado de enfermagem ⁽⁷⁾.

A satisfação do paciente é pesquisada em diversos países e com metodologias diversas, tanto qualitativas ⁽⁸⁾, quantitativas ⁽³⁾, quanto por métodos mistos ⁽⁴⁾. Os principais achados caracterizam a satisfação do paciente com o enfermeiro na perspectiva de questões que perpassam a clínica ^(2,9) e caracterizam o cuidado embasado na atenção ao paciente ⁽¹⁰⁾ como do funcionamento e da organização dos serviços de saúde ⁽¹¹⁾.

Além disso, estudos nacionais e internacionais apontam que os principais achados nas pesquisas de satisfação do paciente auxiliam na avaliação da qualidade ^(5,12), bem como a conhecer e compreender a correlação do atendimento e da satisfação do paciente por meio de uma assistência integral e compartilhada entre pacientes e profissionais de saúde ^(2,10,12).

Inúmeros instrumentos foram desenvolvidos desde os anos 70 em nível internacional para avaliar a satisfação do paciente em relação à prestação de cuidados de saúde hospitalar. Estes incluem o Questionário de Satisfação do Paciente ⁽¹³⁾, o instrumento de Qualidade do Serviço ⁽¹⁴⁾, entre outros. Atualmente, na França, por exemplo, a satisfação do paciente no hospital é realizada pelo I-Statix e ocorre em todos os hospitais desde 2015 ⁽³⁾.

No Brasil, ainda são incipientes estudos acerca da satisfação do paciente no ambiente hospitalar com os serviços de enfermagem, além de existirem poucas validações de instrumentos nessa perspectiva, principalmente em relação as dimensões contempladas no GNPS. Estudos evidenciam que as dimensões relacionais da assistência centrada no paciente e profissional influenciam na satisfação do paciente porque essas dimensões são as que ele mais valoriza em um atendimento (BACHNICK et al., 2018/ KVAEL et al., 2018), o que justifica esse estudo. A validação de instrumentos também visa conhecer e minimizar viés de aferição e melhorar a consistência dos achados obtidos ⁽¹⁵⁾.

Os instrumentos mais utilizados e validados no Brasil são: o Instrumento de Satisfação do Paciente (ISP), constituído de 25 itens que mensuram a satisfação do paciente em relação ao domínio profissional, educacional e confiança ⁽¹⁶⁾ e o Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS), instrumento com mais de 30 questões que mensura a satisfação do paciente com o cuidado de enfermagem e as experiências que ele vivencia com a assistência durante o período de hospitalização ⁽¹⁷⁾. Dessa forma, considera-se importante disponibilizar outros instrumentos que enfatizem os aspectos interpessoais no relacionamento entre enfermeiro e paciente ⁽⁹⁾, sendo necessária a validação de instrumentos capazes de contribuir no reconhecimento dos fatores promotores da satisfação ⁽³⁾.

Principalmente na Austrália tem-se utilizado o instrumento australiano *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS), que foi desenvolvido para analisar a satisfação dos pacientes sob o enfoque de duas dimensões. A primeira se refere ao relacionamento interpessoal e comunicação, verbal e não verbal. A segunda, se refere à confiança e credibilidade, podendo ser utilizado em diferentes instituições de saúde, evidenciando o atendimento do enfermeiro para além das questões clínicas e instrumentais ⁽⁹⁾.

Dessa forma, objetivou-se adaptar culturalmente e validar o instrumento *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS) para o contexto brasileiro.

Método

Estudo metodológico em que foi realizada a adaptação cultural do instrumento GNPS segundo recomendações da literatura científica internacional ⁽¹⁸⁾ e sua validação para utilização no contexto brasileiro. O processo envolveu a tradução e retrotradução dos 21 itens da versão original do instrumento em inglês para o português do Brasil, sua validade de face e conteúdo, da mesma maneira que a descrição das propriedades psicométricas relacionadas a sua validade de construto e confiabilidade, mediante análise fatorial e alfa de Cronbach. Os aspectos éticos foram respeitados, conforme as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de forma que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, nº 76/2017.

Instrumento Original

A escala original da Austrália consiste de 27 itens, relacionados a habilidades de comunicação interpessoal, conhecimento e competências do enfermeiro. As declarações sobre

o estado de saúde e satisfação foram classificadas numa escala likert de 5 pontos de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os itens foram pontuados de 1 a 5, com escores mais altos que indicavam maiores níveis de satisfação ⁽⁹⁾.

A partir da aplicação do GNPS em 739 pacientes, seis itens foram excluídos após a análise fatorial, melhorando o alfa de crumbach. O total de 21 itens foi estabelecido para mensuração da Satisfação, sendo as primeiras 14 deles para mensuração da Credibilidade e Confiança e outros sete para estimação do Relacionamento Interpessoal e Comunicação.

Adaptação cultural: validação de face e conteúdo do instrumento

A adaptação da escala GNPS para a cultura brasileira ocorreu após a autorização dos autores, dada via e mail. Assim, a adaptação ocorreu mediante seis estágios, que tiveram como objetivo adequar a escala de forma completa, por meio da adaptação semântica, idiomática, experimental e conceitual entre o instrumento original e o adaptado.

As seis etapas consistiram em estágio I- tradução inicial; estágio II- síntese das traduções; estágio III- *backtranslation*; estágio IV- comitê de especialistas; estágio V- pré-teste; estágio VI- revisão do processo de adaptação pelos pesquisadores ⁽¹⁸⁾.

Na primeira etapa de adaptação do GNPS, o instrumento foi enviado a dois tradutores bilíngues. Esses realizaram a tradução da língua inglesa para a portuguesa. Em relação aos tradutores, um deles foi informado dos objetivos e da temática do instrumento de coleta, ao outro nada foi informado. Após, foi realizada síntese das versões traduzidas e a construção de uma única versão contendo as duas traduções. Em seguida foi realizada a etapa de *backtranslation*, em que a versão síntese sofreu uma retrotradução para versão original em inglês por outros dois tradutores que não foram informados do conteúdo e objetivos do instrumento para que fossem evitados significados equivocados.

A versão retrotraduzida foi enviada a um comitê de especialistas contendo cinco professores doutores com experiência na temática, área de pesquisa quantitativa e elaboração de instrumentos para pesquisa em enfermagem. Realizou-se a avaliação das equivalências semânticas, culturais, idiomáticas e conceituais, bem como a validade de face da escala, sendo a mesma aprovada para ser utilizada no pré-teste, assim, a versão pré-final do instrumento foi realizada. Essa versão foi aplicada em uma amostra de 30 pacientes em três unidades de internação, clínica médica (CM); clínica cirúrgica (CC); traumatologia (T) e Serviço de Pronto-atendimento (SPA).

O objetivo do pré-teste foi confirmar se os itens da escala representavam o conteúdo desejado para análise. Ele foi aplicado individualmente para que todos pudessem relatar as facilidades e possíveis dificuldades no preenchimento, podendo sugerir modificações na redação das questões, se achassem convenientes ⁽¹⁸⁾. Ao final foi feita uma revisão pelos pesquisadores que realizaram as adequações necessárias na escala para facilitar sua compreensão para aplicação na amostra selecionada. Após os procedimentos de adaptação cultural do instrumento, a versão final do GNPS na versão brasileira foi considerada aprovada para que fosse aplicada no contexto brasileiro.

Local e participantes do estudo

A versão final da escala foi aplicada em um Hospital Universitário Federal do sul do Brasil, de caráter público e de ensino, que possui um total de 216 leitos. Na seleção dos participantes utilizou-se amostragem não probabilística por conveniência.

Realizou-se o cálculo amostral por meio de fórmula matemática ⁽¹⁹⁾, que levou em consideração o número de até 40 pacientes por unidade de internação pesquisada em um período de coleta de 2 meses, além dos testes estatísticos a serem realizados. Assim, obteve-se um mínimo amostral 175 participantes.

Coleta de dados

As escalas foram aplicadas aos pacientes de maneira individual e com a leitura dessas pelo entrevistador. Também foi utilizado o recurso de uma escala pictórica para maior esclarecimento e entendimento do padrão de respostas das questões pelos pacientes. O tempo estimado para preenchimento do instrumento variou entre 10 e 15 minutos.

O período de coleta foi realizado entre agosto de 2017 a janeiro de 2018 por uma equipe de bolsistas que foram capacitados para realizar a coleta e pela pesquisadora. A coleta foi realizada no leito respeitando a privacidade do paciente por meio da oferta de colocação de um biombo. A realização do questionário ocorreu conforme o fluxo de admissão dos pacientes nas unidades de pesquisa. Assim, por meio de uma escala confeccionada para organização da pesquisa, essas unidades eram visitadas pelos coletadores durante a semana para averiguar a admissão de novos pacientes e a retomada das coletas seguindo os critérios de inclusão.

Validação de constructo da escala

Após a aplicação dos questionários, dois testes foram realizados para garantir a validação de constructo dos instrumentos: a análise fatorial e o alfa de Cronbach. A sumarização dos dados foi realizada através da identificação de fatores comuns entre as questões, agrupando-as em constructos através da média das respostas.

Como método de extração foi definida a análise de componentes principais e aplicado a rotação ortogonal Varimax com o objetivo de discriminar melhor a pertinência das variáveis aos componentes identificados. A formação dos fatores obedeceu a dois critérios: o grau de associação entre as variáveis, encontrado através das cargas fatoriais ($>,400$); e o seu grau de subjetividade ⁽²⁰⁾. Com a utilização do alfa de Cronbach, foi avaliado o nível de confiabilidade do instrumento e dos constructos formados, verificando se essas conseguiram medir de forma sólida o tema em questão ⁽²⁰⁾.

Resultados

A avaliação de todos os itens foi pertinente e sua coerência semântica, cultural, idiomática e conceitual tiveram consenso pelo comitê de especialistas, assegurando a validade de face da escala. Em relação à validade de conteúdo, o pré-teste foi realizado com 30 pacientes em diferentes unidades de internação, sendo 10 da Clínica Médica, 10 Clínica Cirúrgica e 10 da Traumatologia. Dessa forma, foi possível confirmar que os itens da escala representavam o conteúdo analisado, de modo que foram sugeridas pequenas adequações nas questões, referentes a linguagem e colocação verbal.

Duas questões foram complementadas para maior entendimento dos pacientes. Na questão 1, “Eu sinto confiança no enfermeiro”, foi sugerido além da mudança do tempo verbal e forma de escrita, uma complementação. Desse modo, a questão 1 foi complementada da seguinte forma: “Você sente confiança nas enfermeiras que estão te atendendo durante sua internação.” A outra questão com complementação foi a de número 3, “Eu recomendaria este enfermeiro para meus parentes e amigos” para “Você recomendaria as enfermeiras que estão te atendendo durante a tua internação para seus parentes e amigos.

A questão 8, “Eu gostaria que o enfermeiro repetisse novamente este procedimento na próxima consulta.” sofreu uma substituição da expressão “próxima consulta” para “próxima vez”, ficando a questão da seguinte forma “Você gostaria que a enfermeira repetisse os

procedimentos na próxima vez.” A mudança de pessoa ocorreu porque as afirmações foram feitas e lidas pelo entrevistador, pois muitos pacientes não sabiam ler e nem escrever.

Após ocorrer a avaliação do comitê de especialistas e a realização do pré-teste, o instrumento já adaptado culturalmente foi aplicado na amostra. Em relação aos dados sociodemográficos da amostra estudada, obteve-se um total de 199 pacientes, dos quais 104 (52,03%) eram do sexo feminino e 95 (47,7%) do sexo masculino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 51,54 anos, variando entre 15 e 92 anos, sendo 62 anos a moda de idade entre os participantes.

Em relação aos dados socioeconômicos, a maioria dos pacientes tinha grau de instrução fundamental/primeiro grau incompleto 112(56,3%), seguido de 27(13,6%) com médio/segundo grau completo, 12(6%) com superior incompleto, 12 (6%) fundamental/primeiro grau completo, 11(5,5%) não sabiam ler nem escrever, 9(4,5%) sabiam ler/escrever, 8(4%) com médio/segundo grau incompleto, 7(3,5%) com superior completo e 1(0,5%) com pós-graduação. Em relação à renda, a maioria dos pacientes 96 (49,5%) recebia até 1 salário mínimo, seguido de 64 (33%) de 1 a 3 salários mínimos, 28 (14,4%) nenhuma renda, 4(2,1%) de 3 a 6 salários mínimos e 2 (1%) de 6 a 9 salários mínimos.

Para a validade de constructo, as 21 questões do instrumento foram submetidas à análise fatorial exploratória rotação ortogonal varimax para verificar a validade discriminante do instrumento. Mediante rotação, foram formados quatro constructos que evidenciaram elevada comunalidade e carga fatorial, ambas superiores a 0,400 em todos os itens.

Em relação à fidedignidade dos quatro constructos do instrumento, foi realizado teste de confiabilidade por meio do alfa de Cronbach, que apresentou valor 0,93 para o instrumento. Os coeficientes dos constructos 1 e 2 situaram-se entre 0,87 e 0,85, e dos constructos 3 e 4 situaram-se entre 0,70 e 0,66, valores considerados aceitáveis para estudos exploratórios, evidenciando, assim, a fidedignidade da escala na amostra selecionada.

A Tabela 1 apresenta as cargas fatoriais de cada constructo de acordo com sua formação nos fatores, a variância explicada, e os valores do alfa de Cronbach.

Tabela 1. Análise Fatorial Exploratória (rotação Varimax). Rio Grande, RS, Brasil, 2018

Indicadores	Bloco	F1	F2	F3	F4
Relacionamento interpessoal e Comunicação					
q21 A enfermeira te ajuda a compreender aquilo que o médico disse.	,625	,752	,178	,16	-,053

q20 A enfermeira explica tudo claramente.	,661	,693	,347	-,019	,245
q17 A enfermeira é paciente com suas perguntas e preocupações.	,629	,639	,287	,334	,166
q15 A enfermeira é amigável e cordial.	,638	,623	,428	,253	,038
q11 A enfermeira e o médico trabalham muito bem em equipe.	,655	,609	,006	,417	,333
q16 A enfermeira te respeita.	,601	,602	,378	,245	,186
q18 A enfermeira presta atenção naquilo que você fala.	,502	,571	,282	,223	,216
q19 A enfermeira te incentiva a fazer perguntas.	,426	,537	,155	,129	,312
q14 A enfermeira é atenciosa e se importa com você.	,652	,458	,399	,323	,423
		0,87			

Confiança

q2 Você acredita na enfermeira.	,671	,244	,765	,159	,044
q1 Você sente confiança nas enfermeiras que estão te atendendo durante sua internação.	,63	,149	,759	,148	,103
q4 Você seguirá as recomendações da enfermeira.	,611	,247	,677	,113	,281
q13 A enfermeira é confiante na capacidade de cuidar da sua saúde.	,634	,349	,539	,383	,272
q7 A enfermeira parece atualizada a respeito das informações sobre saúde.	,527	,309	,529	,094	,378
q3 Você recomendaria as enfermeiras que estão te atendendo durante a tua internação para seus parentes e amigos.	,561	,330	,506	,268	,352
			0,85		

Credibilidade

q9 Se o médico perguntasse sua opinião a respeito da enfermeira, esta seria positiva.	,747	,180	,142	,764	,332
q8 Você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimentos na próxima vez.	,597	,173	,208	,703	-,171

q10 As enfermeiras que estão te atendendo são muito cuidadosas.	,696	,370	,290	,646	,241
				0,70	
Dedicação					
q6 A enfermeira lhe deu recomendações úteis.	,574	,045	,167	,190	,713
q5 Você consulta a enfermeira.	,568	,229	,223	-,069	,679
q12 A enfermeira dedica tempo suficiente a você.	,689	,468	,113	,447	,507
Alfa de Cronbach					0,66

% variância explicada – rotated (61,401%)

Alfa de Cronbach (instrumento 0,93).

KMO medida de adequação da amostra (KMO = 0,927).

Teste de Bartlett: qui-quadrado = 2197,877.

Fonte: resultados da pesquisa

Assim, em sua versão final, o instrumento apresentou quatro construtos, sendo constituído por 21 itens: relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade; e, dedicação conforme representado no quadro 1.

Quadro 1. Definição dos constructos da satisfação dos pacientes formados a partir da análise fatorial – Rio Grande 2018.

Constructo	Definição do constructo
Relacionamento interpessoal e comunicação	Questões referentes ao auxílio dos enfermeiros na compreensão da saúde dos pacientes, explicações claras e completas, paciência, cordialidade, trabalho em equipe, respeito, atenção e incentivo ⁽²¹⁾ .
Confiança	Questões relativas ao paciente acreditar no que o enfermeiro informa, confiar no atendimento, seguir as recomendações do enfermeiro, confiar na capacidade de cuidado pelo enfermeiro, observar o quanto o enfermeiro é atualizado e recomendar a equipe de enfermagem aos amigos e parentes ⁽²²⁾ .
Credibilidade	Questões relativas a opinião positiva dos pacientes sobre o enfermeiro, desejo de repetição dos procedimentos pelos enfermeiros e a questão do atendimento cuidadoso prestado pelos enfermeiros ⁽¹⁰⁾ .
Dedicação	Questões referentes a recomendações úteis dos enfermeiros para os pacientes, consulta de enfermagem e dedicação de tempo no atendimento ⁽²⁾ .

Fonte: resultados da pesquisa

Discussão

A inclusão da satisfação dos pacientes hospitalizados como uma medida de avaliação do atendimento de enfermagem pode fornecer informações importantes sobre a percepção do paciente em relação a sua experiência na internação e uma compreensão acerca das suas expectativas, favorecendo o desenvolvimento e valorização do atendimento ^(23,24). Desse modo, a validação do instrumento para versão em português se apresenta como um importante recurso na busca pelos fatores promotores da satisfação do paciente hospitalizado no contexto brasileiro.

Conforme evidenciado nos resultados apresentados, a aplicação da GNPS exibiu quatro constructos que, em relação à estrutura e definição conceitual, apresentam algumas diferenças dos resultados obtidos no estudo de validação do instrumento original ⁽⁹⁾. As diferenças se referem, principalmente, a cumunalidade em todos os itens, o que não ocorreu no instrumento original. Os quatro constructos formados, assim como o instrumento de uma forma geral, possuem aderência teórica à literatura da satisfação do paciente, evidenciando a associação das suas dimensões com a assistência de enfermagem. Destaca-se ainda que a versão brasileira é a primeira a ser disponibilizada no Brasil de modo que não são encontradas na literatura outras versões do instrumento GNPS para o contexto específico em unidades de internações hospitalares. Já que o GNPS original foi aplicado no contexto da saúde pública em atenção básica.

As diferenças entre os estudos evidenciaram singularidades na aplicação da GNPS em diferentes ambientes e culturas, demonstrando que o modo como os pacientes percebem os fatores que promovem a satisfação com o atendimento de enfermagem pode variar em diferentes contextos ⁽¹⁰⁾. Diferenças nos sistemas de saúde, na sociedade, na cultura e nos valores, e as expectativas dos pacientes em relação à qualidade do serviço de saúde podem influenciar a estrutura psicométrica de instrumentos de medida e seus processos de validação a novos contextos, podendo ocorrer versões diferentes do mesmo instrumento ⁽²⁴⁾.

Em relação aos constructos, as questões relacionais evidenciadas pelos pacientes nas unidades de internação pesquisadas influenciam na percepção de satisfação com o atendimento de enfermagem, e demonstram a influência da relação interpessoal aliada à comunicação, corroborando a outros estudos nacionais e internacionais que indicam que a comunicação é um elemento essencial no cuidado, sendo o alicerce de relações interpessoais

(25), e que há relação estreita e direta entre comunicação e relacionamento interpessoal, constatando que não basta apenas aumentar a frequência da comunicação senão houver qualidade na interação entre pacientes e enfermeiros (21).

Os itens desse instrumento agruparam questões relacionadas ao auxílio dos enfermeiros para a compreensão acerca da saúde dos pacientes, realizando explicações claras e completas, com cordialidade, respeito, atenção. O constructo mostrou-se pertinente, haja vista que dificuldades relacionadas à comunicação e relacionamento interpessoal com enfermeiros podem prejudicar o atendimento (21,26).

Os três constructos seguintes foram divididos, fornecendo maior clareza das questões que envolveram a confiança e a credibilidade. Além disso, houve a inclusão do constructo “Dedicação”. Segundo a literatura internacional, a distinção entre confiança e credibilidade é clara, primeiro é necessário existir a confiança para depois ocorrer a credibilidade, sendo, portanto, atributos diferentes e que necessitavam ser tratados distintamente (4).

Estudos internacionais evidenciam que o paciente confia na capacidade que o enfermeiro desempenha ao realizar o seu cuidado e observa o quanto o enfermeiro é atualizado (4,27), se assemelhando ao estudo que ainda caracterizou a recomendação da equipe de enfermagem pelos pacientes aos amigos e parentes, evidenciando que o enfermeiro estabelece relação de confiança ao compreender o desejo dos pacientes acerca de suas necessidades individuais (4).

No terceiro constructo “credibilidade” foram apresentadas 3 questões que se referiram à opinião dos pacientes sobre o enfermeiro, se essa seria positiva ou não, se ele aceitaria e gostaria que o enfermeiro repetisse os procedimentos se houvesse uma próxima vez, e considerações sobre o cuidado dos enfermeiros. Esse constructo se mostrou consistente com o exposto pela literatura, que evidenciou que a credibilidade, apesar de não ter um conceito fechado, possui relação direta com a opinião dos pacientes e aceitação (10). Portanto, está diretamente relacionada com a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem e só ocorrerá após o paciente sentir confiança no que o enfermeiro faz e diz. Porém, isso acontecerá de forma distinta, pois a credibilidade pode demorar a ocorrer após o paciente adquirir a confiança e isso pode não acontecer com todos os pacientes, por se tratar de atributos subjetivos (10).

No constructo dedicação, três questões foram apresentadas, que se referiram a recomendações úteis dos enfermeiros para os pacientes, consulta de enfermagem e tempo no atendimento. Esse se mostrou condizente com a literatura, uma vez que a continuidade temporal, as informações e orientações úteis e com qualidade são importantes em termos de

acompanhamento e valorização ao paciente, auxiliando em sua satisfação com o atendimento de enfermagem ⁽¹⁰⁾.

Conclusão

Os resultados encontrados evidenciam que a *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS) na versão brasileira é um instrumento que tem capacidade de avaliar a satisfação dos pacientes com a assistência de enfermagem, contribuindo para a compreensão das dimensões que interferem na satisfação. Foi possível identificar quatro fatores que explicaram a satisfação dos pacientes sendo eles: Relacionamento Interpessoal e Comunicação; Confiança; Credibilidade e Dedicção.

A validação da versão em português da GNPS se apresenta como uma tecnologia inovadora, obtendo importantes indicadores potenciais que promovem a satisfação e/ou insatisfação dos pacientes, fornecendo informações relevantes sobre as formas de atendimento e interação dos enfermeiros durante a internação hospitalar no contexto brasileiro. O estudo teve como limitações a aplicabilidade em um único contexto e a inexistência da aplicabilidade da GNPS em outros contextos e países para possíveis comparações.

Esse instrumento adaptado poderá ser aplicado em outras localidades do Brasil, a fim de verificar a possibilidade ou não de significâncias que afetem a percepção de satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem, como também pode servir de ferramenta para hospitais universitários mensurarem a dimensão da satisfação em seus ambientes de internação e, assim, poder desenvolver estratégias para manter ou modificar as suas realidades.

Referências

1. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3):201-3.
2. Nazir, B. Bernard, J. Myers, K. Abrahamson, Can Patients Be the CEO of Their Skilled Nursing Stay? Description of a Person-Centred Model of Sub-acute Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 905-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.022>
3. Feldman SF, Lapidus N, Cosnes J, Tired E, Fonquernie L, Cabane J, et al. Comparing Inpatient Satisfaction Collected via a Web-Based Questionnaire Self-Completion and Through a Telephone Interview: An Ancillary Study of the SENTIPAT Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2017 Aug; 19(8): e293.

4. Desborough J, Phillips C, Moinhos J, Korda R, Bagheri N, Banfield M. Developing a positive patient experience with nurses in general practice: an integrated model of patient satisfaction and enablement. *J Adv Nurs*. 2018 Mar; 74(3):564-578. doi: 10.1111/jan.13461.
5. Wong EL, Coulter A, Hewitson P, Cheung AWL, Yam CHK, Lui SF. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS One*. 2015; 10(4): e0122299.
6. Barlem-Tomaschewski GJ, Lunardi VL, Barlem ELD, Ramos AM, Figueira AB, Fornari NC. Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2015; 49(5): 811-818.
7. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh*. 2017 Jan; 49(1): 73–79.
8. Lichon M, Kavcic M, Masterson D. A comparative study of contemporary user involvement within healthcare systems across England, Poland and Slovenia. *Journal of Health Organization and Management*. 2015; 29(5): 625-636.
9. Halcomb EJ, Caldwell B, Salamonson Y, et al. Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011; 43 (3): 318-27.
10. Kvael L, Debesay J, Langaas A, Bye A, Bergland A. A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. 2018 Mar 5. pii: S0738-3991(18)30109-5. doi: 10.1016/j.pec.2018.03.005.
11. Beattie M, Lauder W, Atherton L, Murphy D. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2014; 3(4), 2014.
12. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2):177-82.
13. Ware JE Jr, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):247–63.
14. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Servqual: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J Retailing*. 1998;64(1):12–40.
15. Almeida RS, Bourliataux-Lajoie S, Martins S. Instrumentos para mensuração da satisfação dos usuários de serviços de saúde: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*. 2015; 31(1): 11-25.
16. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(1):71-7
17. Dorigan GH, Guirardello EB. Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(3): 562-8.

18. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*. 2000; 25(24): 3186–91.
19. Hill MM, Hill A. *Investigação por questionário*. Lisboa: Editora Sílabo, 2002.
20. Cohn EG, Jia H, Larson E. Evaluation of statistical approaches in quantitative nursing research. *Clin Nurs Res*. 2009;18(3):223-41.
21. Sims S, Leamy M, Davies N, Schnitzler k, Levenson R, Mayer F et al. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. *BMJ Qual Saf*. 2018 Mar 14. pii: bmjqs-2017-006757.
22. Desborough J, Banfield M, Phillips C, Mills J. The process of patient enablement in general practice nurse consultation: a grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2017; 73(5): 1085-96.
23. Gromulska L, Goryński P, Supranowicz P, Wysocki MJ. Responsiveness to the hospital patient needs in Poland. *Rocz Panstw Zakl Hig* 2014;65(2):155-164.
24. Wong EL, Coulter A, Hewitson P, Cheung AWL, Yam CHK, Lui SF. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS One*. 2015; 10(4): e0122299.
25. Martins PF, Perroca MG. Necessidades de cuidados: o olhar do paciente e da equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*.2017; 70(5): 10801086.
26. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014; 29(1):3-7.
27. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016 Dec; 99(12):1923-1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026

ARTIGO 2

Preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem

Resumo

Objetivo: Analisar os preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 199 pacientes internados na clínica médica, cirúrgica, traumatológica e serviço de pronto atendimento de um hospital universitário público do sul do Brasil, por meio da aplicação da *General Practice Nurse Satisfaction Scale-Versão Brasileira*. Para análise dos dados utilizaram-se elementos da estatística descritiva, correlação de Pearson e análise de regressão linear. **Resultados:** Identificaram-se correlações entre todos os constructos (relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade e dedicação). Como preditor da satisfação geral do paciente com a assistência de enfermagem, identificou-se o constructo relacionamento interpessoal e comunicação. Os preditores de cada constructo envolveram respectivamente as questões: “a enfermeira te ajuda a compreender aquilo que o médico disse” (questão 21); “você seguirá as recomendações da enfermeira” (questão 4); “você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimentos na próxima vez” (questão 8); e, “a enfermeira dedica tempo suficiente a você” (questão 12). **Conclusão:** o preditor geral de satisfação do paciente foi o *relacionamento interpessoal e comunicação*, seguidos das questões contidas em cada constructos demonstrando a importância dos aspectos relacionais do cuidado.

Descritores em português: Satisfação do paciente; Enfermagem; Avaliação em saúde.

Descritores em inglês: Patient satisfaction; Nursing; Health Evaluation.

Descritores em espanhol: Satisfacción del paciente; Enfermería; Evaluación em salud.

Introdução

Não há uma abordagem comum para definir a satisfação do paciente, por isso há a necessidade de medidas comuns de avaliação do paciente com os serviços de enfermagem como meio de facilitar as comparações entre os estudos e reduzir a confusão e o ceticismo em relação ao que a satisfação realmente mede. O debate deve centrar-se não somente se os pacientes podem fornecer medidas de qualidade significativas, mas sobre como melhorar a satisfação do paciente e em que aspectos essa satisfação deve ser avaliada ⁽¹⁾.

É necessário compreender que a satisfação do paciente, apesar de apresentar inconsistência em sua definição, faz parte do se denomina cuidados de qualidade e não é somente a consequência disso ⁽²⁾, ela é ainda considerada como o grau de congruência entre as expectativas e percepções subjetivas do paciente com o cuidado recebido ⁽¹⁾.

Dessa forma, entender como que os pacientes visualizam a satisfação é imprescindível, pois essa é observada de maneira diferente da visão dos profissionais de saúde. Pacientes não possuem o conhecimento necessário para avaliar a qualidade técnica do

atendimento, eles são capazes de apreciar a qualidade funcional que se refere à maneira como o serviço de saúde é prestado ⁽³⁾, valorizando cuidados interpessoais embasados no estabelecimento de uma relação de interação que envolve respeito, compreensão, escuta cuidadosa, empatia, entre outros atributos, que segundo estudos internacionais de referência, são os impulsionadores mais fortes da satisfação geral do paciente ⁽⁴⁻⁵⁾.

A avaliação dos pacientes sobre os serviços que recebem é considerada preditiva e uma ferramenta realista para proporcionar oportunidades de melhoria ⁽⁶⁾, limitar a medição de sua satisfação a uma única dimensão pode excluir interações que podem afetar experiências e resultados confiáveis de satisfação ⁽¹⁾, por isso se faz necessário pesquisar a satisfação na perspectiva da qualidade funcional ⁽³⁾, levando em consideração o relacionamento interpessoal, comunicação, confiança, credibilidade entre outros atributos para mensurar os preditores que mais influenciam na satisfação do paciente ⁽⁷⁾. Além disso, é importante realizar correlações das variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, procurando caracterizar a população estudada para que futuros estudos possam ser comparados ⁽³⁾.

Assim, estudar a satisfação do paciente sob a perspectiva dos resultados pode oportunizar elencar estratégias de mudança prática, saindo do mundo da subjetividade ^(1,3). Portanto, na prática diária dos serviços de enfermagem faz-se necessário considerar os aspectos relacionais do cuidado, que vão além das questões médicas e técnicas ⁽⁸⁾, sendo necessário oferecer mais do que a enfermagem instrumental e clínica ⁽⁴⁾. É preciso desenvolver uma experiência positiva dos pacientes por meio do seu envolvimento na assistência, além do estabelecimento de parcerias habilitadoras entre enfermeiros e pacientes ⁽⁸⁾.

Estudar a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem justifica-se diante da importância do enfermeiro, assim como a de sua equipe na dinâmica de trabalho nas instituições hospitalares. Estudo indica que o atendimento do enfermeiro é determinante e o mais significativo para a satisfação geral do paciente, pois esse profissional é considerado o maior e mais importante recurso humano nas organizações de saúde ⁽⁹⁾. Dada a sua presença contínua na beira do leito, esses profissionais detêm papel central no cuidado de pacientes hospitalizados e influenciam no atendimento ⁽¹⁰⁾. Além disso, o contato mais frequente entre enfermeiro e paciente permite que o enfermeiro, por meio do estabelecimento de uma comunicação com qualidade, antecipe as necessidades do paciente e tome as medidas preventivas e colaborativas para o seu bem-estar e saúde ⁽¹¹⁾.

Diante do exposto, questiona-se: quais são os preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem? Assim, tem-se como objetivo: Analisar os preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem.

Método

Estudo transversal realizado com 199 pacientes internados nas unidades de clínica médica, cirúrgica, traumatologia e serviço de pronto atendimento de um Hospital Universitário (HU) público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Sul do País. Os critérios de inclusão foram: possuir mais de 15 anos, estar orientados em tempo e espaço e internados há mais de 24 horas. Os menores de idade deveriam ter o consentimento dos pais e/ou responsáveis. Os critérios de exclusão se referiram a pacientes em alta hospitalar e pacientes não responsivos.

Foi utilizada a modalidade de amostragem não probabilística por conveniência, de modo que os participantes da pesquisa foram selecionados de acordo com sua presença e disponibilidade no local e no momento em que ocorreu a coleta dos dados. Buscando garantir nível de confiança mínimo de 95%, realizou-se o cálculo amostral por meio de fórmula matemática ⁽¹²⁾, que levou em consideração o número de até 40 pacientes por unidade de internação pesquisada em um período de coleta de 6 meses, além dos testes estatísticos a serem realizados. Assim, obteve-se um mínimo amostral 175 participantes.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2017 a janeiro de 2018, após leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Para coleta de dados, foi utilizada a *General Practice Nurse Satisfaction Scale – Versão Brasileira*, composta por 21 questões, para identificar os fatores de satisfação do paciente com a assistência de enfermagem, também foram incluídas variáveis sociodemográficas e socioeconômicas para investigar as características da amostra, inseridas na página inicial do instrumento, relativos a unidade de internação, ao sexo, idade, grau de instrução e renda.

A escala passou pela análise de componentes principais, rotação ortogonal varimax e o alfa de cronbach. A formação tetrafatorial foi obtida como solução final, demonstrando constructos que correspondem a diferentes situações que o paciente pode vivenciar nas unidades de internação e que podem gerar satisfação com a assistência recebida pela enfermagem. Nesse sentido, o constructo C1- *Relacionamento interpessoal e comunicação* foi definido por 9 questões (questões 11, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 e 21), relacionadas ao auxílio dos enfermeiros na compreensão da saúde dos pacientes, explicações claras e completas, paciência, cordialidade, trabalho em equipe, respeito, atenção e incentivo ⁽¹¹⁾. Já o constructo

C2- *confiança*, relacionou-se a 6 questões (questões 1, 2, 3, 4, 7 e 13) relativas ao paciente acreditar no que o enfermeiro informa, confiar no atendimento, seguir as recomendações do enfermeiro, confiar na capacidade de cuidado pelo enfermeiro, observar o quanto o enfermeiro é atualizado e recomendar a equipe de enfermagem aos amigos e parentes ⁽⁸⁾.

Em relação a C3- *credibilidade*, foram 3 questões (questões 8, 9 e 10) relativas a opinião positiva dos pacientes sobre o enfermeiro, desejo de repetição dos procedimentos pelos enfermeiros e a questão do atendimento cuidadoso prestado ⁽¹³⁾. A C4- *dedicação*, se referiu a 3 questões (questões 5, 6 e 12) abordando recomendações dos enfermeiros para os pacientes, consulta de enfermagem e dedicação de tempo no atendimento ⁽¹⁴⁾.

Objetivando analisar a correlação existente entre as variáveis sociodemográficas: idade, sexo, unidade de internação, e socioeconômicas: grau de instrução e renda com os fatores: C1; C2; C3 e C4, recorreu-se ao uso do coeficiente de correlação linear de Pearson. A força de associação foi classificada conforme a variação do coeficiente, como mostrado a seguir: valores entre 0,91 e 1,00 considerados muito fortes; entre 0,71 e 0,90, são considerados altos; entre 0,41 e 0,79, moderados; entre 0,21 e 0,40, pequenos, porém definidos; e entre 0,01 e 0,20, considerados leves, quase imperceptíveis ⁽¹⁵⁾. Ainda, foi realizada a regressão linear buscando estabelecer os preditores da satisfação do paciente por meio da fixação de uma variável dependente com outras independentes. Para todos os testes, considerou-se o nível de significância de $p < 0,05$. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos e foi aprovado pelo parecer nº 76/2017.

Resultados

A amostra foi constituída por 199 pacientes, dos quais 104 (52,03%) eram do sexo feminino e 95 (47,7%) do sexo masculino. Com relação à idade, obteve-se uma média correspondente a 51,54 anos (desvio padrão), variando entre 15 e 92 anos, sendo 62 anos a moda de idade entre os participantes.

A maioria dos pacientes apresentou grau de instrução fundamental/primeiro grau incompleto 112 (56,3%), seguido de 27 (13,6%) com médio/segundo grau completo, 12 (6%) com superior incompleto, 12 (6%) fundamental/primeiro grau completo, 11 (5,5%) não sabiam ler nem escrever, 9 (4,5%) sabiam ler/escrever, 8 (4%) com médio/segundo grau incompleto, 7 (3,5%) com superior completo e 1 (0,5%) com pós-graduação. Em relação à renda, a maioria dos pacientes 96 (49,5%) recebia até 1 salário mínimo.

Das análises de variância realizadas, algumas diferenças de média importantes foram identificadas, com índice de significância ao nível de 5%. Através da análise de correlação de Pearson, verificou-se que a idade apresentou correlação com o constructo credibilidade (0,171), obtendo, assim, uma força de associação leve, quase imperceptível. A unidade de internação apresentou correlação com todos os constructos: C1-relacionamento interpessoal e comunicação (0,332); C2- confiança (0,163); C3- credibilidade (0,314); e, C4- dedicação (0,201), demonstrando força de associação pequena, mas definida. O grau de instrução teve correlação com o constructo confiança (,146), credibilidade (,158), com associação leve, quase imperceptível e com o constructo dedicação (,240), associação pequena, mas definida.

Tabela 1. Correlação de Pearson relativas às variáveis sociodemográficas/socioeconômicas e constructos C1, C2, C3 e C4.

Correlação	idade	grau de instrução	renda	C1- RIC	C2- confiança	C3- credibilidade	C4- dedicação
Idade	1			,048	0,074	,171*	-,012
Sexo	-,032			-,009	-,024	,002	,097
unidade de internação	,158*			,332**	,163*	,314**	,201**
grau de instrução	-,101	1		-,136	,146*	,158*	,240**
Renda	,136	,233**	1	-,026	,064	,029	-,024

*.Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

**..Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Fonte: resultados da pesquisa

Mediante o modelo de regressão linear, calculou-se a média de satisfação dos quatro constructos. O valor da média foi utilizado como variável dependente. Os resultados identificaram relação de significância ao nível de 5% em todos os constructos. O constructo que mais apresentou efeito sobre a Satisfação do paciente foi o constructo C1-Relacionamento Interpessoal e Comunicação (0,437) (Tabela 2).

O teste obteve, como coeficiente de determinação ajustado (R²), o valor de 1,00 representando um valor de 100% de explicação da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem a partir do questionário validado.

Tabela2- Análise de regressão linear entre todos os constructos.

Variáveis	B	P
C1 Relacionamento interpessoal e Comunicação	,437	,000*

C2 Confiança	,337	,000*
C3 Credibilidade	,170	,000*
C4 Dedicção	,218	,000*

* Significância ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa

Realizaram-se ainda, quatro análises de regressão no instrumento, em cada constructo e suas respectivas questões, para identificar quais apresentavam maior efeito na satisfação do paciente.

O instrumento na versão brasileira com todas as questões se apresenta na tabela 3.

Tabela 3- Questionário de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem- versão brasileira.

Relacionamento Interpessoal e Comunicação
11 A enfermeira e o médico trabalham muito bem em equipe.
14 A enfermeira é atenciosa e se importa com você
15 A enfermeira é amigável e cordial.
16 A enfermeira te respeita.
17 A enfermeira é paciente com suas perguntas e preocupações.
18 A enfermeira presta atenção naquilo que você fala.
19 A enfermeira te incentiva a fazer perguntas.
20 A enfermeira explica tudo claramente.
21 A enfermeira te ajuda a compreender aquilo que o médico disse.
Confiança e Credibilidade
1 Você sente confiança nas enfermeiras que estão te atendendo durante sua internação.
2 você acredita na enfermeira.
3 Você recomendaria as enfermeiras que estão te atendendo durante a tua internação para seus parentes e amigos.
4 Você seguirá as recomendações da enfermeira.
7 A enfermeira parece atualizada a respeito das informações sobre saúde.
13 A enfermeira é confiante na capacidade de cuidar da sua saúde.
Credibilidade
8 Você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimentos na tua próxima vez
9 Se o médico perguntasse sua opinião a respeito da enfermeira, esta seria positiva.
10 As enfermeiras que estão te atendendo são muito cuidadosas.
Dedicção
5 Você consulta a enfermeira
6 A enfermeira lhe deu recomendações úteis.
12 A enfermeira dedica tempo suficiente a você.

Fonte: resultado da pesquisa

A primeira análise foi realizada com o C1- *relacionamento interpessoal e comunicação* como variável dependente e nove questões do instrumento (20, 21, 15, 17, 11, 16, 18, 19, 14) como variáveis independentes. A questão preditora, que mais apresentou efeito na satisfação do paciente foi a questão 21 (0,343): “a enfermeira te ajuda a compreender

aquilo que o médico disse”, indicando que os pacientes se apresentam mais satisfeitos quando a enfermeira oferta informações precisas e completas em parceria com os médicos (Tabela 4).

Tabela 4- Análise de regressão entre as questões do constructo C1: relacionamento interpessoal e comunicação.

Variáveis	B	P
q20 A enfermeira explica tudo claramente.	,000	,000*
q21 A enfermeira te ajuda a compreender aquilo que o médico disse.	,343	,000*
q15 A enfermeira é amigável e cordial.	,103	,000*
q17 A enfermeira é paciente com suas perguntas e preocupações.	,131	,000*
q11 A enfermeira e o médico trabalham muito bem em equipe.	,222	,000*
q16 A enfermeira te respeita.	,107	,000*
q18 A enfermeira presta atenção naquilo que você fala.	,124	,000*
q 19 A enfermeira te incentiva a fazer perguntas.	,202	,000*
q14 A enfermeira é atenciosa e se importa com você.	,124	,000*

* Significância ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa

No constructo 2, *confiança*, a questão 4 (0,245) apresentou-se como preditora: “você seguirá as recomendações da enfermeira”, indicando que os pacientes confiam no que os enfermeiros recomendam durante a sua internação (Tabela 5).

Tabela 5- Análise de regressão entre as questões do C2: confiança.

Variáveis	B	P
q2 Você acredita na enfermeira.	,220	,000*
q1 Você sente confiança nas enfermeiras que estão te atendendo durante sua internação.	,216	,000*
q4 Você seguirá as recomendações da enfermeira.	,245	,000*
q13 A enfermeira é confiante na capacidade de cuidar da sua saúde.	,186	,000*
q7 A enfermeira parece atualizada a respeito das informações sobre saúde.	,219	,000*
q3 Você recomendaria as enfermeiras que estão te atendendo durante a tua internação para seus parentes e amigos.	,223	,000*

* Significância ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa

O constructo 3, *credibilidade*, apresentou a questão 8 (0,534) como a que causa maior efeito na satisfação do paciente: “você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimentos na próxima vez”, evidenciando a credibilidade dos pacientes com os enfermeiros (Tabela 6).

Tabela 6- Análise de regressão entre as questões do constructo C3: credibilidade.

Variáveis	B	P
q9 Se o médico perguntasse sua opinião a respeito da enfermeira, esta seria positiva.	,365	,000*
q8 Você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimento na próxima vez.	,534	,000*
q10 As enfermeiras que estão te atendendo são muito cuidadosas.	,343	,000*

* Significância ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa

Já no constructo 4, *dedicação*, a questão 12 (0,476) foi a que caracterizou maior efeito de satisfação nos pacientes: “a enfermeira dedica tempo suficiente a você”, indicando que os pacientes percebem a dedicação ofertada pelo enfermeiro durante a assistência de enfermagem (Tabela 7).

Tabela 7- Análise de regressão entre as questões do constructo C4: dedicação

Variáveis	B	P
q6 A enfermeira lhe deu recomendações úteis.	,389	,000*
q5 Você consulta a enfermeira.	,444	,000*
q12 A enfermeira dedica tempo suficiente a você.	,476	,000*

* Significância ao nível de 5%.

Fonte: resultados da pesquisa

Ao observar as tabelas, percebe-se que, a média dos quatro constructos é significativa, sendo possível identificar que a satisfação do paciente está diretamente relacionada a todos esses fatores.

Discussão

Através dos resultados obtidos, foi possível analisar que a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem é um atributo multidimensional que apresenta correlação com características sociodemográficas e econômicas, assim como com as dimensões relacionais do cuidado. Embora esses dados sociodemográficos e econômicos sejam importantes por caracterizarem a amostra e servirem de subsídio para a comparação com outros estudos, os atributos multidimensionais evidenciados pela qualidade funcional, ou seja, pela maneira relacional como o serviço de saúde é prestado, se mostraram os determinantes mais potentes para melhorar a satisfação geral do paciente não só neste estudo, como em estudo internacional que enfocou a satisfação do paciente como uma ferramenta essencial para propostas e oportunidades de melhorias para a qualidade do cuidado ⁽³⁾.

O constructo *relacionamento interpessoal e comunicação* foi o preditor da satisfação geral do paciente com os serviços de enfermagem, da mesma forma que em contexto inglês onde esse constructo foi primordial para desenvolver uma experiência positiva do paciente com a enfermagem ⁽¹⁶⁾, pois a maioria dos pacientes valorizam a comunicação por meio de conselhos práticos focados na sua realidade e na dimensão relacional do cuidado ⁽⁸⁾, priorizando o cuidado interpessoal, que é considerado mais importante e associado a melhores resultados na satisfação do que outros aspectos como variáveis de idade, sexo, escolaridade e renda ⁽¹⁾.

O *relacionamento interpessoal e comunicação* tem sido amplamente discutido na literatura atual ^(6,8,16). O auxílio dos enfermeiros na compreensão das dúvidas e inquietações dos pacientes sobre sua saúde, oportunizando explicações claras e completas e um atendimento em equipe com paciência, cordialidade, respeito, atenção e incentivo são consideradas condutas essenciais no atendimento, sendo que quanto maior a frequência da comunicação com qualidade nas interações entre enfermeiro e paciente, melhor é o nível de satisfação que esses apresentam ⁽¹¹⁾, repercutindo em todo o hospital, pois segundo estudo realizado em 570 hospitais nas cidades da Califórnia, Flórida, Pensilvânia e Nova Jersey, os enfermeiros têm papel central no cuidado ⁽¹⁰⁾.

Verificou-se que no constructo *relacionamento interpessoal e comunicação* a questão que causou maior efeito na satisfação do paciente foi relacionada ao trabalho em equipe. A questão referiu sobre a enfermagem ajudar o paciente a compreender o que o médico disse, corroborando com a literatura nacional e internacional que caracteriza o trabalho em equipe como primordial para o um atendimento completo, pois o trabalho nos hospitais é coletivo e necessita ser interdisciplinar, superando a fragmentação institucional da assistência ⁽¹⁶⁾. Além disso, um inquérito europeu realizado em sete países e em 74 hospitais demonstrou que a qualidade no atendimento é altamente dependente de um trabalho interdisciplinar, dependendo principalmente da relação entre médicos e enfermeiros, que devem se envolver conjuntamente nas atividades ⁽¹⁷⁾.

O constructo *confiança* apresentou como questão preditora a questão “*você seguirá as recomendações da enfermeira.*” Na Inglaterra foi evidenciado que mais de 75%, dos pacientes referiu sentir confiança nas enfermeiras, apesar disso os pacientes expressaram sua satisfação com o atendimento hospitalar menos favorável quando percebiam que não havia enfermeiros suficientes disponíveis para prestar atendimento. Isso acabava interferindo na confiança, já que muitas vezes o enfermeiro não conseguia se fazer presente ⁽¹⁸⁾.

No constructo *dedicação*, a questão que causou maior efeito na satisfação do paciente foi relacionada ao tempo, “*a enfermeira dedica tempo suficiente para você*”, caracterizando o quanto o fator tempo é importante no atendimento de enfermagem. Na Inglaterra, foi evidenciado recentemente que a falta de tempo para a assistência de enfermagem foi um preditor de insatisfação porque prejudicou as demais dimensões relacionais, já que os enfermeiros não dedicavam tempo para conversar, confortar, ensinar os pacientes e gerenciar os cuidados ⁽¹⁸⁾. Outra pesquisa realizada com 91 pacientes na Austrália caracterizou o tempo como um fator importante para a satisfação, já que sem ele não há possibilidade para conversar, desenvolver *feedback*, além do apoio aos pacientes e valorização ⁽⁸⁾.

Em relação à *credibilidade*, a questão que causou maior efeito na satisfação do paciente foi: “*you would like the nurse to repeat the procedures next time*”, evidenciando o quanto as dimensões relacionais colaboram para a visibilidade do enfermeiro e o quanto esse atributo auxilia na clínica, já que pacientes que adquirem credibilidade no enfermeiro valorizam o atendimento. Assim, o modo de agir do enfermeiro no ambiente de trabalho, sua competência, conhecimento e compromisso profissional alicerçados à prática da Enfermagem auxiliam na visibilidade e valorização da enfermagem pelos pacientes ⁽¹⁹⁾ sendo um preditor da satisfação dos pacientes nesse estudo.

Conclusão

Foi possível verificar que o preditor geral de satisfação do paciente *relacionamento interpessoal e comunicação* demonstra ser o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação terapêutica entre enfermeiro e paciente por meio da maior frequência da comunicação com qualidade nas interações e o estabelecimento de um trabalho em equipe.

Ainda, o estudo analisou cada constructo separadamente evidenciando o preditor contido em cada um dos constructos, mostrando que o atendimento de enfermagem tem alta satisfação pelos pacientes quando é estabelecido o trabalho em equipe, a confiança e a credibilidade, que oportuniza relações mais fortalecidas entre enfermeiros e pacientes, favorecendo a valorização da prática clínica do enfermeiro. Outra questão evidenciada e preditora dentro do constructo *dedicação* foi relacionada ao tempo que o enfermeiro dedica para o atendimento, considerado como essencial para a satisfação do paciente com o atendimento do enfermeiro.

As limitações do estudo se referem a utilização de um instrumento elaborado em contextos de sistema de saúde e pacientes diferentes, que pode ter tido influência nos resultados encontrados. Na GNPS, desenvolvida na Austrália, sua aplicação foi lida e respondida somente pelo paciente, diferente da escala validada para o Brasil, onde foi necessária a realização de modificação na estrutura do termo “eu” substituído por “você”, pois sua aplicação foi feita pelos coletadores e autora, já que muitos pacientes não sabiam ler e/ou escrever. Destaca-se, ainda, o fato desse estudo ter sido realizado em um único hospital, sendo necessário o investimento em outras pesquisas para confirmar os resultados encontrados.

Referências

1. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3): 201-3.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1996; 44(3):Suppl:166-206.
3. Horodnica A, Apetbeib A, Lucac FA, Ciobanuc CI. Rating healthcare services: consumer satisfaction vs health system performance. *The service industries Journal*. 2018, 21p.
4. Lykkkegaard K, Delmar C. Between violation and competent care lived experiences of dependency on care in the ICU. *Int J qual Stud*. 2015; 10: 10.3402/qhw.v10.2660.
5. Wong EL, Coulter A, Hewitson P, Cheung AWL, Yam CHK, Lui SF. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS One*. 2015; 10(4): e0122299.
6. Al-Abri R, Al-Balushi A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman Med J*. 2014; 29(1):3-7.
7. Halcomb EJ, Caldwell B, Salamonson Y, et al. Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship*. 2011; 43 (3): 318-27.
8. Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Educ Couns*. 2016 Dec; 99(12):1923-1939. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.026.
9. Desborough J, Banfield M, Phillips C, Mills J. The process of patient enablement in general practice nurse consultation: a grounded theory study. *J Adv Nurs*. 2017; 73(5): 1085-96.
10. Karami A, Farokhzadian J, Forouchamir G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? *PLoS ONE*. 2017; 12(11): e0187863.
11. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh*. 2017 Jan; 49(1): 73–79.
12. Sims S, Leamy M, Davies N, Schnitzler k, Levenson R, Mayer F et al. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. *BMJ Qual Saf*. 2018 Mar 14. pii: bmjqs-2017-006757
13. Kvaal L, Debesay J, Langaas A, Bye A, Bergland A. A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. 2018 Mar 5. pii: S0738-3991(18)30109-5. doi: 10.1016/j.pec.2018.03.005.
14. Nazir, B. Bernard, J. Myers, K. Abrahamson, Can Patients Be the CEO of Their Skilled Nursing Stay? Description of a Person-Centred Model of Sub-acute Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2015; 905-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.022>.

15. Hair JF, Anderson RE, Tatham RL, Black WC. *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Artmed; 2005.
16. Desborough J, Phillips C, Moinhos J, Korda R, Bagheri N, Banfield M. Developing a positive patient experience with nurses in general practice: an integrated model of patient satisfaction and enablement. *J Adv Nurs*. 2018 Mar; 74(3):564-578. doi: 10.1111/jan.13461.
17. Couto-Ribeiro HCT, Campos LI, Manzo BF, Brito MJM, Alves M. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. *Aquichan*. 2014; 14(4): 582-593. DOI: 10.5294/aqui.2014.14.4.12
18. Aiken L, Sloane DM, Ball J, Bruyneel, Rafferty AM, Griffiths. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. 2018; 8(1): e019189.
19. Stimpfel AW, Sloane DM, Mchugh MD, Aiken LH. Hospitals Known for Nursing Excellence Associated with Better Hospital Experience for Patients. *Health Serv Res*. 2016 Jun; 51(3): 1120–1134.

ARTIGO 3

Satisfação do paciente com os serviços de enfermagem: construção de modelo teórico

Resumo

Objetivo: compreender os condicionantes da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem e desenvolver um modelo teórico sobre a satisfação do paciente hospitalizado frente ao cuidado/ assistência recebida pelos profissionais de enfermagem. **Método:** estudo qualitativo realizado em um hospital universitário público com 38 pacientes hospitalizados nas unidades de clínica médica, cirúrgica, traumatologia e serviço de pronto atendimento nos meses de agosto de 2017 a janeiro de 2018 por meio de um questionário semiestruturado. Na análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise textual discursiva. Para construção do modelo teórico utilizou-se como referencial a versão brasileira do instrumento XXX, e modelo integrado australiano, junto a estudos sobre a temática. **Resultados:** evidenciaram-se condicionantes relacionados à satisfação dos pacientes e que também serviram de base para o modelo teórico, os quais foram divididos em externos como o Serviço de Saúde e a Infraestrutura; internos como ação específica do enfermeiro, a Consulta de Enfermagem; Confiança e Credibilidade; relacionamento interpessoal e Comunicação/Escuta. **Conclusão:** o estudo apontou condicionantes, dimensões e características relacionadas à satisfação do paciente, propondo um modelo com implementação no processo de enfermagem.

Descritores em português: Satisfação do paciente; Enfermagem; Assistência centrada no paciente; Avaliação em saúde; Processo de enfermagem.

Descritores em inglês: Patient satisfaction; Nursing; Patient-centered care; Health Evaluation; Nursing process.

Descritores em espanhol: Satisfacción del paciente; Enfermería; Atención dirigida al paciente; Evaluación em salud; Proceso de enfermeira.

Introdução

A relação estabelecida entre pacientes e profissionais da saúde nos hospitais ocorre, usualmente, mediante pouca participação no processo de cuidar, principalmente em relação aos enfermeiros que na maioria das vezes acabam responsáveis pela administração e gerenciamento das unidades, baixo acesso à informação e com uma assistência impessoal e fragmentada ⁽¹⁾. Apesar de já existirem sistemas e organizações que avaliam a qualidade dos serviços e incluem a satisfação do paciente em ambientes hospitalares, principalmente em hospitais públicos, ainda se fazem necessários esforços para que haja implementação dessas ferramentas e que o paciente seja incluído nesse processo, porque a dimensão relacional do cuidado necessita ser evidenciada de forma mais abrangente e enfática. ⁽²⁾

Dessa forma, pesquisas que envolvam a perspectiva do paciente e o conhecimento de sua satisfação podem proporcionar avanço na qualidade dos serviços ⁽³⁾, ou seja, nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, e inevitavelmente a relação direta com o alto grau de satisfação ⁽⁴⁾. A satisfação do paciente, no âmbito hospitalar, se refere à reação de

um indivíduo sobre os aspectos mais salientes de seu atendimento, se mostrando como uma resposta comportamental e subjetiva dos aspectos que envolvem o cuidado ⁽⁵⁾.

A investigação da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem pode favorecer um melhor planejamento da assistência, identificando os condicionantes e dimensões que contribuem ou não para a satisfação desses, podendo auxiliar também nas transformações das práticas dos gestores, pois os resultados podem ser utilizados como indicadores de qualidade da assistência, orientando a tomada de decisão gerencial ⁽⁶⁻⁷⁾.

Neste enfoque, justifica-se este estudo devido à presença de lacunas no que diz respeito à produção científica nacional sobre a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem. Essas lacunas se referem a baixa pesquisa nesta área e a fragmentação dos estudos que acabam não sendo direcionados para a dimensão relacional do cuidado. A pesquisa de satisfação do paciente necessita ser uma constante nos serviços de saúde brasileiros, pois auxilia na descoberta das fragilidades e potencialidades nas unidades de internação e possibilita a criação de ferramentas. Essa já é empregada em diversos países como, por exemplo, na Dinamarca, Inglaterra, Polônia e Eslovênia ⁽⁸⁾. Estudo realizado na França refere que pesquisas sobre a satisfação do paciente são comuns e que um questionário de satisfação é implementado em todas as instituições que admitem pacientes internados ⁽⁹⁾, já no Brasil este tipo de preocupação ainda é incipiente, verificando-se a existência de poucas pesquisas ⁽¹⁰⁾.

Enfermeiros são considerados os pontos chave para o sucesso do atendimento hospitalar, principalmente, quando "momentos críticos" ocorrem nas instituições de saúde ⁽¹¹⁾. Esses profissionais também são o principal vínculo entre o paciente e o hospital, além de se constituírem em maior número de profissionais com contato ininterrupto com os pacientes, podendo promover a manutenção, recuperação e reabilitação da saúde por meio do cuidado ⁽⁷⁾. Assim, entende-se que este tema possui relevância para a área da enfermagem, pois poderá possibilitar um feedback acerca de aspectos que podem ser melhorados no cuidado e, ainda, a identificação daqueles que já estão sendo realizados, conforme as expectativas dos pacientes ⁽¹²⁾.

Nesse sentido, questiona-se: como um modelo teórico poderia favorecer na satisfação dos pacientes com os serviços de enfermagem? Quais os condicionantes que estão envolvidos na satisfação dos pacientes com os serviços/cuidado de enfermagem? Sabe-se que ao dar voz aos pacientes sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação, ocorre uma chance e uma possibilidade de construção de um indicador de resultado que aponte aos gestores alguns caminhos decisórios de transformações e inovações. Além disso, mudanças no contexto

mundial têm feito com que os pacientes exijam comprometimento renovado com a melhoria da qualidade em organizações prestadoras de serviços de saúde, como é o caso dos hospitais (13).

Os objetivos do estudo consistiram em: compreender os condicionantes da satisfação do paciente com os serviços de enfermagem; e, desenvolver um modelo teórico sobre a satisfação do paciente hospitalizado frente ao cuidado/ assistência recebida dos profissionais de enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, realizado entre agosto de 2017 e janeiro de 2018. Os locais de estudo foram unidades de internação de um Hospital Universitário (HU) público vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) no Sul do País. O respectivo hospital não possui nenhum tipo de acreditação hospitalar em atuação. As unidades de internação pesquisadas foram a Traumatologia (T), Unidade Clínica Médica (CM), Clínica Cirúrgica (CC) e Serviço de Pronto Atendimento (SPA).

O fluxo de atendimento no referido hospital inicia com o atendimento na emergência, após concluído esse atendimento os pacientes que necessitam de internação são encaminhados para unidades clínicas, traumatológicas, obstétricas, pediátricas ou cirúrgicas, conforme disponibilidade de leito. O HU realiza atendimento a diversas localidades de sua região, sendo referência em gestação de alto risco, HIV/AIDS e traumatologia.

Os participantes foram selecionados mediante amostra não probabilística por conveniência, conforme sua disponibilidade em aceitar participar da pesquisa. Foram entrevistados 38 pacientes, obedecendo aos critérios de inclusão.

Os critérios de inclusão se restringiram a idade e tempo de internação: os pacientes deveriam possuir mais de 15 anos, estar orientados em tempo e espaço e estarem internados há mais de 24 horas. Os pacientes menores de idade ainda necessitavam do consentimento dos pais e/ou familiares e de termo de assentimento. Os critérios de exclusão se referiram a pacientes em alta hospitalar, pacientes que não consideraram terem recebido atendimento de enfermagem e pacientes não responsivos.

Para a realização da coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada. Optou-se por esse tipo de entrevista por se considerar uma técnica de coleta de dados que oferece todas as possibilidades para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para que sua participação contribua para o enriquecimento da investigação.

As entrevistas foram realizadas individualmente por meio de um guia de entrevista qualitativo focado na satisfação do paciente com os serviços de enfermagem, levando em consideração os condicionantes de confiança e credibilidade; relação interpessoal e comunicação qualitativos, construído a partir da adaptação transcultural de um instrumento quantitativo denominado *General Practice Nurse Satisfaction Scale* (GNPS) ⁽¹⁴⁾.

A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Todos os depoimentos foram gravados em áudio e transcritos na íntegra, identificados por códigos alfanuméricos com a letra P (pacientes) e de um algarismo (P1, P2, P3...) seguidos das letras SPA, CM, CC e T, siglas das respectivas unidades de internação (P1SPA, P1CM, P1CC, P1T e assim por diante). Na análise e interpretação dos dados foi utilizada a análise textual discursiva, que teve a finalidade de gerar novas compreensões de fenômenos e discursos ⁽¹⁵⁾. A partir dos resultados, foi elaborado um modelo teórico que explicou a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem.

Modelos teóricos são comuns em estudos internacionais ⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ e servem de subsídio para a prática de enfermeiros ⁽¹⁸⁾. O modelo teórico foi elaborado levando em consideração os referenciais empíricos do estudo, ou seja, os relatos presentes no estudo ^(16, 19-20). Além disso, foi realizada uma associação aos condicionantes do GNPS ⁽¹⁴⁾. Um modelo teórico também foi utilizado como base, o modelo australiano “Modelo integrado de satisfação do paciente e capacitação” ⁽¹⁸⁾.

O modelo teórico proposto neste estudo tem como foco central pacientes e enfermeiros. Se constituiu de duas etapas. Durante as etapas foram estabelecidos a interação de condicionantes internos e externos. Os condicionantes externos estabelecidos pelos pacientes foram: o Serviço de Saúde (SS) e a Infraestrutura (I); e, os condicionantes internos: Ação específica do enfermeiro, a Consulta de Enfermagem (CE); Confiança e Credibilidade (CC); relacionamento interpessoal (RI) e Comunicação/Escuta (C/E).

Esses condicionantes tiveram a influência mútua de cinco características principais estabelecidas no referencial do modelo integrado: tempo, continuidade do atendimento, autonomia da enfermagem, condições do serviço de saúde e implantação do processo de enfermagem (PE) ⁽¹⁸⁾. As fases do processo de enfermagem seguidas são inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes e se restringem a cinco: Coleta de dados ou histórico de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; planejamento de enfermagem; implementação e avaliação de enfermagem ⁽²¹⁾.

Dessa forma, foram construídas dimensões que foram relacionadas aos relatos desse estudo e que serviram de subsídio para o modelo teórico, podendo constatar o que poderia ser realizado para implementação dos condicionantes e suas características.

Na primeira etapa do modelo, a ação privativa do enfermeiro por meio do condicionante interno, consulta de enfermagem (CE) é utilizada para subsidiar e alinhar os demais condicionantes. Enfermeiros e pacientes irão realizar o mapeamento das necessidades de saúde. A Credibilidade e Confiança (CC), será relacionada ao tempo e a continuidade do atendimento. O Relacionamento Interpessoal (RI) e a Comunicação/Escuta (C/E), influenciados pelas características de continuidade do atendimento e autonomia com foco no desenvolvimento de uma assistência de enfermagem com atenção e orientações adequadas e completas aos pacientes e demais integrantes da equipe de enfermagem e saúde, levando em consideração o empoderamento dos pacientes. Vislumbra-se os condicionantes externos de serviço de saúde (SS) e infraestrutura (I), e as condições do serviço de saúde, como característica organizacional.

Na segunda etapa do modelo ocorrerá a contextualização do mapeamento por meio da autonomia do enfermeiro. Nesta etapa descrevem-se maneiras de como agir e interagir os condicionantes por meio de uma abordagem biopsicossocial ⁽²⁰⁾, além de técnica de comunicação ⁽¹⁶⁾, envolvimento recíproco, e a consulta de enfermagem/Processo de Enfermagem permeando a assistência com a busca por estruturas organizacionais flexíveis e interativas ⁽¹⁸⁾. Os aspectos éticos foram respeitados em sua integralidade e aprovados pelo Comitê de ética local, parecer nº 76/2017.

Resultados

A satisfação do paciente com os serviços de enfermagem envolve a participação compartilhada nas ações globais de saúde, uma vez que o profissional enfermeiro pode desempenhar em seu processo de trabalho o controle, a orientação, a assistência, a gerência e a administração, distinguindo-se dos demais profissionais da equipe de saúde nos hospitais. Além disso, o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo com o paciente, podendo ser agente de transformação das suas práticas.

Os resultados estão apresentados no quadro 1 e evidenciaram condicionantes relacionados à satisfação dos pacientes e serviram de base para o modelo teórico. Esses condicionantes se dividiram em externos e internos, os primeiros foram o Serviço de Saúde e a Infraestrutura, e tiveram como dimensões algumas situações expostas durante os relatos dos

pacientes, ou seja, se referiram à sobrecarga de trabalho, superlotação e tempo de atendimento, além da falta de recursos, leitos e comodidade. Questões que envolvem as condições no serviço de saúde para os profissionais que atuam no hospital e que está influenciada diretamente pela organização hospitalar.

Em relação aos condicionantes internos, se observou que a consulta de enfermagem /PE pareceu não ocorrer de forma sistemática, tendo uma dimensão negativa. Se verificou que a Confiança e Credibilidade foram dimensionadas positivamente por meio de um cuidado humanizado, envolto na atenção e empatia e negativamente pelas informações gerais desconstruídas com as informações médicas, e questões relacionadas a orientações e ao conhecimento dos pacientes.

O Relacionamento Interpessoal evidenciou a postura do enfermeiro como uma dimensão negativa relacionada ao tempo de atendimento para os procedimentos, bem como a autonomia da enfermagem. Em relação a Comunicação e Escuta se observou uma dimensão positiva em que os enfermeiros demonstram uma postura relacional proativa, pois se observou uma comunicação e escuta efetiva, em que pareceu haver continuidade no atendimento.

Quadro 1: Exposição dos resultados qualitativos da pesquisa de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem

Condiçio nantes	Caracterização condicionantes	Dimensões	Relatos
Externos	Sistema de Saúde (SS)	Sobrecarga de trabalho, superlotação, tempo	“O enfermeiro aqui não tem tempo, ele fica correndo pra cima e pra baixo, da outra vez que eu vim, tinha mais de 50 pessoas no corredor aqui” (P5SPA) “Elas não têm tempo para atender tudo (...) não dá pra ficar atrapalhando o serviço deles para estar conversando (...)” (P2CC)
	Infraestrutura	Falta de recursos, leitos e comodidade	“Deveria ter mais dinheiro para investir na saúde, pagar mais enfermeiros, ter mais recursos, mais leitos, televisão e comodidade para nós (...)” (P13SPA) “(...) tem gente aqui nos corredores e tudo, mas talvez não tenha leito, o hospital tá tudo assim, um lado tem leito, outro não tem (...)” (P1T)
Internos	Consulta de enfermagem	Processo de Enfermagem	“(...) o meu (coração) tá com problema que eu sei e ninguém escutou nada (...) eu pedi um exame físico completo” (P13SPA) “(...) elas (técnicas de enfermagem) se dedicam em dar a medicação, verificar a pressão, a enfermeira consulta a gente quando dá (...)” (P4CM) “(...) Só o curativo que não vieram me fazer hoje. Mas como eu vou amputar amanhã (...)” (P3CC)
	Confiança e Credibilidade	Atenção, empatia,	“ (...) a cordialidade, a carência de carinho que faz falta pra gente quando a gente tá no hospital e elas tem boas palavras (...)”

		humanizaçã o	(P5CC) “O atendimento muito bom, maravilhoso, são muito carinhosos, bem atenciosos (...) são profissionais dedicados, eles têm amor, carinho pelo que fazem e pelos pacientes” (P6CM)
Internos	Confiança e Credibilidade	Informações gerais, trabalho em equipe interdisciplinar	“(...) esses dias eu perguntei para o enfermeiro que veio aqui e ele me disse uma coisa e depois o médico disse outra que estava mais certa, mais atual (...) eles (enfermeiro e médico) deveriam trabalhar mais juntos” (P14SPA) “(...) O médico que vai me operar, não me dá a resposta nunca e nem apareceu aqui hoje (...) e aí fica, as enfermeiras que se virem, né?!” (P6CC)
	Confiança e Credibilidade	Orientação	“(...) um álcool gel pra mim e pra eles, com essas viroses que estão por aí acho que seria um meio de prevenção” (P12SPA) “(...) A gente tem receio de perguntar quando se trata de uma doença crônica e eu perguntei, me senti à vontade e tive resposta (P5CM)
	Relaciona- mento Interpessoal (RI)	Postura do enfermeiro	“Eles têm que prestar mais atenção, porque as vezes eles chegam e nem perguntam se eu sou diabético, a questão dos nomes dos remédios que eu não entendo, explicam muito rápido (...) só vem na hora prescrita.” (P1SPA). “(...) a minha guria faz tudo, eu nem preciso de ajuda quase (...) chama senão vem prontamente a minha esposa vai lá, ela tem problema numa perna, mas se ela tem que ir ela vai, não lhe custa (...)” (P2T)
	Comunicação/ escuta (C/E)	Dedicação	“Os enfermeiros (...) eles já chegam conversando, perguntando, eles não deixam a gente acanhado (...) o enfermeiro está como se fosse um psicólogo junto...” (P4T). “Eu pude falar tudo que eu estava sentindo, eles me deixaram tão à vontade que eu não fiquei com vergonha! Porque quando eu entrei aqui, eu entrei com uma perca de urina por conta da estenose e eu estava com muita vergonha de comentar sobre isso” (P5T)

Fonte: transcrições de entrevistas do questionário de satisfação do paciente com os serviços de enfermagem

Construção do modelo teórico

A construção do modelo teórico foi realizada em duas etapas: na primeira é explicado como a consulta de enfermagem/PE podem influenciar no mapeamento das necessidades individuais e na organização do serviço; na segunda etapa é demonstrado como a parceria entre enfermeiro e paciente é implementada e como o atendimento deve ser realizado, levando em consideração o cuidado centrado no paciente.

O modelo envolve a interação dos condicionantes externos e internos, por meio da influência mútua dos condicionantes internos e de cinco características principais: ⁽¹⁸⁾

1. Tempo (em relação à dedicação dos enfermeiros e à atenção no atendimento);

2. Continuidade do atendimento (por meio de atenção, empatia, humanização e orientação);
3. Autonomia da enfermagem (diante das informações gerais, cuidado humanizado e trabalho em equipe interdisciplinar);
4. Condições do serviço de saúde (incluindo a superlotação, número insuficiente de enfermeiros e a participação da gestão);
5. Implantação do Processo de Enfermagem

Essas características foram elencadas após análise dos relatos dos pacientes e associação aos condicionantes e dimensões elencadas no quadro 1, seguindo o modelo australiano “Modelo integrado de satisfação do paciente e capacitação”⁽¹⁸⁾.

Assim, o modelo teórico tem em seu centro enfermeiros e pacientes, os principais atores na relação assistencial do cuidado. Inclui características de estrutura, processo e resultados. Tem como estrutura o hospital universitário do estudo (serviço de saúde). Como processo, os condicionantes da satisfação, suas dimensões e características, e como resultado, o próprio desenvolvimento do modelo teórico com a implantação do PE.

Segundo a teoria de Donabedian, estrutura, processo e resultado significam o seguinte: a Estrutura descreve o contexto em que os cuidados são prestados, incluindo os edifícios do hospital, pessoal, financiamento e equipamento. Processo denota as transações entre pacientes e fornecedores em todo o fornecimento de cuidados de saúde. Por fim, os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados de saúde no estado de saúde dos pacientes e populações⁽⁴⁾.

Primeira etapa do modelo

Enfermeiros e pacientes realizam o mapeamento das necessidades de saúde por meio do levantamento das necessidades individuais constatadas durante a realização da consulta de enfermagem. Durante esta fase, as bases são estabelecidas para o relacionamento terapêutico, através do desenvolvimento de uma compreensão das condições de saúde dos pacientes e suas necessidades.

Os resultados desse estudo podem exemplificar essas questões, por exemplo, no quadro 1 pode-se observar a satisfação dos pacientes relacionadas ao condicionante confiança e credibilidade em relação às orientações sobre álcool gel. Se observa que o paciente necessitava de atenção e orientação, dimensões ligadas a esse condicionante e que traziam como característica o tempo e a continuidade do atendimento. O relato evidencia que a relação enfermeiro e paciente acaba prejudicada, o que poderia ser diferente ao oportunizar a

consulta de enfermagem com implantação do PE, uma forma de conhecer o paciente e de buscar oportunizar seu empoderamento.

A continuidade temporal torna-se evidente e é importante em termos de acompanhamento e valorização ao paciente, incluindo em curso a avaliação das necessidades de saúde individuais, a interação dinâmica entre condições de saúde, fatores ambientais e fatores pessoais como, por exemplo, na situação elencada no quadro 1, sobre a realização do exame físico, evidenciado no relato, em que a paciente refere ter problemas cardíacos e querer o exame físico completo, porém parece não ser atendida pelos enfermeiros quanto a isso. Sendo o exame físico uma atribuição privativa do enfermeiro, isso poderia ser resolvido com a implementação do PE, já que faz parte da primeira fase⁽²¹⁾.

É durante esta fase que uma linha de base de assistência à saúde pode começar a ser estabelecida. Assim, a necessidade de continuidade da assistência ao longo do tempo e período de permanência no hospital é importante e deve estar embasada na humanização do atendimento e orientações adequadas, completas e que estejam em sintonia com o paciente e com os demais integrantes da equipe, principalmente os médicos, com quem se deve estabelecer uma relação interdisciplinar.

Dessa forma, os condicionantes internos, relação interpessoal e comunicação/escuta são fortalecidas. Enfermeiros e pacientes podem trabalhar juntos para desenvolver uma compreensão compartilhada e mapeamento das necessidades de saúde em todas as unidades de internação. O modelo tem sua primeira etapa definida: o mapeamento das necessidades individuais por meio da aplicação do PE e suas implicações na assistência e na gestão.

É demonstrado por meio de exemplos dos dados empíricos como o condicionante interno consulta de enfermagem/PE é um facilitador de todo processo de relação entre paciente e enfermeiro. Além disso, é possível que a organização do serviço seja influenciada de maneira positiva para a necessidade de mudanças na característica condições de serviço. Por meio do modelo é possível pressupor a quantidade de atendimentos que serão necessários nos diferentes dias da semana, nas horas do dia, a quantidade de profissionais enfermeiros, entre outros que poderão auxiliar na organização e na gestão demonstrando a necessidade, por exemplo, de redimensionamento de pessoal e unidades de internação, auxiliando na sobrecarga de trabalho e superlotação, por exemplo.

Segunda etapa do modelo

A parceria na assistência à saúde é implementada, enfermeiros e pacientes colaboram para contextualizar o cuidado e promover a melhoria e independência. O condicionante

interno, consulta de enfermagem/PE, relacionado ao tempo em cada consulta fornece uma plataforma para essa atividade e está diretamente relacionado aos demais condicionantes internos. A autonomia do enfermeiro auxilia para que a descrição das maneiras de agir com abordagem psicossocial sejam colocadas em prática, levando em consideração o paciente como indivíduo central na assistência e de forma integral. A utilização de técnicas de comunicação e o envolvimento recíproco fortalecem e dão sentido ao modelo.

Para estabelecer uma boa sintonia, os enfermeiros e/ou equipe de enfermagem necessitam estabelecer envolvimento recíproco, retratando uma atmosfera acolhedora, amigável e compassiva. Isso é estabelecido através de palavras, ações, expressões faciais e a atitude geral em relação ao paciente, favorecendo o conhecimento compartilhado, objetivos compartilhados e respeito mútuo.

Um exemplo disso está no quadro 1. No relato, o paciente evidencia o quanto um atendimento humanizado e empático auxilia em sua satisfação, evidenciando a credibilidade e confiança por meio das dimensões atenção, empatia e humanização. Além disso, as características tempo, continuidade do atendimento e autonomia do enfermeiro foram colocadas em prática, necessitando apenas que essas estivessem sistematizadas por meio da implantação e consequente aplicação do PE.

Além disso, o enfermeiro pode demonstrar por meio de seu planejamento e tomada de decisão, que utilizando um modelo teórico embasado na consulta de enfermagem/PE é possível modificar a realidade do serviço de saúde e essa realidade pode começar a ser modificada por meio de estruturas organizacionais flexíveis e interativas.

Modelo teórico

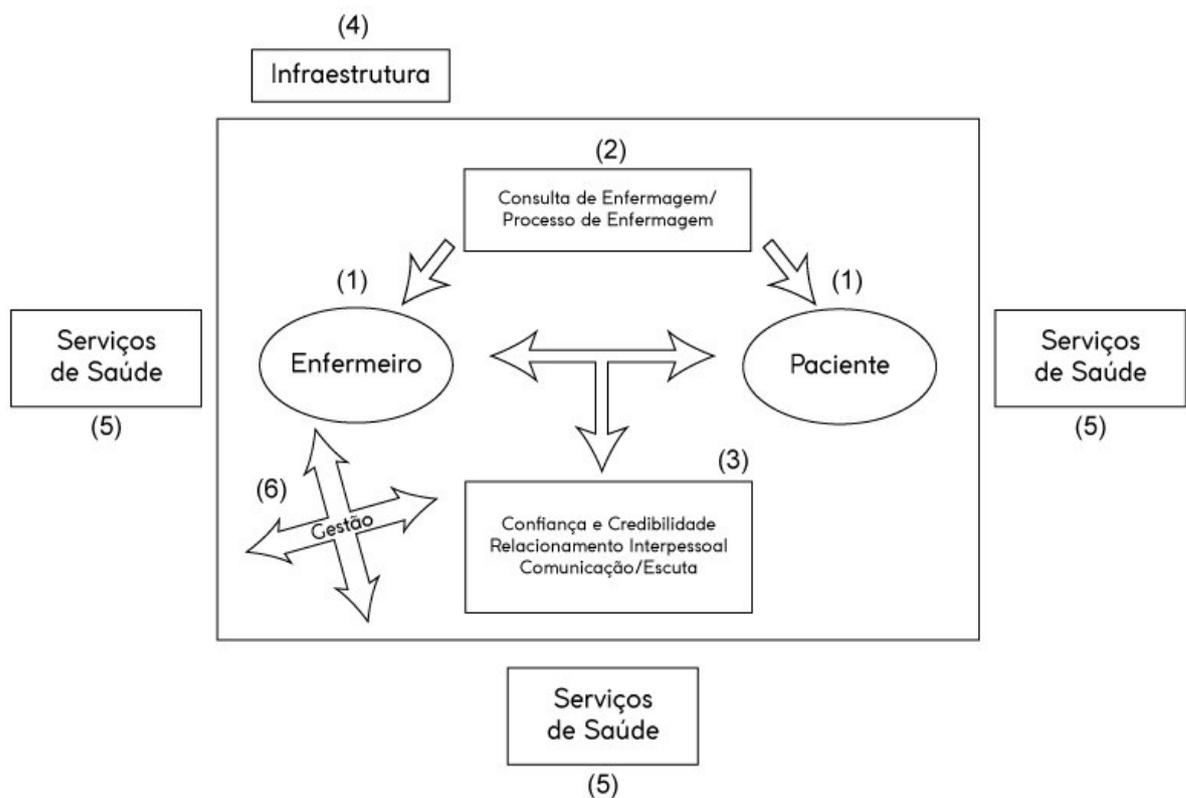
Denominado “*Modelo de satisfação do paciente com implementação da consulta de enfermagem/Processo de Enfermagem*”, o modelo contemplou a ação e interação de condicionantes, dimensões e características que envolveram sua construção e evidenciaram a importância da interação enfermeiro e paciente por meio de uma relação compartilhada e com abordagem psicossocial. A consulta de enfermagem/PE é o principal condicionante do estudo e se constitui como base deste modelo.

O processo de enfermagem se constitui no principal instrumento para um atendimento resolutivo, sugerindo caminhos que visem tornar a assistência mais eficiente. Com a utilização dessa metodologia, as ações podem ser avaliadas periodicamente para garantir a eficácia do atendimento e é possível demonstrar resultados palpáveis para a gestão, mostrando

a importância de um redimensionamento na organização dos serviços de saúde e infraestrutura.

A seguir explana-se o modelo teórico que será explicado de forma detalhada na discussão:

Figura 1: Exposição do modelo teórico



Fonte: resultados da pesquisa

Discussão

Por meio dos condicionantes da satisfação dos pacientes, que se dividiram em internos (4) e externos (5), bem como as dimensões e características, foi possível definir um processo dinâmico que enfatizou a criação de um modelo teórico visualizando a interação entre paciente e enfermeiro (1). A consulta de enfermagem/PE (2) subsidiou todos os condicionantes e foi o principal condicionante interno que serviu de base para a construção do modelo.

Foram expostas as etapas de criação do modelo em que foi evidenciado a necessidade de atenção e orientação, relacionadas ao tempo e à continuidade do atendimento, corroborando com uma pesquisa desenvolvida na Austrália, com cerca de 678 pacientes em

que se evidenciou que o desenvolvimento de relacionamento interpessoal e confiança é estabelecido durante o desenvolvimento da consulta de enfermagem por meio da disponibilidade de tempo e continuidade do atendimento ⁽¹⁸⁾.

A continuidade do atendimento (3) durante o período de permanência no hospital, o relacionamento interpessoal, comunicação/escuta (3) com valorização do paciente por meio do cuidado centrado no paciente com abordagem psicossocial também foram resultados desse estudo e corroboram ao que foi desenvolvido em cinco hospitais na Noruega, que realizou uma análise conceitual da participação do paciente e evidenciou que a participação do paciente é uma parte inerente da organização e gestão (5,6) necessitando ser valorizada por meio de vínculo afetivo. Este estudo referiu a importância de se estabelecer uma relação humanizada entre enfermeiro e paciente e uma relação com base no condicionante de confiança e credibilidade, por meio de uma assistência sistematizada ⁽²⁰⁾.

A gestão incluindo o serviço de saúde (5), ou seja, o hospital e sua infraestrutura (6) fazem parte dos condicionantes externos do modelo e muitas vezes perpassam as dimensões relacionais do cuidado. Para que esses condicionantes estejam alinhados ao cuidado, faz-se necessário a implementação, desenvolvimento e aplicação do PE (2), para que a partir dos resultados dessa implementação, a estrutura e o processo de assistência sejam modificados e/ou melhorados, evidenciando a importância da assistência centrada no paciente e enfermeiro (1) como essenciais para que a tríade processo, estrutura e resultado sejam visualizadas pela gestão.

Ainda, é importante frisar que o modelo teórico elaborado nesse estudo se assemelha a outras pesquisas internacionais que também demonstraram a interação do paciente e enfermeiro (1) e colocaram o enfermeiro como o profissional essencial para o modelo, demonstrando que esse profissional é considerado um agente de transformação e tem habilidade para utilizar diversas técnicas de comunicação, assim como para realizar a sistematização do atendimento ^(7,22).

Ainda, se assemelhando ao modelo teórico, em Indianópolis, nos Estados Unidos, foi evidenciado a importância da comunicação e relacionamento interpessoal (3) na satisfação do paciente com os serviços de enfermagem. Foi constatado a necessidade de se dirigir aos pacientes na primeira pessoa, procurando preservar a dignidade e autonomia desses, também se faz necessário usar a terminologia leiga para facilitar uma melhor compreensão, além de realizar pausas durante a discussão para garantir a compreensão do paciente, não esquecendo de resumir as conclusões ao final de uma orientação para confirmar a compreensão do

paciente. A troca adequada de informação e conhecimento parece ser essencial na satisfação do paciente, por isso encorajar, convidar e apoiar os pacientes é de grande importância ⁽¹⁶⁾.

Dessa forma, internacionalmente se observa que o cuidado centrado no paciente e enfermeiro (1) favorece a satisfação do paciente e deve estar relacionado a uma abordagem biopsicossocial, com o objetivo de prestar serviços respeitosos, individualizados e fortalecedores, o que implica a participação do paciente e uma relação de interação baseada na confiança, empatia, conhecimento compartilhado e sensibilidade ⁽¹⁷⁾.

Essas considerações favorecem a participação do paciente em conjunto com o enfermeiro (1) e equipe e colaboram para que o paciente se sinta responsável e livre para exercer suas escolhas e empoderamento, além de fazer com que esses comecem a confiar mais na enfermagem e depositar mais credibilidade (3). Para isso, a continuidade no atendimento (3) com a implementação e realização do PE (2), dispensação de tempo para atenção aos pacientes e orientações diversas é essencial e preditivo para que ocorra a satisfação do paciente ⁽²³⁾. Na Austrália, um outro estudo com pacientes, foi evidenciado que a escuta atenta pelos profissionais de saúde é valorizada pelos pacientes e significativamente associado à satisfação e ao empoderamento ⁽¹⁸⁾.

Dessa forma, constata-se que a elaboração de modelo teórico pode gerar subsídios com impacto positivo no atendimento de enfermagem e mudança de atitude e postura, podendo se examinar a qualidade do atendimento em vez de priorizar apenas o atendimento clínico, centrado na figura médica, isso também auxilia na satisfação do paciente. Na Bélgica demonstrou-se que a elaboração de modelo teórico com foco não apenas nos aspectos médico e técnicos com a co-criação de conhecimento, em vez de apenas uma transferência de conhecimento, é essencial. Também foi discutido a importância do trabalho em equipe interdisciplinar com foco não apenas nos aspectos médicos e técnicos, mas também em aspectos emocionais, espirituais e dimensões relacionais ⁽²⁴⁾.

Estudo realizado na Austrália com pacientes e enfermeiros ⁽¹⁸⁾, revisão sistemática de literatura na Bélgica ⁽²³⁾ e outro realizado na Índia corroboraram a esse estudo e evidenciaram a utilização de dimensões e atributos para criação de modelos teóricos ⁽¹⁶⁾. O primeiro estudo abordou a construção de modelo teórico centrado no paciente e enfermeiro com o desenvolvimento da consulta de enfermagem ⁽¹⁸⁾, o segundo centrado no paciente ⁽²³⁾; o terceiro evidenciou os cuidados de enfermagem e a importância do estabelecimento de uma sistematização dentro das instituições hospitalares como forma de agilidade, melhoramento nos cuidados e satisfação dos pacientes ⁽¹⁶⁾.

Além de todas essas questões apontadas, foi evidenciado que a consulta de enfermagem/PE (2) repercute de forma positiva no hospital e na sua organização ⁽²²⁾, corroborando ao modelo teórico do estudo, que procurou demonstrar o atributo consulta de enfermagem (2) como a base para seu desenvolvimento. Observa-se ainda que os cuidados de enfermagem repercutem na influência geral da satisfação do paciente no hospital e que os gerentes dos hospitais necessitam prestar mais atenção aos cuidados de enfermagem se eles quiserem melhorar a qualidade dos serviços ⁽¹⁹⁾.

Essa constatação é alicerçada na Noruega, onde foi evidenciado porque os enfermeiros estão na linha de frente do cuidado e conseguem visualizar além da assistência. O estudo deixou explícito que os enfermeiros necessitam estar inseridos na organização de como é realizada a admissão, alta hospitalar, entre outras atividades burocráticas, que muitas vezes, se mal administradas, podem dificultar toda a rotina hospitalar, repercutindo diretamente na assistência de enfermagem, provocando superlotação, ocupações de leitos desnecessárias, entre outros aspectos que geram sobrecarga de trabalho e impedimento da realização de consulta de enfermagem efetiva e resolutiva aos pacientes. O mesmo ainda referiu que é necessário que os líderes acreditem na implantação de novos modelos emergentes realizados pela enfermagem para que esses não falhem ⁽²²⁾.

Dessa forma, dentro de um ambiente flexível e interativo com estruturas organizacionais dinâmicas é possível implementar modelos teóricos que podem auxiliar os enfermeiros para uma assistência de enfermagem promissora ⁽¹⁹⁾, como está sendo proposto neste estudo brasileiro, pioneiro na criação de um modelo teórico de satisfação do paciente no Brasil.

Não foram encontrados estudos nacionais que evidenciem pesquisas relacionadas a satisfação dos pacientes e modelos teóricos. Entretanto, a implementação do PE está contida na lei brasileira, o que respalda e corrobora o modelo teórico elaborado ⁽²¹⁾. O enfermeiro utilizando a sua autonomia, como profissional de enfermagem respaldado pela lei do Conselho Federal de Enfermagem, poderá implementar em seus atendimentos a consulta de enfermagem/PE, sistematizando a assistência. Nesse sentido, como já evidenciado, o modelo teórico tem como base a ação prioritária do enfermeiro, a consulta de enfermagem (2), um condicionante interno capaz de associar todos os demais condicionantes, até mesmo os externos, ligados a organização hospitalar.

Como já evidenciado, foi demonstrado internacionalmente que a participação da gestão nesse processo é essencial. Nos Estados Unidos foi evidenciado que confiança e relacionamento interpessoal do paciente com a enfermagem vai além do relacionamento entre

paciente e enfermeiro, e requer uma filosofia geral para a prestação de serviços que reflete a necessidade dos pacientes ⁽²³⁾. Em Oslo, capital da Noruega, foi evidenciado a necessidade de concentrar a participação da gestão, pois apenas a interação paciente-enfermeiro ignora o fato de que muito do que acontece na clínica é moldado pela política e pela organização, bem como pela cultura e pelos procedimentos ⁽²⁰⁾.

Assim, por meio dos condicionantes pode ser possível definir um processo dinâmico que enfatizou o paciente como um todo, focando no estabelecimento de um modelo teórico com múltiplas ações, enfocando a consulta de enfermagem/ PE, que podem facilitar a troca individualizada de informação e conhecimento, assegurando um envolvimento recíproco em atividades dentro de um ambiente flexível e interativo com estruturas organizacionais dinâmicas.

Conclusão

O estudo apontou os condicionantes, dimensões e características que parecem estar diretamente relacionadas a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem e procurou demonstrar que a criação de um modelo teórico pode ser desenvolvida para auxiliar na compreensão da satisfação do paciente em hospital universitário.

Sugere-se que sejam feitas reuniões quinzenais com enfermeiros e equipes para descrever e discutir a eficácia percebida, bem como as lacunas, trocando *feedback* sobre o desempenho da aplicabilidade do modelo centrado no paciente-enfermeiro e consulta de enfermagem com implementação do PE. Os resultados dessas reuniões poderão ser compartilhados com a gestão para que essa possa avaliar a aplicabilidade do modelo.

Outra sugestão se refere na entrega de um roteiro sobre o método para a equipe interdisciplinar de saúde e explicação da sua aplicação e intervenção na prática de cuidados hospitalares. Esse roteiro também poderá ser fornecido aos pacientes na admissão, bem como informações de como será aplicado o modelo durante sua internação.

O modelo teórico desenvolvido proporciona para uma reflexão no que diz respeito a necessidade de consolidar a sistematização da assistência, vista como uma possibilidade de singularizar o cuidado de enfermagem ao paciente, considerando-o como protagonista no processo

As limitações do estudo se referem a pesquisa ter sido realizada em apenas um hospital e a diferença de população estudada no modelo integrado, que serviu de subsídio para o modelo deste estudo, pois àquele foi desenvolvido na Austrália com pacientes atendidos em

unidades básicas de saúde e hospitais. Assim, a denominação consulta de enfermagem e processo de enfermagem, que segundo a legislação brasileira significam a mesma atribuição, foram citadas ao longo do estudo, para que o estudo que serviu de base não sofresse alterações que não condiziam com sua realidade. Porém, esta limitação apenas se referiu a forma de linguagem. Outra limitação se refere ao desafio na criação de um modelo teórico brasileiro, já que não é uma criação rotineira nos estudos de enfermagem brasileiros e que ainda não foi aplicado e necessitará ser colocado em prática em uma realidade hospitalar que parece não exigir na prática a aplicação do processo de enfermagem.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Brasília: MS; 2011.
2. Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde*. 2014; 21(4): 1261-81.
3. Colquhoun HL, Squires JE, Kolehmainen N, Fraser C, Grimshaw JM. Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: A systematic review. *Implement Sci*. 2017; 12(1): 30.
4. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1996; 44(3): 166-206.
5. Manary MP, Boulding W, Staelin R, Glickman SW. The patient experience and health outcomes. *N Engl J Med*. 2013;368(3): 201-3.
6. Inchauspe JAF, Moura GMSS. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(2): 177-82.
7. Rao AD, Kumar A, McHugh M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. *J Nurs Scholarsh*. 2017 Jan; 49(1): 73–79.
8. Lichon M, Kavcic M, Masterson D. A comparative study of contemporary user involvement within healthcare systems across England, Poland and Slovenia. *J Health Organ Manag*. 2015; 29(5): 625-36.
9. Feldman SF, Lapidus N, Cosnes J, Tired E, Fonquernie L, Cabane J, et al. Comparing Inpatient Satisfaction Collected via a Web-Based Questionnaire Self-Completion and Through a Telephone Interview: An Ancillary Study of the SENTIPAT Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*. 2017 Aug; 19(8): e293.

10. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* maio-jun. 2014; 22(3): 454-60 DOI: 10.1590/0104-1169.3241.2437.
11. Weng HC, Chen TM, Lee WJ, Chang CS, Lin CT, Wu ML. Internal Marketing and Its Moderating Effects between Service-Oriented Encounter and Patient Satisfaction. *Acta Paul. Enferm.* 2016; 29(5).
12. Molina KL, Moura GMSS. A satisfação dos pacientes segundo a forma de internação em hospital universitário. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(1):17-25.
13. World Health Organization [Internet]. Geneva Patients for patient safety. [acesso 10 mar 2018]. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/patients_for_patient/en/> Acesso em 12 de abril de 2018.
14. Halcomb EJ, Caldwell B, Salamonson Y, et al. Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship.* 2011; 43 (3): 318-27.
15. Moraes R, Gagliazzi MC. *Análise textual discursiva.* 2a ed. Ijuí: Unijuí; 2013.
16. Desborough J 1 , Phillips C 2 , Moinhos J 3 , Korda R 4 , Bagheri N 1 , Banfield M. Developing a positive patient experience with nurses in general practice: an integrated model of patient satisfaction and enablement. *J Adv Nurs.* 2018 Mar;74(3): 564-578. doi: 10.1111/jan.13461. Epub 2017 Oct 25.
17. Kvael L, Debesay J, Langaas A, Bye A, Bergland A. A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. *Patient Educ Couns.* 2018 Mar 5. pii: S0738-3991(18)30109-5. doi: 10.1016/j.pec.2018.03.005
18. Otani K , Yihao Deng , Brian Waterman & W. Claiborne Dunagan (2014) Increasing Patient Satisfaction: A New Model Development, *Health Marketing Quarterly*, 31:4, 370-382, DOI: 10.1080/07359683.2014.966008.
19. Fiorio CV, Gorli M, Verzillo S. Evaluating organizational change in health care: the patient-centered hospital model. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18(1): 95. doi: 10.1186/s12913-018-2877-4.
20. Nazir, B. Bernard, J. Myers, K. Abrahamson, Can Patients Be the CEO of Their Skilled Nursing Stay? Description of a Person-Centred Model of Sub-acute Care. *J Am Med Dir Assoc.* 2015; 16: 905-7. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.06.022>.
- 21 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos e privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. [citado 2009 out 15]. Disponível em:<<http://www.portalcofen.gov>>. Acesso em: 13 de abril de 2018.

22. Papadimitriou C, Cott C. Client-centred practices and work in inpatient rehabilitation teams: results from four case studies. *Disabil Rehabil.* 2015; 37: 1135-43. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.955138>.

23- Johannessen AK, Werner A, Steihaug S. Work in an intermediate unit: balancing between relational, practical and moral care. *J Clin Nurs.* 2013; 23: 586-95. <https://doi.org/10.1111/jocn.12213>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados dessa tese, apresentados sob a forma de três artigos, permitiram identificar os condicionantes da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem. Evidenciou-se que a satisfação apresenta múltiplos aspectos relacionais da assistência que podem contribuir para otimização de estratégias para mudanças e melhorias no atendimento de enfermagem em âmbito hospitalar. Revela-se assim, a importância da ampliação e aprofundamento das discussões sobre essa temática, uma vez que o conhecimento dos aspectos que compõem a satisfação do paciente poderá permitir as instituições hospitalares estruturarem estratégias tanto para a ampliação e melhoria dos aspectos que promovem a satisfação, quanto para a minimização dos elementos que podem limitar o seu desenvolvimento.

No primeiro artigo, intitulado “**Adaptação cultural e validação do *General Practice Nurse Satisfaction Scale (GNPS)***”, foi possível evidenciar que a GNPS, constituiu-se como um instrumento válido e confiável, capaz de avaliar a satisfação do paciente com a assistência de enfermagem, contribuindo para a compreensão pontual dos aspectos associados ao seu desenvolvimento. Através da análise fatorial do instrumento, foram identificados quatro constructos que explicam de maneira ampla os condicionantes de desenvolvimento da satisfação dos pacientes com enfermeiros durante a internação hospitalar, sendo eles: relacionamento interpessoal e comunicação; confiança; credibilidade e dedicação.

O processo de construção e validação desse instrumento demanda estudos posteriores, considerando as limitações desta pesquisa e a complexidade do tema focalizado, a fim de aprimorar a escala e melhorar ainda mais a sua confiabilidade. O desenvolvimento de um instrumento para mensurar aspectos relacionais do cuidado, não pode e nem deve se esgotar em um único trabalho investigativo, principalmente por ser a primeira tentativa visando dimensões relacionais da assistência/atendimento de enfermagem no contexto brasileiro e por ser especificamente direcionada a satisfação do paciente com os serviços de enfermagem.

Utilizando-se dessa adaptação realizada da GNPS, o segundo artigo dessa tese denominado “**Preditores da satisfação do paciente com a assistência de enfermagem**” permitiu analisar que o preditor geral de satisfação do paciente foi o relacionamento interpessoal e comunicação, seguidos das questões contidas em cada constructo, que evidenciaram a importância dos aspectos relacionais do cuidado.

Diferentemente de países desenvolvidos, o que ocorre no Brasil e que acaba deixando a desejar nas pesquisas de satisfação, se refere ao tempo em que essas são desenvolvidas, pois de nada adianta implementar programas e estratégias que acabam parando no tempo e não têm continuidade. Como resultado, os hospitais carecem de informações e credibilidade sobre a eficácia de seus programas para melhorar o cuidado centrado no paciente e enfermeiro, dessa forma, na terceira etapa desse estudo foi desenvolvido um modelo teórico denominado “*Modelo de satisfação do paciente com base na implementação do Processo de Enfermagem*” que, assim como a escala GNPS validada, também poderá ser utilizado como uma estratégia importante para a continuidade de pesquisas de satisfação no hospital estudado, primeiro para avaliar a aplicação e eficácia do modelo, segundo para avaliar se houve diferença na satisfação do paciente com a implementação do novo modelo que é respaldado em estudos internacionais acerca das dimensões relacionais do cuidado, levando em consideração a comunicação, credibilidade, relacionamento interpessoal e confiança. Questões essas que foram evidenciadas no estudo, na fase quantitativa dos dados, como preditoras de satisfação do paciente, incluindo a dedicação; sendo respaldadas em estudos internacionais atuais e de grande relevância para a comunidade científica internacional.

Um limite importante a ser destacado se refere a estratégia de coleta de dados. Pesquisas realizadas com pacientes internados, ainda dependentes de cuidados, podem ser influenciadas pelo risco de temor e represálias da equipe, o que pode ter colaborado com que muitos emitissem falsas avaliações. Apesar do esclarecimento de que os dados são confidenciais, alguns pacientes ainda podem ficar constrangidos ao suporem que as informações fornecidas possam chegar ao conhecimento dos profissionais de quem estão sob os cuidados. Por isso, sugere-se a realização de pesquisas com uma parcela de pacientes fora do ambiente do hospital. Sugere-se também, que o instrumento seja replicado e aperfeiçoado nas mais diferentes instituições que contemplam serviços de enfermagem de diversas complexidades e níveis de atenção à saúde, além de que ocorra aplicação do modelo teórico desenvolvido, procurando aperfeiçoá-lo conforme a realidade vivenciada nos diferentes contextos de cuidado.

A principal contribuição teórica dessa tese está ligada à tradução e validação de uma escala para mensuração da avaliação do serviço de enfermagem e a construção de um modelo teórico com base no processo de enfermagem. Acredita-se que tanto a utilização da escala validada, quanto a utilização do modelo teórico desenvolvido, possam auxiliar as instituições de saúde no processo de avaliação da satisfação do paciente com o serviço de enfermagem. Possibilitando o gerenciamento, treinamento e direcionamentos de investimentos na

qualificação profissional de enfermagem, elevando, dessa forma, o grau de satisfação de seus pacientes.

Acredita-se que o modelo elaborado e o instrumento tropicalizado e validado, podem ser utilizados pelos gestores de instituições de qualquer porte, pois até mesmo a análise descritiva de seus indicadores poderá gerar insights para a melhoria de processos e comportamentos. Ainda, acredita-se que o modelo teórico desenvolvido proporciona para uma reflexão no que diz respeito a necessidade de consolidar a sistematização da assistência, vista como uma possibilidade de singularizar o cuidado de enfermagem ao paciente, oportunizando a ele a centralidade no cuidado e ou assistência/atendimento recebido.

REFERÊNCIAS

- AIKEN, L. H.; SERMEUS, W.; HEEDE, V. D. K; et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. **BMJ**, v. 344, p. 1717, 2012.
- AIKEN, L. H; SLOANE, D. M; CLARKE, S; et al. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. **Int J Qual Health Care**, v. 23, n. 4, p. 357-64, 2011.
- AL-ABRI R, AL-BALUSHI A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. **Oman Med J.**, v. 29, n.1, p.3-7, 2014.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In.: _____. (org.). **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 15 – 26.
- ALTUNTAS, S. Factors affecting the job satisfaction levels and quit intentions of academic nurses. **Nurse Educ Today**, v. 34, n. 4, p. 513-19, 2014.
- AMARAL, L. R.; LEITE, L. S. A visão dos pacientes sobre o atendimento aos seus direitos no ambiente hospitalar. **Revista Acreditação**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 10, p. 49-64, 2015.
- ANDRADE, A. C. C. de. C. **O efeito da discriminação de preços em clientes novos e anuais em serviços**. 2014, 92f. Tese (Doutorado em administração)- Universidade do Porto, Portugal, 2014.
- ANDREAZZI, M.F. S. de. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: inconsistências à luz da reforma do Estado. **Rev Bras Educ Med.**, Rio de Janeiro, v.37, n.2, jun.2013.
- ARAÚJO, K. M.; LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.1261-81, 2014.
- APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa**. 2ª ed. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- AWA, B. A; MAZROOA, A. A; RAYES,O; et al. Benchmarking the post-accreditation patient safety culture at King Abdulaziz University Hospital. **Ann Saudi Med**, v. 32, n. 2, p. 143-50, 2014.
- BABBIE, E. **Métodos de pesquisas de survey**. Belo Horizonte: UFMG. 2003.
- BACKES, D. S; LUNARDI, V. L; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.14, n.1 p. 132-5, 2006.
- BACHNICK, S; AUSSERHOFER, D; BAERNHOLDT, M; SIMON, M. Patient-Centered Care, Nurse Work Environment and Implicit Rationing of Nursing Care in Swiss Acute Care

Hospitals: a cross-sectional multi-center study. *International Journal of Nursing Studies*
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.11.007>

BAPTISTA, T. W. F. **O direito à saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro: Fio cruz, 2005.

BARCELOS, R. de A. O cuidado de enfermagem e suas representações no processo de formação. 2015, 97 f. **Dissertação** (Mestrado em educação)- Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2014.

BARLEM-TOMASCHEWSKI, G. J; LUNARDI, V. L; BARLEM, E. L. D; ET AL.
Crenças e ações de enfermeiros no exercício da advocacia do paciente no contexto hospitalar. **Rev Esc Enferm USP** , v. 49, n. 5, p. 811-818, 2015.

BEATTIE, M; LAUDER, W; ATHERTON, L; MURPHY D. Instruments to measure patient experience of health care quality in hospitals: a systematic review protocol. **Syst Rev**, v. 3, n. 4, 2014.

BEATON, D. E.; BOMBARDIER C.; GUILLEMIN F.; FERRAZ MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of selfreport measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186–91, 2000.

BERWICK, D. M. What “Patient-Centered” Should Mean: Confessions of An Extremist. **Health Affairs**, [S.l.], v. 28, n. 4, p. 555–565, 2009.

BLEUSTEIN, C; ROTHSCHILD, D. B; VALEN, A; et al. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. **Am J Manag Care**, v. 20, n. 5, p. 393-400, 2014.

BOLTON, L. B; Goodenough, A. A magnet nursing service approach to nursing’s role in quality improvement. **NursAdm Q**, v. 27, n. 4, p. 344-54, 2003.

BONACIM, C. A. G; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1055-68, 2011.

BONINI, B. B; FREITAS, G. F; FAIRMAN, J; et al. Enfermeiras americanas do Serviço Especial de Saúde Pública e a formação de recursos humanos na Enfermagem Brasileira. **RevEscEnferm USP**, v. 49, n. esp2, p. 136-43, 2015.

BONFADA, D; Cavalcante, J. R. L. P.; Araújo, D. P.; et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciência & saúde coletiva**, v. 17, n. 2, p. 555-60, 2012.

BORBA, V. R.; LISBOA, V. R. **Teoria geral da administração hospitalar**: estrutura e evolução do processo de gestão hospitalar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. 240p.

BRAGA-NETO, F. C; BARBOSA, P. R; SANTOS, I. S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C; et al (Org.) Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e Evolução dos Hospitais**. Departamento Nacional de Saúde; Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro; 1944. Reedição de 1965.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Acesso em: 25 abril 2016. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 8 de jan.2014.

BRASIL. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF. Acesso em: 12 julho 2016. Disponível em:
<http://eblgis.datalegis.inf.br/action/UrlPublicasAction.php?acao=abrirAtoPublico&sgl_tipo=DEC&num_ato=00007082&seq_ato=000&vlr_ano=2010&sgl_orgao=NI&cod_modulo=81&cod_menu=1160>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hospitais de ensino**: O processo de certificação dos hospitais de ensino. Brasília. Acesso em: 15 maio 2016. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=36281&janela=1.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais Universitários**. 2012. Brasília. Acesso em: 23 maio 2016. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_content&view=article.

BRASIL. Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria n. 529, de 1º de abril de 2013** [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2013 Abr 02; [citado 2016 Abr 11]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **História do Ministério da Educação** (2014). Acesso em: 19 maio 2016. Disponível em:
<http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=1175>

BUDDEN, L. M; HAYES, B. A; PIERCE, P. F; et al. Australian women's prediagnostic values and influencing sociodemographic variables relating to treatment choices for early breast cancer treatment. **Australian Journal Cancer Nursing**, v. 6, n. 1, p. 9-20, 2007.

BURGEMEISTER, S; KUTZ, A; CONCA, A; HOLLER, T; HAUBITZ, S; BUERGI, U et al. Comparative quality measures of emergency care: an outcome cockpit proposal to survey clinical processes in real life. **Open Access Emerg Med** , v. 24, n. 9, p. 97-106, 2017.

CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES, 2016). **Relatórios**. Acesso em 15 maio 2016. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>.

CAMARGO, M. **Fundamentos de ética geral e profissional**. 10ª edição. Ed. Vozes, 2011.

CAMPOS, P. F. S. Memorial de Maria de Lourdes Almeida: história e enfermagem no Brasil pós-1930. **História, Ciências, Saúde**, v.20, n.2, p.609-625, 2013.

CARVALHO, M; SANTOS, N. R; CAMPOS, G. W. S. A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 98, p. 372-387, 2013.

CARVALHO, E. C; Oliveira-Kumakura, A. R. S; MORAES, S. C. R. V. **Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação**. Revista eletrônica de enfermagem, 2017.

CASTRO, E. M; VAN REGENMORTEL, T; VANHAECHT, K; SERMEUS, W; VAN HECKE, A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. **Patient Educ Couns.**, v. 99, n. 12, p. 1923-1939, 2016.

CHANG, C. S; CHEN, S. Y; LAN, Y. T. Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters. **BMC Health Serv Res**, V. 13, N. 22, 2013.

COUTO- RIBEIRO, H. C. T. C; CAMPOS, L. I; MANZO, B. F; et al. Estudo das não conformidades no trabalho da enfermagem: evidências relevantes para melhoria da qualidade hospitalar. **Aquichán**, v.14, n.4, 2014.

DESBOROUGH, J; BANFIELD, M; PHILLIPS, C; MILLS, J. The process of patient enablement in general practice nurse consultation: a grounded theory study. **J Adv Nurs.**, v. 73, n. 5, p. 1085-96, 2017.

DESBOROUGH, J; PHILLIPS, C; MOINHOS, J; KORDA, R; BAGHERI, N; BANFIELD, M. Developing a positive patient experience with nurses in general practice: an integrated model of patient satisfaction and enablement. **J Adv Nurs.**, v.74, n.3, p. 564-578, 2018

DELBANCO, T; BOULFFORD, J. L; EDGMAN-LEVITAN, S; et al. Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. **Health Expect**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 144–150, 2001.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **Milbank Mem Fund Q.**, v. 44, n. 3, Suppl.166-206, 1996.

DORIGAN, G. H; GUIRARDELLO, E. B. Tradução e adaptação cultural do Newcastle Satisfaction with Nursing Scales para a cultura brasileira. **Rev Esc Enferm USP**, v. 47, n. 3, p. 562-8, 2013.

DWAMENA, F; Holmes-Rovner, M; Gaulden, C. M; et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S.l.], v. 12, 2012. Acesso em 21 maio 2016. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003267.pub2/abstract;jsessionid=F4C6CACAEA3CFC9C7E7194F6A2>

DOYLE, C; LENNOX, L; BELL, D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. **BMJ Open**. 2013; 3(1). pii: e001570.

FEE, E; GAROFALO, M. E. Florence Nightingale and the Crimean War. **Am J Public Health**, v. 100, n. 9, p.1591, 2010.

FELDMAN, L. B; GATTO, M. A. F; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paul Enferm**, v.18, n. 2, p. 213-9, 2005.

FELDMAN, S. F; LAPIDUS, N; COSNES, J; TIRED, E; FONQUERNIE, L; CABANE, J et al. Comparing Inpatient Satisfaction Collected via a Web-Based Questionnaire Self-Completion and Through a Telephone Interview: An Ancillary Study of the SENTIPAT Randomized Controlled Trial. **J Med Internet Res** ., v. 19, n. 8, e293, 2017.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M.; Kurcgant, P.; et al. Trabalho gerencial dos enfermeiros. **PROENF Gestão**, v. 1, n.1, p. 11-39, 2011.

FLEXNER, A. **Medical education in the United States and Canada**. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching. 1910.

FORMIGA, J. M. M; Germano, R. M. Por dentro da História: o ensino de Administração em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 2, p.222-6, 2005.

FORNELL, C. A national customer satisfaction barometer: the Swedish experience. **The Journal of Marketing**, v. 56, n. 1, p. 6-21, 1992.

FRAMPTON, S. et al. Patient-centered care: Improvement guide. Derby: Planetree; **Camden: Picker Institute**, 2008. Acesso em 9 jun 2016. Disponível em: <<http://planetree.org/wpcontent/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf>>..

FREITAS, J. S; SILVA, A. E. B. C; MINAMISAVA, R; et al. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 454-60, 2014.

FOULKES, M. Nursing metrics: measuring quality in patient care. *Nursing Standard* [Internet]. 2011 [cited 2014 Dec 15];25(42):40-5 Available from: <http://journals.rcni.com/doi/abs/10.7748/ns2011.06.25.42.40.c8582>

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, Graal, 2010. (Capítulo XIII).

FOUCAULT, M. **O Nascimento do Hospital**. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2011.

GAYA, A. (col). **Ciências do movimento humano**: introdução à metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GEOVANINI, T; Moreira, A; Dornelles, S. et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter: 2010.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. C. V.; et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online] Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. Acesso em 10 maio. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=Is0VBgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>

GOODMAN, D; OGRINC, G; DAVIES, L. G; et al. Explanation and elaboration of the SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) Guidelines, V.2.0: examples of SQUIRE elements in the healthcare improvement literature. **BMJ QualSaf**, 2016.

GOMES, E. L. R. et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. N. (Org.). **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 229-250

GOMES, P. H. G. O cuidado centrado no paciente (na pessoa?) nos serviços de saúde: as estratégias utilizadas pelos governos. 2016, 89F. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem)-Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2016.

HAFNER, J. M; WILLIAMS, S. C; KOSS, R. G. The perceived impact of public reporting hospital performance data: interviews with hospital staff. **Int J Qual Health Care**, v. 23, n. 6, p. 697-704, 2011.

HALCOMB, E. J; CALDWELL, B; SALAMONSON, Y; et al. Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 43, n. 3, p. 318-27, 2011.

HILL, M. M.; HILL, A. **Investigação por questionário**. Lisboa: Editora Sílado, 2002.

HINSHAW, A. S; ATWOOD, J. R. A Patient Satisfaction Instrument: precision by replication. **Nurs Res**, v. 31, n. 3, p. 170-5, 1982.

HOLLANDA, E; SIQUEIRA, S. A. V; ANDRADE, G. R. B, et al. Satisfação e responsividade em serviços de atenção à saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n. 12, p. 3343-52, 2012.

HORODNICA, A; APETBEIB, A; LUCAC, F. A; CIOBANUC, C. I. Rating healthcare services: consumer satisfaction vs health sytem performance. **The service industries Jornal.**, 21p, 2018.

HORTA, W. A. **O processo de enfermagem**. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.

INCHAUSPE, J. A. F., MOURA, G. M. S. S. Aplicabilidade dos resultados da pesquisa de satisfação dos usuários pela Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v.28, n.2, p.177-82, 2015.

JUNIOR, J. B. M; MOTTA, L. J; LOPES, E. L. Mensuração da satisfação do cliente com o serviço de enfermagem e sua relação com a avaliação do Serviço Hospitalar. **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 15, n. 2, p. 68-89, 2015.

KARAMI, A; FAROKHZADIAN, J; FOROUCAMIR, G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management? **PLoS ONE**, v.12, n. 11, e0187863, 2017.

KLEEFSTRA, S. M.; ZANDBELT, L. C; HAES, H. J. C. J. M; et al. Trends in patient satisfaction in dutch University Medical Centers: room for improvement for all. **BMC saúde Serv Res**, v. 15, p. 112, 2015.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **HistCiencSaude**, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.

KONE, P. A. J; WODCHIS, W. P. Organizational performance impacting patient satisfaction in Ontario hospitals: a multilevel analysis. **BMC Res Notes**, v.6, p. 509, 2013.

KVAEL, L; DEBESAY, J; LANGAAS, A; BYE, A; BERGLAND, A. A Concept Analysis of Patient Participation in Intermediate Care. **Patient Educ Couns.**, v. 18, 30109-5, 2018.

LAURELL, A. E. C. Políticas de saúde em conflito: seguro contra os sistemas públicos universais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, 2016.

LIAW, S. S.; HUANG, H. M. Perceived satisfaction, perceived usefulness and interactive learning environments as predictors to self-regulation in e-learning environments. **Computers & Education**, v. 60, n. 1, p. 14-24, 2012.

LLOYD, H.; JENKINSON, C. H.; GINNONS E. et al. Patient reports of the outcomes of treatment: a structured review of approaches. **Health Qual Life Outcomes**, v. 12. n. 5, 2014.

LOPES, H. E. G; PEREIRA, C. D. P; VIEIRA, A. F. S. Comparação entre os modelos norte-americano (ACSI) e europeu (ECSI) de satisfação do cliente: um estudo no setor de serviços. **Revista de Administração Mackenzie**, v. 10, n. 1, p. 161-18, 2009.

LYU, H.; WICK, E. C.; HOUSMAN, M.; et al. Patient satisfaction as a possible indicator of quality surgical care. **JAMA Surg**, v. 148, n.4, p. 362-7, 2013.

LYKKKEGAARD, K; DELMAR, C. Between violation and competente care lived experiences of dependency on care in the ICU. **Int J qual Stud.**, v. 10, 2015.

MACHADO, M. H; VIEIRA, A. L. S; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-22, 2012.

MANARY, M. P; BOULDING, W; STAELIN, R; GLICKMAN, S. W. The patient experience and health outcomes. **N Engl J Med.**, v. 368, n. 3, p. 201-3, 2013.

MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista brasileira de educação médica**, v. 30, n. 1, 2006.

MEDICI, A. **Proposta para melhorar a cobertura, a eficiência e a qualidade no setor saúde**. In: Bacha EL, Schwartzman S.(editors). Brasil: a nova agenda social [Internet]. São Paulo:LTC;2011. [cited 2012 Nov 01];cap 1, p 23-93.Available from: <http://www.schwartzman.org.br/simon/agenda1.pdf>.

- MELO, S. C. C.; SANTANA, R. G.; SANTOS, D. C.; et al. Práticas complementares de saúde e os desafios de sua aplicabilidade no hospital: visão de enfermeiros. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 6, p 840-6, 2013.
- MENDES, L; FRADIQUE, M. Influence of leadership on quality nursing care. **Int J Health Care Qual Assur**, v. 27, n. 5, p. 439-50, 2014.
- MIRANDA, A. R.; OLIVEIRA, A. R.; Toia, L. M.; et al. A evolução dos modelos de assistência de enfermagem à criança hospitalizada nos últimos trinta anos: do modelo centrado na doença ao modelo centrado na criança e família. **Rev. Fac. Ciênc. Méd**, v. 17, n. 1, p. 5 - 9, 2015.
- MOYET-CARPENITO, L. **Diagnósticos de enfermagem: Aplicação à prática clínica**. 14edição. Porto Alegre, 2013.
- MORAES, M. F. Algumas considerações sobre a história dos hospitais privados no Rio de Janeiro: o caso da clínica São Vicente”. 2005, 89f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem)-Fundação Osvaldo Cruz.Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde da Rio de Janeiro, 2005.
- MORAIS, R; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Rev. Ijuí: Editora Unijuí, 2013.
- MOREIRA, V. Revisitando as fases da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 27, n. 4, p. 537-544, 2010. Acesso em 12 maio 2016.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v27n4/11.pdf>
- MOREIRA, T. M. M; MONTEIRO, A. R. M; SILVA, L. M. S; RODRIGUES, D. P. **O cuidado clínico de enfermagem**. 1ª ed. Fortaleza, Eduece: 2015.
- NEVES, M. A. B. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. **III Congresso Consad de Gestão Pública**, 2009. Acesso em 16 maio 2016. Disponível em:<[http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III congressoconsad/paine19/avaliacaodaqualidadedaprestacaodeservicosdesaude.pdf](http://www.escoladegoverno.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis_III_congressoconsad/paine19/avaliacaodaqualidadedaprestacaodeservicosdesaude.pdf)>
- NOVAES, H. M; PAGANINI, J. M. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais (Brasil)**. Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994.
- OLIVEIRA, A. M. L. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: adaptação cultural e validação do PatientSatisfactionInstrument. 2004, 92f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem)-Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2004.
- OLIVEIRA, A. B. História da enfermagem- o período de declínio da enfermagem nos séculos que se seguiram a Idade Média. **Esc. Anna Nery**, v.13, n.3, 2009.
- OLIVEIRA, D. C. Prioridades de pesquisa em saúde e as áreas de conhecimento em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21(esp.1), p. 567-8, 2013.

OLIVEIRA, R. M; PEREIRA, M.M; FEITOSA, P. G; et al. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: que dimensões de sobressaem? **Enferm Foco**, v. 5, n ¾, p. 70-4, 2014.

ORNELHAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **R. Bras. Enferm**,v. 51 , n. 2, p . 253-262, 1998.

OTANI, K; WATERMAN,B; FAULKNER, K. M; et al. How patient reactions to hospital care attributes affect the evaluation of overall quality of care, willingness to recommend, and willingness to return. **J HealthcManag**, v.55, n.1, p. 25-37, 2010.

ONWUEGBUZIE, A. J; LEECH, N. L. Linking research questions to mixed methods data analysis procedures. **Qual Report**, v.11, n.3, p.474-98, 2006.

PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C. **O sistema de saúde brasileiro**: história, avanços e desafios. Séries. Acesso em 04 julho 2016. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

PAIVA, S. M. A; SILVEIRA, C. A; GOMES, E. L. R; et al. Management theories in health care. **Revenferm UERJ**, v. 18, n. 2, p. 311-6, 2010.

PAULUS, J. A.; CORDONI, J.L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço Saúde**, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PARASURAMAN, A; ZHEITMAL, V. A; BERRY, L. L. SERVQUAL: a conceptual model of service quality and its implications for future research. **J Mark**,v. 49, n. 1, p. 41-50, 1985.

PASSOS, S. S. S; SADIGUSKY, D. Cuidados de enfermagem ao usuário dependente e hospitalizado. **RevEnferm UERJ**, v. 19, n. 4, p. 598-603, 2011.

PENA, M. M; MELLEIRO, M. M. Grau de satisfação de usuários de um hospital privado. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 2, p. 197-203, 2012.

PERTENCE, P. P; MELLEIRO, M. M. The implementation of a quality management tool at a University Hospital. **RevEscEnferm USP**, v. 44, n. 4, p. 1024-31, 2010.

POLIT; D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUGGINA, A. C; IENNE, A; CARBONARI, K. B. F. S. F; et al. Percepção da comunicação, satisfação e necessidades dos familiares em Unidade de Terapia Intensiva. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 2, p. 277-83, 2014.

RAPOSO, V. M. R. Governação hospitalar: uma proposta conceptual e metodológica para o caso português. 495 f. 2007. **Tese** (Doutorado) – Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, Doutorado em Organização e Gestão de Empresas, Coimbra, 2007.

RAO, A. D; KUMAR, A; MCHUGH, M. Better Nurse Autonomy Decreases the Odds of 30-Day Mortality and Failure to Rescue. **J Nurs Scholarsh.**, v. 49, n. 1, p. 73–79. 2017

RIBEIRO, C. T. M.; RIBEIRO M. G.; ARAÚJO, A. P.; et al. O sistema público de saúde e as ações de reabilitação no Brasil. **Revista Panamericana de salud Publica**, Washington, v.28, n. 1, p. 43-48, 2010.

RISSER, N. L. Development of na instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. **Nurs Res**, v. 24, n. 1, p. 45-51, 1975.

ROCHA ESB, TREVIZAN MA, JÚNIOR KR, et al. Gestão da qualidade na enfermagem brasileira: revisão de literatura. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21 n. esp2. p.812-7, 2013.

RODRIGUES, A. V. D; VITURI, D. W; HADDAD, M. C. L; et al. Responsividade do serviço de enfermagem na visão do cliente. **Rev. esc. enferm. USP**, v.46, n.6, 2012.

RODRIGUES, F. R. de A; PEREIRA, M. L. D; AMENDOEIRA, J. A transição paradigmática da saúde e suas reflexões na enfermagem como disciplina. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, v. 9, n. 1, 2015.

SCHOENFELDER, T; KLEWER, J; KUGLER, J. Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. **Int J Qual Health Care**, v. 23, n. 5, p. 503-9, 2011.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexoes teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Rev Critica CiêncSoc**, v. 85, p. 65-82, 2009.

SILVA, A. E. B. C.; REIS, A. M. M.; MIASSO, A. I.; et al. Eventos adversos a medicamentos em um hospital sentinela do Estado de Goiás, Brasil. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, p, 378-86, 2011.

SIMS, S; LEAMY, M; DAVIES, N; SCHNITZLER, K; LEVENSON, R; MAYER, F et al. Realist synthesis of intentional rounding in hospital wards: exploring the evidence of what works, for whom, in what circumstances and why. **BMJ Qual Saf.**, 2018 Mar 14.

SINGH, S; SINGH, A; SINGH, K. Education systems and academic satisfaction: a study on rural and urban students of traditional vs open education system in India. **Turk Online J Dist Educ**, v. 13, n. 3, p. 390-406, 2012.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 16 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. vol. I e II.

STONE, G. S.; JEROTICH, T. S.; CHERIRO, B.R. et al. SautiZaWananchi "voice of the people": patient satisfaction on the medical wards at a Kenyan Referral Hospital. **O Medical Journal Pan-Africano**, v. 18, n. 308, 2014.

SODRÉ, F; Littike, D; DRAGO, L. M. B; et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serv Soc Soc**, n.144, 2013.

SZECSENYI, J; GOETZ, K; CAMPBELL, S; et al. Is the job satisfaction of primary care team members associated with patient satisfaction? **BMJ QualSaf**, v. 20, n. 5, p. 508-14, 2011.

TAHERI, L; JAHROMI, M. K; HOJAT, M. Comparison patients and staffs satisfaction in general versus special wards of hospitals of Jahrom. **Glob J Saúde Sci**, v. 7, n. 6, p. 95-100, 2015.

TASE, T. H; LOURENÇÃO, D. C. A; BIANCHINI, S. M; et al. Identificação do paciente nas organizações de saúde: uma reflexão emergente. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 2, p. 196-200, 2013.

TOSTES, M. F. P; COVRE, E. R; FERNANDES, C. A. M. Acesso à assistência cirúrgica: desafios e perspectivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 24, n e2677, 2016.

VERCILLO, L. A; SANTOS, I. C; MOURA, J. F. P; et al. A história de enfermagem descrita pelos discentes do curso de graduação em enfermagem. **Cienciaatual**, v. 4, n. 2, 2014.

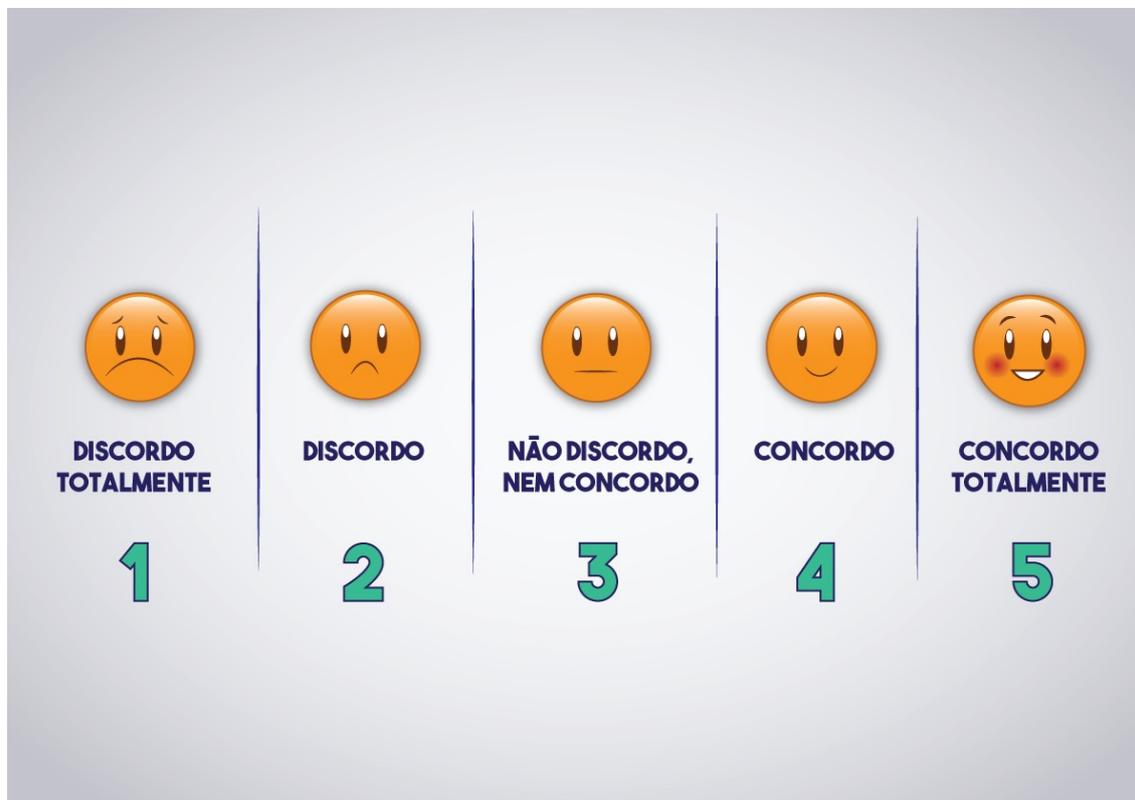
WACHTER, R. M.; PRONOVOST.; SHEKELLE, P. Strategies to improve patient safety: The evidence base mature. **Ann. InternMed**, v. 158, n. 5, p. 350-2, 2013.

WALDOW, V. R. Enfermagem: a prática do cuidado sob o ponto de vista filosófico. Investigación en Enfermería. **Imagen y Desarrollo**, v. 17. n. 1, 13–25, 2015.

WILL, D. E. M. **Metodologia da pesquisa científica**: livro digital – 2a Ed. Rev. e atual. – Palhoça: Unisul Virtual, 2012.

WONG, E. L; COULTER, A; HEWITSON, P; CHEUNG, A. W. L; YAM, C. H. K; LUI, S. F. Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. **PLoS One**, v. 10, n. 4, e0122299, 2015.

WOODS JR., THOMAS E. **Como a Igreja Católica construiu a civilização Ocidental**. São Paulo, Quadrante, 2008.

APÊNDICE A- ESCALA PICTORICA

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)****ESCOLA DE ENFERMAGEM****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem**

Pelo presente consentimento livre e esclarecido declaro que fui informado (a), de forma clara e detalhada, dos objetivos do estudo, intitulado “**Satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem**”. O estudo tem como objetivo principal analisar a satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem. Fui informado (a) de que a coleta dos dados será realizada por uma equipe de coletadores bolsistas da Universidade Federal do Rio Grande, membros do Grupo de Pesquisa NEPES que é coordenado pelo professor Edison Luiz Devos Barlem, responsável por esta pesquisa. Fui informado (a) de que a coleta de dados ocorrerá por meio de um questionário e entrevista. Quanto aos riscos e benefícios do estudo, fui informado (a) que o risco é considerado mínimo uma vez que não há intervenção. Um risco detectável seria a questão da possibilidade do participante sentir-se desconfortável em responder as perguntas do instrumento de coleta de dados. Essa pesquisa pode gerar benefícios aos participantes por meio dos conhecimentos que poderão ser produzidos a partir dos resultados. O participante será esclarecido quanto às eventuais dúvidas. O principal investigador é o professor Dr. Edison Luiz Devos Barlem, seguido da doutoranda, enfermeira mestre Fabiani Weiss Pereira. Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Nota: O presente Termo terá duas vias, uma ficará com a pesquisadora e a outra via com a participante da pesquisa.

Assinatura ou Impressão digital:

Data: __/__/____.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação neste estudo.

Edison Luiz Devos Barlem

Endereço:

E-mail:

Responsável pela pesquisa

**APÊNDICE C- SOLICITAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA NO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CÔRREA JUNIOR**

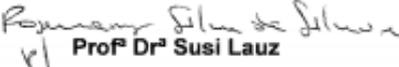


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR MIGUEL RIET CORRÊA JR.
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

Declaração

Declaramos para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como responsável pelo desenvolvimento de pesquisas na Instituição tomamos conhecimento do projeto: "SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO COM OS SERVIÇOS DE ENFERMAGEM", coordenado pela Profª Dr Edison Luiz Devos Barlem e cumprimos os termos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Declaramos, também, que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto e autorizamos a sua execução nos termos propostos, desde de que aprovado pelo CEPs desta instituição.

Rio Grande, 15 de fevereiro de 2018


v/ **Profª Drª Susi Lauz**
Gerente de Ensino e Pesquisa

APÊNDICE D- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS QUALITATIVOS

Questões sociodemográfica e socioeconômicas

Idade/ data de nascimento:

Sexo: () Masculino; Feminino ().

Unidade de internação: () clínica médica; () clínica cirúrgica; (); traumatologia; () serviço de pronto atendimento.

Grau de instrução: () sabe ler e/ou escrever; () não sabe ler e/ou escrever; () ensino fundamental / 1º grau incompleto; () ensino fundamental / 1º grau completo; () ensino médio / 2º grau incompleto; () ensino médio / 2º grau completo; () ensino superior incompleto; () ensino superior completo; () pós-graduação.

Renda: se valor _____

() nenhuma renda; () até 1 salário mínimo; () de 1 a 3 salários mínimos; () de 3 a 6 salários mínimos; () de 6 a 9 salários mínimos; () de 9 a 12 salários mínimos; () de 12 a 15 salários mínimos; () mais de 15 salários mínimos.

Tempo de internação:

Internação anterior nos últimos 12 meses? Quantas?

Qual local costuma procurar quando necessita de cuidados de saúde?

Guia de entrevista semiestruturada

- 1- Como avalias o atendimento que recibes diariamente dos enfermeiros?
- 2- O que poderia ser feito para melhorar o atendimento dos enfermeiros?
- 3- Recomendarias a equipe de enfermagem que te atende na Unidade para teus parentes e amigos?
- 4- Cite um motivo que acreditas ser importante para recomendar ou não a equipe de enfermagem.
- 5- As informações passadas pelos enfermeiros durante o atendimento foram entendidas? Achaste que recebeu informações atualizadas?
- 6- Confias nas informações que o enfermeiro te passou? Gostarias de ser atendido novamente pelos enfermeiros que te atenderam?
- 7- Te sentiste a vontade para conversar com o enfermeiro ou a equipe de enfermagem? Cite um exemplo bom.
- 8- Em relação ao tempo que a enfermagem gasta para te cuidar. Como tu avalias isso?

9- Como a enfermagem contribuiu durante tua internação? As tuas expectativas referentes a assistência de enfermagem foram respondidas de que forma?

Há algo que gostaria de expor sobre a assistência de enfermagem que não foi questionado ou perguntado?

**APÊNDICE E- QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O
SERVIÇO DE ENFERMAGEM**

VERSÃO TRADUZIDA

Itens do instrumento Escala de Satisfação com Enfermeiro(a)
<i>Confiança e Credibilidade</i>
CC1 Eu sinto confiança no(a) enfermeiro(a).
CC2 Eu acredito no(a) enfermeiro(a).
CC3 Eu recomendaria este/esta enfermeiro(a) para minha família e amigos.
CC4 Eu seguirei as recomendações do(a) enfermeiro(a).
CC5 A consulta com o(a) enfermeiro(a).
CC6 O(a) enfermeiro(a) me deu recomendações úteis.
CC7 O(a) enfermeiro(a) pareceu estar atualizado(a) com as informações sobre saúde.
CC8 Eu gostaria que o enfermeiro repetisse novamente este procedimento na próxima vez
CC9 Se o médico me perguntasse, eu daria um retorno positivo sobre o(a) enfermeiro(a).
CC10 O(a) enfermeiro(a) foi muito cuidadoso(a).
CC11 O(a) enfermeiro(a) e médico trabalharam muito bem em equipe.
CC12 O(a) enfermeiro(a) dedicou tempo suficiente a mim.
CC13 O(a) enfermeiro(a) estava confiante na capacidade de cuidar da minha saúde.
CC14 O(a) enfermeiro(a) foi atencioso (a) e se importou comigo.
<i>Habilidades interpessoais e comunicativas</i>
RIC1 O(a) enfermeiro(a) foi amigável e cordial.
RIC2 O(a) enfermeiro(a) me respeitou.

RIC3 O(a) enfermeiro(a) foi paciente com minhas perguntas e preocupações.

RIC4 O(a) enfermeiro(a) prestou atenção ao que eu tinha a dizer.

RIC5 O(a) enfermeiro(a) me incentivou a fazer perguntas.

RIC6 O(a) enfermeiro(a) explicou tudo claramente.

RIC7 O(a) enfermeiro(a) me ajudou a compreender o que o médico disse.

**APÊNDICE F- QUESTIONÁRIO SATISFAÇÃO DO PACIENTE COM O SERVIÇO
DE ENFERMAGEM- Versão Brasileira**

(ADAPTADO DE HALCOMBT ET AL 2011)

Confiança e Credibilidade	Discordo totalmente	Discordo	Não discordo Nem concordo	Concordo	Concordo totalmente
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1 Você sente confiança nas enfermeiras que estão te atendendo durante sua internação.					
2 Você acredita na enfermeira.					
3 Você recomendaria as enfermeiras que estão te atendendo durante a tua internação para seus parentes e amigos.					
4 Você seguirá as recomendações da enfermeira.					
5 Você consulta a enfermeira.					
6 A enfermeira lhe deu recomendações úteis.					
7 A enfermeira parece atualizada a respeito das informações sobre saúde.					
8 Você gostaria que a enfermeira repetisse os procedimentos na tua próxima vez.					
9 Se o médico perguntasse sua opinião a respeito da enfermeira, esta seria positiva.					
10 As enfermeiras que estão te atendendo são muito cuidadosas.					
11 A enfermeira e o médico trabalham muito bem em equipe.					
12 A enfermeira dedica tempo suficiente a você.					
13 A enfermeira é confiante na capacidade de cuidar da sua saúde.					
14 A enfermeira é atenciosa e se importa com você.					

ANEXO I - GENERAL PRACTICE NURSE SATISFACTION SCALE- Versão Original

<i>Confidence and Credibility</i>
CC1 I feel confident in the practice nurse.
CC2 I trust the practice nurse.
CC3 I would recommend this practice nurse to my family and friends.
CC4 I will follow the practice nurse's advice.
CC5 The consultation with the practice nurse.
CC6 The practice nurse gave me useful advice.
CC7 The practice nurse seemed to be up to date with health information.
CC8 I would be happy for a practice nurse to perform this procedure again.
CC9 If the GP asked me, I would give positive feedback about the practice nurse.
CC10 The practice nurse was very thorough.
CC11 The practice nurse and GP worked well as a team.
CC12 The practice nurse spent enough time with me.
CC13 The practice nurse was confident in my ability to look after my health.
CC14 The practice nurse was caring and concerned about me.
<i>Interpersonal & Communication Skills</i>
RIC1 The practice nurse was friendly and warm.
RIC2 The practice nurse respected me.
RIC3 The practice nurse was patient with my questions or worries.
RIC4 The practice nurse paid attention to what I had to say.
RIC5 The practice nurse encouraged me to ask questions.
RIC6 The practice nurse explained everything clearly.
RIC7 The practice nurse helped me understand what the GP said.

Fonte: Halcomb, E. J., Caldwell, B., Salamonson, Y., & Davidson, P. M. (2011). Development and psychometric validation of the general practice nurse satisfaction scale. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3), 318–327.

ANEXO II- PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA

CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER N° 76/2017

CEPAS 90/2016

Processo: 23116.009435/2016-83

CAAE: 62449616.1.0000.5324

Título da Pesquisa: Satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem

Pesquisador Responsável: Edison Luiz Devos Barlem

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 158/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "Satisfação do paciente hospitalizado com os serviços de enfermagem".

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório final de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do relatório final: 31/12/2017.

Após aprovação, os modelos de autorizações e ou solicitações apresentados no projeto devem ser re-enviados ao Comitê de Ética em Pesquisa devidamente assinados.

Rio Grande, RS, 07 de junho de 2017.

Eli Sinnott Silva
Prof.ª Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG