



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Pedro Manuel de Matos Lopes Pinto

**A INFLUÊNCIA DO AMBIENTE DE PRÁTICA NA
INDIVIDUALIZAÇÃO E OMISSÃO DE CUIDADOS**

Dissertação no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde orientada pelo Professor Doutor
António Fernando Salgueiro Amaral e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de
Coimbra

Setembro de 2019



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Pedro Manuel de Matos Lopes Pinto

A Influência do Ambiente de Prática na Individualização e Omissão de Cuidados

Dissertação de Mestrado em Gestão de Unidade de Saúde
apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra
para a obtenção do grau de Mestre

Orientador: Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Coimbra, 2019

DEDICATÓRIA

À Vera e ao Diogo pelo tempo em que os privei da minha companhia e pela paciência e apoio nos maus momentos e por me terem dado a força para continuar sem nunca deixar de me apoiar.

AGRADECIMENTOS

Ao Sr. Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral pela sua orientação, conduzindo este percurso, motivando e indicando caminhos capazes de fazer desta experiência uma aprendizagem contínua e enriquecedora.

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

A todos os amigos, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis, em especial aos fiéis companheiros e ao meu irmão pela ajuda dada. Aos meus pais.

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

Agradeço ao meu colega de trabalho Filipe, pelas partilhas que fizemos no nosso percurso.

“Sem dados somos apenas mais uma pessoa com uma opinião”

Edward Deming

RESUMO

ENQUADRAMENTO: A evolução da saúde nos últimos anos tem conduzido a que a aposta na qualidade e efetividade dos cuidados seja um desafio constante nas diferentes instituições de saúde. A individualização dos cuidados de enfermagem e a não omissão de cuidados são indicadores de cuidados de qualidade, importa por isso perceber como os ambientes de prática, na multiplicidade de fatores que os constituem, influenciam os cuidados e a qualidade dos mesmos. Os ambientes de prática de enfermagem favoráveis caracterizam-se pela adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, promoção de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e boas relações entre os diferentes grupos profissionais, particularmente entre médicos e enfermeiros (Lake, 2002).

OBJECTIVO: Determinar se existe influência dos ambientes de prática na omissão de cuidados de enfermagem e na sua individualização. Avaliando simultaneamente o ambiente de prática dos enfermeiros, a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, identificando e quantificando os cuidados que ficam omissos no último turno dos enfermeiros.

MÉTODO: Estudo descritivo-correlacional, quantitativo, realizado em três unidades cirúrgicas de um hospital de cariz oncológico, envolvendo 49 enfermeiros e 30 doentes. Tendo os dados dos enfermeiros sido obtidos através da aplicação de um questionário sociodemográfico de autopreenchimento com a Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) e uma lista predefinida de cuidados omissos e os dados dos doentes resultantes da aplicação de um questionário de caracterização, conjuntamente com a Individualized Care Scale – patient (ICSP). Os dados foram tratados com recurso à estatística descritiva e analítica.

RESULTADOS: Da análise dos dados obtivemos um valor médio global da PES-NWI, positivo de 2,52 (DP=0,35), as dimensões negativas foram a “adequação de recursos humanos e materiais” e a “participação dos enfermeiros na governação hospitalar”, e as positivas “gestão, liderança e suporte dos Enfermeiros”, “fundamentos de enfermagem para a

qualidade” e a “relação entre médicos enfermeiros”. Os cuidados omissos mais frequentes foram “confortar/falar com os doentes” (52.1%), “elaborar ou atualizar planos de cuidados” (43,8%), “educar doentes e familiares” (35,4%). A média de omissão de cuidados aumenta quando o ambiente é desfavorável, média de 2 (DP=2) nos ambientes favoráveis e de 4 (DP=3) para ambiente desfavorável, existindo uma diferença estatisticamente significativa ($p=0,024$).

Existe percepção dos doentes, da existência de uma preocupação relativa a individualização dos cuidados por parte dos enfermeiros, tendo-se registado um valor médio da ICSP-A de 4,28 (0,80) e da individualização dos cuidados, valor médio da ICSP-B de 4,55 (0,52).

CONCLUSÃO: A percepção dos doentes sobre a individualização dos cuidados melhora nos ambientes mais favoráveis e verifica-se a existência de uma relação entre a omissão de cuidados e os ambientes de prática, diminuindo a omissão de cuidados nos ambientes mais favoráveis.

PALAVRAS CHAVE: Ambientes de prática, cuidados omissos, individualização cuidados.

ABSTRACT

BACKGROUND: The evolution in healthcare during the last few years has made the goal of improving quality and care plans effectivity a continuous challenge among all kinds of health services. The individualized nursing care and not missing nursing care are indicators of good quality care, therefore is quite important to understand how practice environments, with the multiple factors that compose them, influence their respective care and quality. Favourable nursing practice environments are composed by human resources and materials adequacy, effective participation of nurses into internal management roles of the respective organizations, advocacy of nursing fundamentals for quality care, management, leadership and nurses support, with good relationships among professional work groups, namely between doctors and nurses (Lake, 2002).

OBJECTIVE: Determine if there is any influence of practice environments into omitting nursing care activities, or their individualize care plans. Assess the nursing practice environment, how hospitalized patients perceive the individualization plans of their caring activities, identifying and quantifying the care omission occurrences during the previous nursing shifts.

METHOD: Descriptive correlational study, quantified, performed across three chirurgial units in a hospital with oncologic focus, composed of 49 nurses and 30 patients. The nurses' data was taken via a socio demographic questionnaire form, with auto-fill support in line with the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) and a predefined list from missing care, while the patient data was obtained via a characterization questionnaire, jointly with the Individualized Care Scale - patient (ICSP). The data results were further processed with descriptive and analytical statistical methods.

RESULTS: From the data analysis a PES-NWI global average value was obtained, with a positive value of 2.52 (DP=0.35), with the negative dimensions being "human resources and materials adequacy" and "nurses involvement in the hospital management", while the positive dimensions were "management, leadership and nurses support", "nursing fundamentals for quality", and "relationships between nurses and physicians". The missing care cases that occurred with higher frequency were "cheering up/talking with the

patients" (52.1%), "create or update the care plans" (43.8%), "educate patients and relatives" (35.4%). The average in care omission increases when the environment is unfavourable, with an average value of 2 (DP=2) in favourable environments and a value of 4 (DP=3) in unfavourable environments. The statistic difference is significant ($p=0.024$).

Patients have the perception, that nurses take the effort to provide a personalized caring plan, an ICSP-A average value of 4.28(0.80) was registered, and a personalization of caring activities, with an ICSP-B average value of 4.55(0.52).

CONCLUSION: Patients perception about the care personalization improves in more favourable environments, a correlation between care omission and practice environments could be verified, with omission care cases decreasing in more favourable environments.

KEYWORDS: Working environments, missing care, individualized care plan

LISTAS DE SIGLAS

- ACSA** – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía
- ACSS** - Administração Central do Sistema de Saúde
- ANCC** - American Nurses Credentialing Center
- ARHM** - Adequação dos recursos humanos e materiais
- ASQC** – American Society for Quality Control
- CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- DGF** - Departamento de Gestão Financeira
- DGS** – Direção-Geral da Saúde
- DP** – Desvio Padrão
- DUQuE** - Deepening our Understanding of Quality Improvement in Europe
- EFQM** - European Foundation for Quality Management
- ESQH** - European Society for Quality in Healthcare
- EU** - União Europeia
- EUA** – Estados Unidos da América
- ExPeRT** - External Peer Review Techniques Project
- HOPE** - European Hospital and Healthcare Federation
- ICN** – International Council of Nurses
- ICSP** - Individualized Care Scale – patient
- IoM** – Institute of Medicine
- IPQ** - Instituto Português da Qualidade
- IQS** - Instituto da Qualidade na Saúde
- ISO** - International Standard Organization
- ISQua** - International Society for Quality in Health Care
- JCI** – Joint Commission International
- JUSE** – Japan Union of Scientists and Engineers
- KFHQS** - King’s Fund Health Quality Service
- MARQuIS** - Methods of Assessing response to Quality Improvement Strategies
- MECE** – Modelo de Efetividade dos cuidados de Enfermagem

NHS - National Health Service

NIC - Nursing Intervention Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PATH - Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals

PDCA - Plan-do-check-act

PES-NWI -Practice Environment Scale of the Nursing Work Index

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPH - Participação nas políticas hospitalares

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TQC - Total Quality Control

USF – Unidades de Saúde Familiar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade.....	43
Figura 2 - O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem - Nursing Role	47
Figura 3 - Modelo Omissão Cuidados	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Cuidados Omissos no último turno.....	82
Gráfico 2 - Cuidados omissos por serviço.....	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Normas da Joint Commission..... 28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos Serviços	61
Tabela 2 - Caraterização da escala ICSP utilizada	63
Tabela 3 - Caraterização da escala PES-NWI original.....	64
Tabela 4 - Caracterização da escala PES-NWI utilizada.....	65
Tabela 5 - Dados sociodemográficos dos enfermeiros	70
Tabela 6 - Dados sociodemográficos das pessoas internadas	71
Tabela 7 - Médias das dimensões do PES-NWI por serviço e global	74
Tabela 8 - Caracterização do turno	75
Tabela 9 - Distribuição pessoas por Enfermeiro.....	77
Tabela 10 - Prestação de cuidados e rácio pessoa/enfermeiro	79
Tabela 11 - Tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados.....	80
Tabela 12 - Número total de cuidados omissos referidos pelos enfermeiros	81
Tabela 13 - Distribuição dos cuidados omissos consoante o último turno	84
Tabela 14 - Cuidados omissos e condições do exercício profissional I.....	86
Tabela 15 - Cuidados omissos e condições do exercício profissional II.....	87
Tabela 16 - Médias das dimensões e sub-dimensões do ICSP consoante o serviço	90
Tabela 17 - Relação PES-NWI com ICSP	91

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1. QUALIDADE	7
1.1. CONCEITO.....	7
1.2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE	7
2. QUALIDADE EM SAÚDE	17
2.1. EVOLUÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE EM PORTUGAL.....	22
2.2. PRESSUPOSTOS DA QUALIDADE EM SAÚDE	24
2.3. PAPEL DA ACREDITAÇÃO NA QUALIDADE EM SAÚDE.....	26
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE	29
3.1. A PERSPETIVA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PELOS UTENTES E PELOS PROFISSIONAIS – INDIVIDUALIZAÇÃO CUIDADOS	31
3.2. AMBIENTES DE PRÁTICA DOS ENFERMEIROS	35
3.3. MODELO DE EFETIVIDADE DOS CUIDADOS	41
3.3.1. O modelo de Donabedian	42
3.3.2. Nursing Role Effectiveness Model	45
3.4. CUIDADOS OMISSOS.....	50
PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPIRICO	57
1. METODOLOGIA	59
1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS	59
1.2. TIPO DE ESTUDO.....	60
1.3. AMOSTRA	61
1.4. RECOLHA DE DADOS.....	62
1.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	62
1.5.1. Questionário dos doentes	62
1.5.2. Questionário dos profissionais	64
1.6. ASPETOS ÉTICOS.....	66
1.6.1. Consentimento dos autores para utilização dos questionários	66

1.6.2. Comissão de ética	66
1.6.3. Consentimento informado	66
1.7. TRATAMENTO DOS DADOS	67
2. APRESENTAÇÃO RESULTADOS	69
2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS.....	69
2.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS	70
2.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA PES-NWI.....	71
2.4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA E CUIDADOS OMISSOS	75
2.5. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MEDIDA PELA ICSP	88
3. DISCUSSÃO RESULTADOS	93
LIMITAÇÕES	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
APÊNDICES	129
APÊNDICE 1- Questionário para os doentes	131
APÊNDICE 2 - Questionário para os profissionais	134
APÊNDICE 3 – Autorização da Instituição	138
APÊNDICE 4 – Consentimento Informado	139

INTRODUÇÃO

O presente estudo engloba duas temáticas de elevado interesse: a qualidade e a efetividade dos cuidados de enfermagem.

A emergência de novos modelos de gestão e governação das organizações de saúde, aliada as mudanças dos sistemas de prestação de cuidados de saúde e das características das populações servidas pelos mesmos, conjuntamente com uma redução progressiva dos recursos, representam o grande desafio que atualmente se coloca para gestores e profissionais (Amaral, 2014).

Este ambiente determina que se iniciem reformas nos sistemas de prestação de cuidados, exigindo dos profissionais que sejam capazes de garantir a eficiência e ao mesmo tempo que melhorem os níveis de qualidade dos cuidados que prestam (Amaral, 2014).

A evolução da enfermagem nas últimas décadas, tem demonstrado essa preocupação de identificar os resultados que podem ser obtidos pela sua intervenção autónoma. Vários estudos vêm demonstrando, que a enfermagem é fundamental nos seus processos de transição sejam eles de vida, sejam de saúde e doença.

A preocupação com a efetividade tem sido decorrente, ou acompanhado todo o processo de evolução da qualidade em saúde, muitas vezes tendo como face mais visível os processos de acreditação a que têm recorrido as instituições de saúde, por forma a certificar a qualidade das suas práticas.

Para proceder a uma avaliação da qualidade é tido em conta o processo, ou seja, o modo como os cuidados são prestados, do ponto de vista técnico e relacional, o que se pode fazer através da observação desse cuidado, mas existem duas outras áreas que não permitem uma abordagem tão direta, uma é a avaliação da estrutura e outra a avaliação dos resultados (Donabedian, 1988).

É importante referir que os cuidados de enfermagem se desenvolvem sob a influência de vários fatores que podem interferir na sua qualidade e efetividade, nomeadamente o ambiente onde a prática se desenrola (Lake, 2002). Vários estudos internacionais

descrevem o ambiente da prática dos cuidados como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken et al., 2002).

Um dos aspetos importantes a ter em conta são os cuidados omissos, ou seja, a omissão de qualquer cuidado relacionado com os cuidados que o doente precisa. Estando esta situação associada às dotações dos serviços, aos ambientes de cuidados e à execução de tarefas ou funções que não da sua competência. A sua frequência decorre da perceção do enfermeiro relativamente a segurança do doente (Ball et al., 2014).

A escolha do tema foi determinada, pelo interesse pessoal sobre a qualidade e a efetividade dos cuidados de enfermagem, em especial ao nível da área cirúrgica, derivado ao fato de ser o nosso contexto profissional, bem como pela crescente importância que o tema vem adquirindo dentro do setor da saúde.

Selecionou-se a omissão dos cuidados de saúde hospitalares por traduzirem uma vertente dos cuidados que deve ser explorada, na medida que grande parte da investigação se centra sobretudo nos cuidados efetuados, representando os cuidados omissos igual importância para a construção daquilo que é o valor dos cuidados de enfermagem. Os mesmos também adquirem especial importância uma vez que significam em si mesmo um erro de omissão.

Para esta investigação estabeleceu-se um desenho descritivo e correlacional, tendo a mesma como objetivo determinar se existe influência dos ambientes de prática na omissão dos cuidados de enfermagem e na sua individualização. Pretendíamos simultaneamente avaliar o ambiente de prática dos enfermeiros, a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, identificando e quantificando os cuidados que ficam omissos no último turno dos enfermeiros.

Este trabalho encontra-se dividido em duas partes, enquadramento teórico e o trabalho empírico, que se subdividem em capítulos, correspondendo a primeira parte aos capítulos referentes à abordagem teórica da problemática em estudo: “Qualidade”, “Qualidade em saúde” e “Cuidados de enfermagem e a qualidade”. A segunda parte subdivide-se nos capítulos onde se descreve a metodologia utilizada, seguido da apresentação, análise e

discussão dos resultados e as limitações encontradas. No final são apresentadas as principais conclusões e as hipóteses de investigações futuras.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. QUALIDADE

1.1. CONCEITO

A sociedade atual rege-se pelo paradigma da qualidade, procurando nas suas diferentes opções de vida utilizá-la como fator diferenciador. Hoje assistimos ao uso da palavra qualidade em múltiplos contextos, a qualidade de um carro, qualidade de vida, qualidade do som, etc.

Mas o que é a qualidade? Como a podemos definir? Percecionada como a aptidão, aquilo que caracteriza uma coisa ou propriedade, virtude ou valor, é entendida em relação à qualidade de vida, como o conjunto de condições que determinam o bem-estar de um indivíduo ou conjunto de indivíduos (Priberam, 2013). O conceito de qualidade implica algo que qualifica um elemento, ou resume em si mesmo um conjunto de características que vão definir o que é valorizável no mesmo.

É perspectivada como algo que afeta as instituições de forma benéfica, indo ao encontro das expectativas existentes, ou superando-as, sendo as pessoas incentivadas a melhorar o seu desempenho laboral, garantindo-a. Temos noção do seu valor enquanto utilizadores de um bem ou serviço, quando as nossas expectativas são frustradas ou não são satisfeitas, criando-se a noção de perda de qualidade (Gomes, 2004).

1.2. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE QUALIDADE

Historicamente a evolução do conceito de qualidade está ligada à própria evolução do homem e das civilizações. Um momento chave na evolução da qualidade, deu-se através da sistematização de processos para a produção com qualidade, quando na China é estabelecido um sistema de qualidade, na Dinastia Ocidental de Zhou (séc. XI a.C. – séc. VIII a.C.) (Fernandes, 2011). Nesse momento estabelece-se que para a obtenção de um produto de qualidade é necessário estar atento aos diferentes momentos envolvidos na sua produção até ao momento final em que é entregue ao cliente.

Ganham importância os conceitos de norma, padronização e verificação, fomentando-se a exclusão do mercado dos produtos de qualidade inferior, consolidando-se assim o controle

de qualidade. O reconhecimento de falhas, representa o conceito de qualidade em si mesmo, uma vez que revela a preocupação em torno da qualidade como valor absoluto. (Gomes, 2004).

A chegada da revolução industrial, centralizada em grandes unidades de produção e a introdução de maquinaria pesada provocou uma mudança na conceção da produção, iniciando-se a designada produção em larga escala, precipitando o abandono do tradicional modelo de trabalho. Do ponto de vista do controlo da qualidade, foi necessária a introdução de mudanças significativas na forma como este é realizado, uma vez que a multiplicidade de intervenientes implica que existam elementos externos a controlar a qualidade do produto. Verifica-se a transformação dos artesãos em empregados que passam “a preocupar-se apenas com a execução dos seus serviços, conforme determinado pelo supervisor, utilizando a matéria-prima...fornecida” (Fernandes, 2011:35). Este momento vai marcar a perspetiva existente sobre qualidade, determinando uma mudança na evolução do próprio conceito (Pires, 2004).

Garvin (1992), Fernandes (2011) e Carrapeto e Fonseca (2006), identificam alterações no conceito de qualidade no decurso do século XX, considerando Carrapeto e Fonseca (2006) a existência de quatro períodos. Sendo o período inicial anterior a 1900, com a presença da supervisão e mão de obra artesanal, o segundo contempla a junção do período relativo a inspeção da qualidade e controlo estatístico (1920-1950), nas décadas seguintes surgiu motivação para a qualidade e os programas de gestão de qualidade (período 1960-1980), por último o aparecimento da gestão da qualidade total a partir de 1980. A evolução da qualidade pode-se sintetizar em quatro eras: Inspeção, controlo estatístico da qualidade, garantia da qualidade e gestão da qualidade total (Garvin, 1992).

A era da inspeção, caracterizou-se por ser centrada na uniformidade do produto, através da verificação do mesmo por instrumentos de medição, gerindo o departamento de inspeção a ação de verificação, classificação, contagem, avaliação e reparação dos produtos.

Um exemplo da era da inspeção foi a Ford, que em 1908, introduziu a padronização de peças na sua produção, construindo um único modelo de carro em que todas as peças eram

iguais, eliminando a variabilidade destas que até então existia originando erros de dimensão.

A criação de pequenas operações especializadas, permitiu a produção em massa e a redução de custos associada a mesma, contudo a manutenção da qualidade em larga escala, implica que haja uma contínua supervisão e uma rigorosa inspeção dos produtos intermédios e finais, o que se traduziu na introdução de inspetores da qualidade e demais trabalhadores indiretos (Fernandes, 2011).

O aparecimento do controlo estatístico da qualidade, mudou o foco de atenção no controlo da qualidade, procurando criar qualidade com recurso a menos episódios de inspeção durante a produção, passando a ser usadas técnicas estatísticas para controlar a qualidade.

Um elemento fundamental na criação do controlo estatístico da qualidade foi Shewhart, que estudou o nível de variação associado ao processo produtivo, criando o ciclo PDCA (plan-do-check-act) (Abrantes, 2012). Introduziu o controlo estatístico da qualidade, o que permitiu prever alterações na produção e diagnosticar a ocorrência de defeitos aleatórios e sistemáticos, criando um departamento exclusivo para a análise estatística designado de gabinete da qualidade. Sendo da responsabilidade deste detetar problemas preventivamente, evitando que produtos com defeito, apenas fossem identificados no final do processo produtivo, desenvolvendo também atividades de inspeção, inclusivamente às matérias-primas (Fernandes, 2011).

As inovações introduzidas por Shewhart, foram continuadas e amplificadas por Deming, que teve um papel preponderante no desenvolvimento dos processos de qualidade, estabelecendo qualidade, como a conformidade entre o produto e as especificações prévias referentes ao mesmo e criando uma adaptação do ciclo PDCA (Gomes, 2004).

A mudança para a garantia da qualidade, baseou-se na criação de programas de natureza proactiva que englobavam todo o processo de produção, desde a conceção inicial ao produto final, envolvendo todos os grupos de trabalho, para assim impedir falhas de qualidade. É nesta fase que são impulsionadas as primeiras associações profissionais na área da qualidade, nomeadamente a American Society for Quality Control (ASQC) e a Japan

Union of Scientists and Engineers (JUSE), que viriam a ser influenciadas pelos contributos de Deming e Juran (Gomes, 2004).

Deming percecionou o desenvolvimento da qualidade, como resultado da busca das necessidades dos clientes e do estabelecimento da homogeneidade ao nível da produção, criando uma filosofia resultante dos seus conhecimentos técnicos e da experiência adquirida durante a segunda guerra mundial e no pós-guerra ao nível dos Estados Unidos da América e do Japão. Para fazê-lo estabeleceu um conjunto de 14 princípios que indicam o caminho da qualidade, assentando estes sobretudo no envolvimento da gestão, no compromisso de conseguir assegurar condições para a valorização individual, realçando a necessidade de formação, fazendo uso das ferramentas estatísticas, apelando a não obstinação pelo lucro e pelos dados numéricos, focando a atenção no aspeto técnico do produto. Estes princípios têm como missão dar resposta aquilo que Deming classificava como os sete pecados mortais, identificados como práticas de gestão prejudiciais ao processo de criar qualidade (Fernandes, 2011).

A filosofia de Deming assenta sob quatro pilares importantes: visão sistémica, conhecimento sobre variação, teoria do conhecimento e psicologia. O domínio destes permite conhecer as organizações, como se tratasse de uma visão externa à mesma, permitindo compreendê-la melhor (António et al., 2016).

Em 1951 Juran, introduziu uma nova conceção, através da publicação “Planning and Practices in Quality Control”, estabelecendo um foco da qualidade centrado em três momentos (tríade de Juran): no planeamento, no controle e na melhoria da qualidade, relacionando o uso de um elemento com a sua adequação. Veio salientar a importância de estabelecer níveis de produção adequados, destacando a importância do envolvimento e da motivação decorrentes da participação dos trabalhadores em projetos de qualidade (Slack et al., 2002).

Juran introduziu o modelo de custos de qualidade, tornando visível do ponto de vista económico, a importância da implementação de programas de qualidade, salientando que a deteção de falhas internas e externas na produção e a atuação ao nível da prevenção e inspeção, permitem garantir ganhos superiores aos “gastos” produzidos na implementação

de um programa de qualidade. A sua perspectiva pressupõe a identificação dos clientes e das suas necessidades, criando um produto que vá ao encontro das mesmas e de uma filosofia que incorpore as práticas da empresa, gerando um processo produtivo capaz (Neyestani, 2017).

Para a concretização de um programa de qualidade, Juran estabelece um conjunto de dez recomendações: torna-se fundamental a consciência da oportunidade e necessidade de melhorar, estabelecer metas, um conselho de qualidade que conduza a essas metas, formação contínua, rapidez a solucionar problemas, comunicar progressos, comunicar resultados, manter resultados, reconhecimento do trabalho e um programa anual da qualidade integrado na rotina da empresa (António et al., 2016).

Em 1957, Crosby desenvolveu o programa “Zero Defects”, que pressupunha uma adaptação dos processos produtivos, para que deles resultassem soluções que satisfizessem as necessidades dos clientes, fornecedores, funcionários e acionistas. A sua perspectiva assenta no pressuposto de que investir na qualidade não tem custos, desde que se produza “bem” a primeira, ou seja baseia a sua definição de qualidade relativamente a conformidade do produto com as suas especificações técnicas (Abrantes, 2012).

Para o desenvolvimento da qualidade, Crosby, desenvolveu um programa de catorze etapas, garantindo um método simples e organizado para a gestão e que permite o envolvimento dos funcionários levando-os a compreender o verdadeiro significado de qualidade. As catorze etapas são: compromisso da equipa de gestão, uma equipa de melhoria da qualidade, medição da qualidade, avaliação do custo da qualidade, consciência da qualidade, ações corretivas, estabelecer um grupo de trabalho para a implementação do programa “zero defects”, treino de supervisores, criar o dia zero defeitos, estabelecer metas, eliminar as causas de erros, reconhecimento, reuniões do conselho da qualidade, começar de novo (Crosby, 2005).

A qualidade total surge no momento em que foram introduzidos conceitos como impacto estratégico, diferenciação da concorrência, necessidades do mercado/cliente, planeamento estratégico, liderança institucional (envolvimento mais profundo da administração) e estabelecimento de metas para a gestão da qualidade.

Um dos autores fundamentais no desenvolvimento da qualidade total, foi Feigenbaum, que introduziu o *Total Quality Control* (TQC), uma nova abordagem da qualidade sistémica que combina métodos de gestão, teorias económicas e princípios de gestão organizacionais, o que permitiu criar uma nova perspetiva em que é dada a primazia ao conceito de qualidade direcionada ao cliente e que implica o total envolvimento da empresa, não permitindo aos sectores trabalhar de forma isolada (Watson, 2005).

Para Feigenbaum, o papel económico da qualidade também assume um carácter relevante assim como para Juran, descrevendo este a importância dos custos decorrentes de falhas internas, externas, de prevenção e avaliação (António et al., 2016).

O TQC implica uma transição na conceção da qualidade, passando-se da verificação do cumprimento de especificações, para um produto que é o somatório da inserção da qualidade em todos os momentos do processo produtivo. Implica uma nova mentalidade adotada por todos os elementos da empresa, nos vários níveis hierárquicos, tendo presente a necessidade de definir o contributo de cada elemento, evitando dessa forma o risco da diluição de responsabilidade (Fernandes, 2011).

No Japão o aparecimento do controlo da qualidade total, uma referência atual ao nível da qualidade, teve por base o TQC de Feigenbaum. O processo de desenvolvimento da qualidade no Japão, deu-se a partir do final da segunda guerra mundial, quando a JUSE, designou Kaoru Ishikawa para acompanhar Deming e Juran, na promoção do controlo da qualidade na indústria japonesa, procurando melhorar a própria qualidade de vida do país e a sua modernização, criando o Grupo de Pesquisa para o Controle da Qualidade. Para a concretização do projeto foram estabelecidos dois pilares: a disseminação dos métodos estatísticos e a aplicação agressiva do Controle de Qualidade (Fernandes, 2011).

Surgiram algumas dificuldades na implementação do projeto, como a falta de envolvimento dos corpos dirigentes, as barreiras na operacionalização do método estatístico viriam a obrigar a medidas adicionais, resultando no que viria a ser conhecido como Garantia da Qualidade, uma década depois. O conceito de Garantia da Qualidade envolve todos os segmentos da empresa e a análise de projetos e testes em cada fase da produção e mesmo antes de iniciar a produção (Fernandes, 2011).

Ishikawa desenvolveu várias ferramentas da qualidade, definindo gestão da qualidade como a forma mais económica, útil e satisfatória para o consumidor desenvolver, produzir e servir um produto (Gomes, 2004). Recorrendo a um conjunto de metodologias que designou de sete ferramentas da qualidade (fluxograma, diagrama em espinha de peixe, folhas de verificação, diagrama de Pareto, Histograma, diagrama de dispersão e o controlo estatístico de processo), era possível melhorar os processos das empresas e a sua taxa de sucesso (Ishikawa, 1985).

Outros contributos vieram de Taiichi Ohno, criador do sistema de produção da Toyota (Lean) e do conceito Kaizen e de Taguchi, que introduziu a importância do design, da consistência do produto e dos custos da qualidade para a sociedade através da demonstração do efeito sistémico das falhas da qualidade.

Na década de 80 Garvin, veio trazer uma nova leitura da qualidade, cruzando a evolução da qualidade que ocorreu nos Estados Unidos e no Japão. Estabeleceu as 8 dimensões da qualidade (performance, funcionalidade do produto, fiabilidade, conformidade, durabilidade, serviço, aparência e a imagem), permitindo as organizações identificar a faceta que pretendem explorar. Posteriormente, o trabalho de Garvin veio a ser complementado por Parasuraman, Berry, Zeithami, criando um modelo de avaliação da qualidade nos serviços (Gomes, 2004).

A globalização da economia a partir de 1973, precipitou a necessidade da criação de uma linguagem comum em torno da qualidade, o que sucedeu a partir de 1987 com a criação das normas ISO 9000, que veio facilitar o comércio internacional (Fernandes, 2011). As normas ISO (International Standard Organization) resultaram da criação da mesma em 1947, sendo esta uma organização não governamental criada com o objetivo de promover normas para produtos, sistemas e serviços de modo a garantir que a qualidade e eficiência dos mesmos, seja melhorada de forma continua (ISO, 2018).

Após a sua criação as normas passaram por vários períodos de revisão, em 1994, 2000, 2005 e 2015. A evolução centrou-se sobretudo na responsabilização progressiva da gestão, maior incidência na gestão de recursos, na análise de medidas e melhorias e na realização do produto. Há um papel mais ativo do consumidor, uma vez que as suas exigências vão

guiar o processo de produção, a sua monitorização e processos de melhoria interna. (António et al., 2016)

A última versão a ISO 9000:2015, tem como objetivo principal descrever os princípios fundamentais da gestão da qualidade para as organizações que procuram implementar um sistema de gestão da qualidade. Dando confiança aos clientes que existe resposta as suas necessidades, obtendo confiança junto das cadeias de fornecimento, melhoria na comunicação, permitindo processos de formação, avaliação e aconselhamento em gestão da qualidade (IPQ, 2015).

Na década de 80, surgiu o Seis Sigma na Motorola tendo sido posteriormente utilizado por outras grandes empresas. É considerado como um sistema de qualidade que foi desenvolvido com base na filosofia de Deming, que utiliza as ferramentas clássicas e modernas da qualidade (António et al., 2016).

O Seis Sigma foi concebido como uma metodologia sistemática, que pretende gerar crescimento, através da melhoria do produto e do incremento da qualidade do serviço, indo ao encontro da satisfação do cliente. Estes resultados advêm do conceito de que não devem existir falhas de produção, ou ser mínimas de modo a conseguir reduzir para próximo de zero o número de erros existentes. Estatisticamente o que se pretende é reduzir variabilidade (Távora, 2009). Existem três áreas específicas onde incide esta metodologia; melhoria da satisfação do consumidor, redução tempo de ciclo e redução dos defeitos (Pande, Neuman, & Cavanagh, 2000). A aplicação do Seis Sigma implica o recurso à metodologia DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Implementar e Controlar) (Távora, 2009).

Em 1988 foi criada a European Foundation for Quality Management (EFQM), em Bruxelas com o objetivo de promover a excelência dentro das organizações. Surgiu assim o modelo de excelência da EFQM, baseado num conjunto de princípios agrupados em 9 critérios principais que se aglutinam em duas categorias. A categoria **Meios** inclui: liderança, política e estratégia, gestão de pessoas, recursos e parcerias, processo. A categoria **Resultados** considera os resultados nas pessoas, resultados nos clientes, resultados na sociedade e resultados-chave do desempenho.

A implementação do modelo é baseada na definição de resultados e prioridades para de acordo com os mesmos estabelecer uma abordagem, desenvolvê-la de forma sistemática, para posteriormente poder rever o processo (autoavaliação), analisar os resultados e implementar melhorias, numa lógica de acordo com o acrónimo RADAR (Results, Approach, Deployment, Assessment, Review) (EFQM, 2013). Muitos dos conceitos existentes na perspetiva sobre a qualidade do ponto de vista geral, são transponíveis para o conceito associado a saúde.

2. QUALIDADE EM SAÚDE

No setor da saúde, a qualidade é uma preocupação que atravessa os diferentes grupos profissionais e diferentes hierarquias, envolvendo os gestores dos diferentes níveis da cadeia de gestão hospitalar, assim como as práticas diárias dos grupos multidisciplinares.

Havendo múltiplas definições do que é qualidade em saúde, à semelhança do que acontece com a definição da qualidade em si, importa perceber quais as definições que são dadas pelas organizações de saúde unanimemente aceites, como é o caso da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A OMS (2006) entende como cuidados de saúde de qualidade os que contemplam um elevado grau de excelência profissional, com riscos mínimos, que permitam resultados de saúde para os doentes e com eficiência na utilização dos recursos.

O Alto Comissariado da Saúde no plano nacional de saúde de 2011-2016 e Mendes (2012), referem que a definição mais unânime a nível global é a do Institute of Medicine (IoM) que considera a qualidade em saúde como o “grau em que os serviços de saúde, para os indivíduos e populações, aumentam a probabilidade de se atingirem os resultados de saúde desejáveis de acordo com o conhecimento profissional corrente” (IoM, 1990:21).

Donabedian (2003), definiu qualidade em saúde como resultado de dois fatores: a ciência e a tecnologia dos cuidados e a aplicação de ambos aos cuidados. Sendo a qualidade em saúde caracterizada por diferentes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, legitimidade, aceitabilidade e otimização.

A definição adotada no plano nacional de saúde de 2011-2016 e novamente incluída na extensão do documento para 2020, é a do Plano Ibérico de 1990 que descreve qualidade em saúde como a existência de uma prestação de cuidados de saúde que sejam acessíveis e equitativos, executados com ótimo nível profissional, tendo em conta os recursos disponíveis, conseguindo a adesão e satisfação do cidadão. Implicando a adequação dos cuidados de saúde às necessidades e expectativas do cidadão dentro do melhor desempenho possível (Saturno et al., 2010).

As diferentes definições transmitem um conjunto de ideias comuns: a importância do desempenho dos profissionais de saúde; a questão de uma gestão efetiva de recursos; e a perspectiva de que são fundamentais os resultados em saúde. Estando estes, veiculados na última definição mais na perspectiva do utente, uma vez que se dá relevo à questão da acessibilidade, equidade, adesão, adequação de cuidados e satisfação do utente.

Deste modo, à semelhança dos modelos de gestão da qualidade total, preconiza-se o máximo desempenho dos profissionais para obtenção de um produto, no caso saúde, com maximização de recursos, mas mantendo sempre o foco no cliente e nas suas necessidades.

A perspectiva que hoje existe da qualidade em saúde resulta do conjunto de eventos, que ao longo da história contribuíram para que a visão sobre o tema se fosse modificando até a sua forma atual. Por eventos compreendemos momentos em que as circunstâncias e as atitudes individuais ou coletivas implicaram mudanças nas práticas ou modelos até esse momento tidos como consensuais.

O primeiro momento apontado como fundamental na evolução da qualidade em saúde, deu-se com o surgimento da escola hipocrática, ao criar uma abordagem sistematizada baseada em diagnósticos, o que conduziu a uma primeira sistematização de processos e uma maior efetividade (De Jonge et al., 2011).

Posteriormente, as evoluções mais marcantes iriam ocorrer a partir do século XIX, através das ações de Florence Nightingale, Clara Barton, Louis Pasteur, Von Behring, Kitasato, Charles Chamberland, Rupert Blue, Wihelm Rontgen, Safar, Laerdal, Descombey, Salk, Kendrick, Eldering, Pittman (Sheingold & Hahn, 2014).

Entre o final do século XIX e a década de 1940, aconteceram três fenómenos de elevada importância, a criação dos sistemas nacionais de saúde na Alemanha, Inglaterra e Estados- Unidos por Otto Von Bismarck, William Beveridge e Henry Kaiser, uma vez que vieram condicionar aquilo que é a perspectiva atual dos serviços nacionais de saúde (Sheingold & Hahn, 2014).

O modelo de Beveridge na atualidade caracteriza-se por um ter um sistema integrado de financiamento e prestação de cuidados, com envolvimento direto do poder público no planeamento e gestão dos serviços, estando a afetação de recursos dependente das

políticas de saúde. No modelo de Bismarck, o papel do estado é estabelecido através da regulação: nos seguros de saúde e da assistência a quem não for portador de seguro; do sistema de prestação de cuidados; controlo de custos; acreditação; controlo da qualidade; e responsabilização da gestão hospitalar (Campos & Simões, 2011).

Na perspectiva de Raposo (2007) nos países onde vigora o modelo de Beveridge, houve uma diminuição do envolvimento direto do estado, gerado por um processo prévio de separação entre aquilo que é a prestação de cuidados e o processo de financiamento. A evolução nos países onde o modelo de Bismarck é predominante, concentrou-se em ações como a contenção de custos, o processo de acreditação, controlo da qualidade, responsabilização da gestão dos hospitais públicos e financiamento de cuidados para os grupos vulneráveis não abrangidos pelos seguros de saúde. Existem países onde os dois modelos coabitam numa solução híbrida, recorrendo aos incentivos de mercado e ao mesmo tempo mantendo a propriedade ao nível do estado, criando aquilo que viria a ser chamado o mercado interno, entre outras designações, conduzindo a uma empresarialização do setor da saúde (Campos & Simões, 2011).

Assim as alterações estruturais do setor da saúde, conduziram a mudanças na forma como é entregue o produto saúde ao cidadão, o que acaba por condicionar a forma como é pensada a qualidade em saúde.

Um marco importante na história da qualidade em saúde foi a publicação em 1999 do relatório “To err is human: building a safer health system”, pelo IOM (De Jonge et al., 2011). Este relatório veio dar a conhecer que por ano morriam mais de 98000 pessoas nos Estados Unidos da América (EUA), devido a erros médicos, passando a figurar entre as principais causas de morte no país. Estes resultados vieram colocar o foco na necessidade de implementar sistemas que permitissem a melhoria assistencial, o que levou a qualidade dos cuidados a ser uma prioridade por parte dos prestadores, possibilitando a criação de protocolos, projetos e legislação de forma a limitar os erros humanos e do sistema. Começaram a ser estabelecidos indicadores como barómetro da qualidade, sendo o índice de mortalidade um dos primeiros a ser estabelecidos tanto nos EUA como na Europa.

Alguns meses mais tarde a mesma agência viria a publicar um segundo relatório “Crossing the quality chasm”, com o objetivo de criar um padrão que permitisse às instituições estabelecer parâmetros de qualidade. Foram enumeradas seis dimensões para os cuidados: segurança, efetividade, eficiência, equidade, centralização no doente e a oportunidade (IoM, 2001).

O reflexo das alterações introduzidas veio através das avaliações conduzidas posteriormente à introdução dos processos de melhoria nas unidades de saúde. Um estudo conduzido por Hosford (2008) permitiu concluir que a introdução de processos de melhoria da qualidade ao nível hospitalar permitiu reduzir o número de erros médicos.

A qualidade associada a segurança tem sido uma das imagens associadas a indústria, nomeadamente a da aviação e essa estratégia também foi seguida no ramo da saúde nomeadamente em resposta a necessidade de eliminar o erro. A efetivação dessa resposta foi feita pela implementação de protocolos e de chek-list cujo objetivo é recorrer a um conjunto de passos apresentados de forma sequencial, de forma a minimizar a possibilidade de ocorrência de falhas. Um dos exemplos mais marcantes foi a criação da cirurgia segura pela OMS e implementação pela Direção-Geral da Saúde (DGS).

Uma das mudanças fundamentais para a redução do erro nos últimos anos está relacionada com a perceção do erro, em que se pretende passar de um modelo de culpabilização individual, para uma leitura de funcionamento do sistema enquanto processo de melhoria continuo. Esta conceção apoiada pelo relatório do IoM, foca a leitura do erro enquadrada em diversos parâmetros, nomeadamente: na análise da constituição das equipas, dotação das mesmas, pressão laboral, interoperabilidade de sistemas, disfunções de protocolos e chek-list e mecanismos de controlo do sistema (IoM, 2000).

Um modelo que veio reforçar a importância do sistema no funcionamento da estrutura, é o “*modelo do queijo suíço*” de James Reason, segundo o qual, à semelhança das fatias de queijo suíço que têm buracos, mas esse buraco não tem continuidade na fatia seguinte, um sistema deve ser concebido para que se houver uma falha numa fase inicial, essa falha seja detetada ou corrigida na fase seguinte. Se por oposição tivermos um sistema/queijo com múltiplas falhas/buracos, o erro vai-se perpetuar (Reason, 2000).

A evolução da qualidade em saúde nas últimas décadas beneficiou da aplicação de metodologias provenientes da indústria como o ciclo PDCA, diagramas, o seis sigma e a metodologia Lean. A aplicação do Lean permitiu reduzir desperdícios e melhorar processos, garantindo uma melhor gestão de recursos, aproximar administradores e trabalhadores e facilitar melhorias individuais e coletivas. Na atualidade muitas organizações não só exploram estas e outras metodologias, como as começam a combinar, procurando sinergias de ideias, sendo um dos exemplos o Lean Seis Sigma (Cantiello et al., 2016).

A necessidade de reduzir o erro associada aos conceitos de gestão da qualidade, permitiu a introdução do conceito de Governança Clínica, em 1997, no livro branco do National Health Service (NHS). Com este novo conceito pretendia-se criar uma cultura de participação, valorização das boas práticas, responsabilização clínica, evidenciar a necessidade de um programa de melhoria, desenvolver capacidades de liderança, apoiar a prática baseada na evidência, implementar a gestão do risco clínico e o trabalho multidisciplinar a nível institucional (Saturno et al., 2010)

Outro dos desafios atuais passa pela capitalização dos novos recursos existentes, nomeadamente as novas tecnologias de tratamento e de gestão de dados, onde a implementação do processo eletrónico pode ter um papel relevante pela disponibilidade de informação aos cuidadores em tempo real em múltiplas plataformas e pelo acesso a múltiplos indicadores, permitindo estabelecer estatísticas e definir estratégias mais rapidamente, fazendo uma gestão dos cuidados mais efetiva.

Relativamente aos efeitos do recurso as tecnologias da informação ao nível da qualidade, eficiência e custos dos cuidados, existem três benefícios principais: adesão a cuidados baseados em protocolos, uma melhor vigilância e monitorização de cuidados e diminuição do erro (Chaudhry, et al., 2006).

Associado aos desenvolvimentos ocorridos dentro de cada país, as atividades e os projetos promovidos por entidades internacionais foram um contributo importante para a implementação da melhoria da qualidade nos sistemas nacionais de saúde. Podemos citar organizações com um papel relevante a OMS, a ISQua (International Society for Quality in

Health Care), a HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) e a ESQH (European Society for Quality in Healthcare) e a União Europeia (UE).

Estas entidades apoiaram ou ajudaram a desenvolver projetos como o ExPeRT (External Peer Review Techiques Projet); o PATH (Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals), MARQuIS (Methods of Assessing response to Quality Improvement Strategies) e o DUQuE (Deepining our Understanding of Quality Improvement in Europe) (Mendes, 2012).

Através destes projetos foi possível obter diferentes contributos para construir uma perceção da qualidade em saúde a nível europeu. O ExPeRT permitiu identificar quais os mecanismos de melhoria da qualidade existentes e compará-los, evidenciando que é possível adaptar modelos de outros setores da sociedade a área da saúde com sucesso. O PATH permitiu dotar Hospitais da UE com uma ferramenta de monitorização e melhoria da qualidade pela análise de indicadores e relatórios de desempenho. O MARQuIS teve o intuito de comparar as diferentes estratégias de melhoria da qualidade dos cuidados hospitalares e estabelecer uma relação com requisitos estabelecidos para os cuidados transfronteiriços. Por último o DUQuE estudou a efetividade dos sistemas de melhoria da qualidade dos hospitais europeus, através da avaliação da relação dos sistemas com a qualidade observada nos cuidados de saúde (Mendes, 2012).

2.1. EVOLUÇÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE EM PORTUGAL

A evolução da qualidade em saúde em Portugal tem sido marcada pela tentativa de acompanhar os fenómenos que se têm desenvolvido nos outros países, nomeadamente no contexto europeu. As primeiras referências à questão da qualidade enquanto parte integrante de uma agenda política, surgiram após 1999 (EOHSP, 2008). Do ponto de vista operacional, o momento em que se deu início a atividades relacionadas com a qualidade deu-se em 1983 através da criação de indicadores para os centros de saúde por Emilio Imperatori e pela introdução da Revisão de Utilização pelo Departamento de Gestão Financeira (DGF) (Saturno et al., 2010).

O início do programa luso-espanhol, relativo aos cuidados de saúde primários, que decorreu entre 1985 e 1989 promovido pela Escola Nacional de Saúde Pública em colaboração com diversas entidades, entre as quais a OMS, foi o passo seguinte, surgindo nesse mesmo ano (1989) a primeira comissão de qualidade hospitalar no Hospital São Francisco Xavier (Pisco & Biscaia, 2001) (Saturno et al., 2010).

Após estas iniciativas, outras seguiram, sem que houvesse grandes resultados práticos, não se estabelecendo uma verdadeira política efetiva da qualidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS), até que em 1998, por iniciativa do Ministério da Saúde foi implementado um sistema da qualidade, promovido com o Programa Saúde XXI e dado a conhecer no documento “Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)”. Este sistema incluía as seguintes estruturas: Instituto da Qualidade na Saúde (IQS), o Conselho Nacional da Qualidade na Saúde, a Comissão Nacional de Acreditação, a Agência de Avaliação de Tecnologias de Saúde e os Subsistemas do Medicamento e do Sangue (Pisco & Biscaia, 2001) (Saturno et al., 2010). Contudo algumas dessas estruturas acabaram por não ser criadas ou foram extintas, somente o IQS se manteve em atividade até 2006 e o Conselho Nacional da Qualidade como consultor do Ministério da Saúde.

Da extinção do IQS resultou uma transferência de competências para a DGS e para a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), até que em 2009 foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde na DGS e a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde.

Os indicadores de saúde, desde a criação do SNS em 1979, tiveram uma evolução favorável, nomeadamente a mortalidade infantil e a esperança média de vida. Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, a OMS aponta que os indicadores nacionais registram uma evolução favorável relativamente à média do grupo dos países da UE. Contudo, verificam-se lacunas ao nível dos comportamentos saudáveis, igualdade em saúde em áreas como a demora média hospitalar, consumo de antidepressivos entre outros indicadores, que apresentam pior desempenho. Existem questões importantes ainda relativamente à gestão de recursos no SNS, a sua sustentabilidade e com a qualidade e segurança dos cuidados a necessitar de maior atenção. Do ponto de vista percentual os utentes referem que existem áreas a melhorar no SNS, nomeadamente os tempos de

espera 43%, organização dos recursos 33%, investimento 30% e qualidade dos cuidados 24% (Saturno et al., 2010).

2.2. PRESSUPOSTOS DA QUALIDADE EM SAÚDE

O setor da saúde tem como principal diferença a necessidade de lidar com a vida e a morte, a falta de literacia e entendimento técnico científico da grande maioria dos utentes para avaliar a qualidade técnica dos cuidados e para gerir a sua própria saúde (Sakellarides, 2011 *apud* Mendes, 2012). O contexto atual, onde existe uma pressão elevada sobre as organizações de saúde para que sejam mais eficientes, dado o elevado número de recursos que consomem e crescente procura de cuidados de saúde, representam um desafio para a valorização da qualidade em saúde por todos os elementos das organizações de saúde. Para Drucker (2002) os cuidados de saúde, são a mais difícil, caótica e complexa indústria da atualidade.

Esta complexidade é visível na dificuldade em introduzir mudanças numa instituição, Berwick (2003) refere essa dificuldade usando o gráfico de Rogers, que representa a disseminação da inovação ao longo do tempo através de um “S”. N uma fase inicial apenas 2,5% das pessoas adotam a nova metodologia os designados “inovators”, seguindo-se “early adopters” 13,5%, os “early majoraty” 34%, os “late majoraty” 34% e os “laggards” 16%¹. Desta forma percebe-se que a adaptação é feita progressivamente, até que a maioria dos colaboradores esteja envolvida no projeto, devendo haver uma aposta clara nos elementos dinamizadores como são os “innovators” e os “early adopters”. O que implica que a introdução de um sistema de qualidade, deva ser vista também como um processo gradual, planeado a médio, longo prazo em que não devem ser esperados resultados imediatos.

A própria leitura dos resultados deve ser enquadrada no contexto onde se encontra a estrutura prestadora de cuidados, nomeadamente através da população que serve e os serviços que incluiu. A mensuração da qualidade dos cuidados deve ser adequada aos

¹ Tradução livre do autor: “inovadores”, “primeiros adotantes”, “adotantes maioritários”, “maioria tardia” e “retardatários”. (berwick, 2003 : 1972)

indicadores estabelecidos. De Jonge et al (2011), referem três níveis de indicadores existentes: de estrutura, de processo e de resultado. Considerando os de estrutura como de primeiro nível, estes incidem sobre as características físicas existentes (edifício, equipamentos) e das equipas em termos de composição e cultura de equipa. Os de processo são os de segundo nível, procuram evidenciar o processo de cuidar e a relação entre cuidadores e utentes. Por último os indicadores de resultado ou terceiro nível procuram evidenciar a satisfação dos utentes.

Uma vez obtidos os resultados, uma forma de capitalizá-los é recorrer a estratégias de benchmarking, na tentativa de gerar processos de avaliação e melhoria, procurando as melhores práticas na tentativa de situar a nossa entidade prestadora de cuidados dentro daquilo que são as melhores práticas dentro de cada área. Tendo sempre em conta que estas comparações devem ser feitas entre instituições que representam a mesma realidade, ou seja, que tratem doentes com o mesmo grau de complexidade (case-mix) e que tenham a mesma natureza. Backman et al. (2016), num estudo relativo a qualidade dos hospitais universitários no Canadá, alerta para as diferenças existentes entre os hospitais universitários e os restantes, em termos de recursos existentes, tipo de utilizadores e abordagem dos doentes, justificando a necessidade de haver uma seleção adequada de pares antes de serem conduzidas qualquer tipo de comparações de qualidade ou performance, evitando enviesamentos.

Num processo de introdução de um programa de qualidade, os líderes devem constituir-se como pessoas de referência, quer ao nível dos cuidados quer ao nível da gestão, sendo dessa forma fundamentais para criar uma cultura de qualidade, qualidade em si mesmo e uma cultura de equipa (De Jonge et al., 2011). A excelência na liderança origina a oportunidade para a implementação sustentável de novos projetos, sendo um bom líder capaz de perceber que pequenas mudanças são importantes, assim como o envolvimento da equipa e a capacidade de demonstrar a efetividade das mudanças, criando um suporte para a implementação de um projeto de qualidade (Brandrud et al., 2011).

Cada vez mais as equipas e as instituições são o reflexo das lideranças existentes, exercendo os líderes um papel catalisador das capacidades existentes e dos processos, permitindo a projeção das suas equipas e dos elementos que as formam, ou por outro lado

podem ter uma ação repressora, levando ao incumprimento de processos, desinvestimento pessoal, equipas desconexas onde a prestação de bons cuidados não encontra terreno favorável.

2.3. PAPEL DA ACREDITAÇÃO NA QUALIDADE EM SAÚDE

Uma das apostas no sentido de garantir a qualidade em saúde tem sido o recurso à acreditação por parte das instituições de saúde. Uma política implementada desde o final da década de 90 pelo IQS, quando o mesmo estabeleceu um protocolo com o *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) com o propósito de proceder à acreditação voluntária dos hospitais públicos e ao fim de 5 anos ser criada uma norma portuguesa de acreditação, reconhecida pelo *King's Fund*, baseada nos seus manuais. A possibilidade de estudar o impacto deste processo nos profissionais e nas organizações de saúde, levou o IQS a conseguir evidenciar alguns efeitos positivos na melhoria dos processos e nas inter-relações profissionais dentro dessas organizações (Mendes, 2012).

A acreditação é definida como um processo pelo qual uma entidade prestadora de bens e serviços, externa à organização, avalia essa mesma organização com um conjunto de requisitos predeterminados ou atributos desejáveis e atestando publicamente os resultados (Pawson G, 2008). De alguma forma, podemos considerar a acreditação como uma atividade de monitorização, na medida em que comprova com regularidade o cumprimento de requisitos ou padrões numa determinada organização (Saturno et al., 2010).

A acreditação não só certifica as instituições como funciona como um veículo de marketing, na medida em que na tendência atual de as pessoas poderem escolher a instituição onde serão tratadas, o fator certificação pode ter o papel de publicidade positiva e ser um elemento influenciador. A isto acresce a valorização que pode gerar nos profissionais, pois a certificação também incide nas suas práticas e dinâmicas de serviço, podendo gerar compromisso com o mesmo, funcionando numa lógica de valorização bilateral. Contudo o afastamento dos trabalhadores dos processos de acreditação pode ter o efeito inverso,

uma vez que poderá conduzir a incompreensão do fenómeno e a não adesão ao processo em si mesmo.

Os modelos utilizados na acreditação em Portugal são o do KFHQS e o da Joint Commission International (JCI), existindo alguns serviços em hospitais públicos e privados acreditados pela ISO 9001:2000. Ao nível dos cuidados de saúde primários as unidades de saúde familiares (USF) estão a seguir o modelo de acreditação da Agencia de Calidad Sanitaria Andaluca (ACSA) (Saturno et al., 2010).

O programa de acreditação do CHKS para 2018 para as organizações de saúde define um conjunto de normas, que englobam padrões gerais e critérios específicos baseados agregadas em sete diferentes áreas, nomeadamente (CHKS, CHKS helping to improve , 2018):

- 1 - Gestão e liderança das organizações;
- 2 - Risco e segurança;
- 3 - Cuidados de Saúde centrados no doente;
- 4 - Instalações e serviços;
- 5 - Serviços clínicos e especialidades;
- 6 - Serviços de suporte e reabilitação;
- 7 - Gestão.

O modelo de acreditação da JCI pode ser aplicado a toda uma organização ou de forma parcelar a um departamento ou serviço, baseando-se em normas centradas nos doentes e na gestão das unidades prestadoras de cuidados.

Quadro 1- Normas da Joint Commission International

Secção 1 – Normas centradas nos doentes	Secção 2 – Normas de gestão das organizações de saúde
<ul style="list-style-type: none">- Acesso e continuidade dos cuidados de saúde;- Direitos dos doentes e das suas famílias,- Avaliação de doentes;- Prestação de cuidados aos doentes;- Cuidados cirúrgicos e anestésicos;- Gestão e utilização da medicação;- Educação dos doentes e das suas famílias,- Metas internacionais de segurança do doente.	<ul style="list-style-type: none">- Melhoria da qualidade e segurança dos doentes;- Prevenção e controlo de infeções;- Administração, liderança e orientação;- Gestão e segurança de instalações;- Qualificações e formação do pessoal;- Gestão da comunicação e informação.

Fonte: (JCI, 2014)

Os processos de acreditação permitiram em muitos casos a introdução de um conjunto de práticas fundamentais para garantir a eficiência das unidades de saúde, nomeadamente: a realização de auditorias internas relativas ao desempenho clínico e organizacional, uma prática baseada em evidência, monitorização clínica, gestão do risco clínico, envolvimento dos doentes no contrato terapêutico e divulgação periódica dos resultados dos serviços. A manutenção destas práticas no período posterior ao processo de acreditação, funcionam como um elemento facilitador da governação clínica e por sua vez da gestão de sistemas complexos como são as unidades de saúde (OPSS, 2006).

O seu uso no contexto dos serviços também pode ser encarado como um passo fundamental para a avaliação dos cuidados e melhoria contínua, pela avaliação periódica e pelo acompanhamento mais pormenorizado.

3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM E A QUALIDADE

A qualidade dos cuidados está inserida dentro da lógica de existência da qualidade em saúde, pois são um fator indissociável da mesma ao ser um dos seus componentes, fazendo parte dos programas da garantia da qualidade e constituindo-se como um dos elementos da cadeia da qualidade.

A qualidade em saúde é em si mesma o resultado da sinergia entre diferentes profissões, cabendo a cada uma o seu contributo, não existiria sem o contributo profissional dos enfermeiros, não devendo por isso o seu contributo ser omitido ou desvalorizado, nem a sua existência se deve só à ação dos mesmos (OE, 2012).

Importa, contudo, perceber o papel dos cuidados no contexto de desenvolvimento de uma política de qualidade em saúde, tornando-os mais perceptíveis dentro dessas equipas multidisciplinares. Para além dessa perceção, à semelhança da qualidade e da qualidade em saúde é necessário definir o que são cuidados de qualidade.

A definição do que são cuidados de qualidade é nos dada através de uma padronização dos cuidados de qualidade, efetuada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) em 2001 e revista em 2012, onde são estabelecidas seis categorias descritoras dos mesmos: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, readaptação funcional, bem-estar e autocuidado e a organização dos cuidados de enfermagem. Com a criação das mesmas procurou-se criar um quadro de referência para uma prática de enfermagem (OE, 2012).

As diferentes categorias são operacionalizadas através de conjunto de princípios que pretendem facilitar a visualização do conceito subjacente a cada uma delas.

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

Por sua vez a atividade de promoção da saúde resulta da capacidade do enfermeiro fazer um diagnóstico de situação da saúde da população e dos recursos do cliente/família e

comunidade, promover estilos de vida saudáveis, gerando capacidade adaptativa do cliente aos processos de vida e propiciar oportunidades de aprendizagem aos mesmos.

Como padrão de cuidados na prevenção de complicações e na manutenção do bem-estar e o autocuidado, preconiza-se celeridade na identificação de problemas na sua esfera de competências, para em seguida prescrever, implementar e avaliar o grau de sucesso das intervenções efetuadas, referenciar a outras profissões problemas dentro do seu âmbito profissional, assunção da responsabilidade profissional, capacidades supervisivas e rigor científico / técnico na atuação (OE, 2012).

O sucesso da readaptação funcional passa pela continuidade na prestação de cuidados, um planeamento da alta adequado otimizando os recursos do cliente e das pessoas significativas para o mesmo, aproveitamento os recursos da comunidade e realizando ensin角度 adequados a sua readaptação funcional.

Para garantir uma organização dos cuidados de enfermagem efetiva, pressupõe-se a existência de um sistema de melhoria continua da qualidade dos cuidados, um sistema de registos de enfermagem gerador de dados que reflita as necessidades do cliente, as intervenções e os resultados obtidos, existência da satisfação dos enfermeiros em função da qualidade do exercício profissional, criação de dotações seguras, uma política de formação, metodologias de organização dos cuidados e a criação de um quadro referencial para o exercício profissional.

A criação destas categorias com vista a padronizar a qualidade dos cuidados, foi uma formalização de uma preocupação que transparece da análise retrospectiva da evolução da enfermagem, uma vez que sempre houve uma ligação entre qualidade, melhoria contínua da qualidade e os cuidados (Machado, 2013).

O estudo conduzido por (Ribeiro et al, 2017), sobre a qualidade dos cuidados nos hospitais portugueses, identificou uma atuação dos enfermeiros próxima daquilo que são os padrões de qualidade definidos pela OE, concretizando” sempre” ou “as vezes” as atividades inerentes a cada dimensão, sendo a atividade mais concretizada referente a responsabilidade e rigor e prevenção das complicações, demonstrando o predomínio do modelo assistencialista em prejuízo de uma atividade preventiva, dado que as atividades

de promoção da saúde, bem-estar, autocuidado e readaptação funcional foram as menos executadas.

Na atualidade o conceito de qualidade dos cuidados é cada vez mais pertinente uma vez que as circunstâncias atuais apontam para uma maior exigência e expectativa por parte dos utentes, associado a um aumento do nível de formação e conhecimentos dos profissionais conjugado com as boas práticas por parte destes, uma valorização da satisfação por parte dos utentes e profissionais, gestão mais rigorosa do ponto de vista económico e uma cultura de qualidade mais presente (Ribeiro et al., 2008).

A qualidade dos cuidados é muitas vezes traduzida através dos benefícios resultantes das práticas e do envolvimento dos profissionais, resultando em melhoria de indicadores e melhor inserção do indivíduo na comunidade.

3.1. A PERSPETIVA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS PELOS UTENTES E PELOS PROFISSIONAIS – INDIVIDUALIZAÇÃO CUIDADOS

Para além do próprio conceito de cuidados de qualidade é importante perceber de que forma eles são perspetivados pelos diferentes elementos no processo de cuidados. A evolução da qualidade quer no contexto industrial, quer mais tarde no domínio da saúde veio trazer a importância de direcionar o produto oferecido de acordo com as expectativas do consumidor final. Essa evolução demonstrou ser igualmente importante prestar atenção ao domínio profissional e atender à sua realização, garantindo desse modo estar atento ao contributo destes na definição de estratégias e elaboração do produto em oferta.

Assim o sucesso da abordagem, resulta numa simbiose entre dois conceitos, ou melhor, entre duas perspetivas numa realidade e de uma atividade. Segundo Dawoud & Jill (2008), os enfermeiros referem seis elementos fundamentais para a existência de cuidados de qualidade:

- 1 – Abordagem holística, centrada na pessoa com continuidade nos cuidados;
- 2 - Eficiência e efetividade conjuntamente com humanidade e compaixão;
- 3 – Prática baseada na melhor evidência científica;

- 4 – Rapidez e segurança nas intervenções de enfermagem;
- 5 – Aconselhamento e empoderamento da pessoa;
- 6 – Processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para o mesmo autor os profissionais de enfermagem enquanto utentes valorizam os seguintes parâmetros:

- 1 – Respeito pela privacidade, confidencialidade, dignidade, crenças e valores, garantindo igualdade de tratamento e perceção adequada das necessidades;
- 2- Fornecimento de informações acerca dos cuidados e envolvimento da pessoa nos cuidados;
- 3 – Capacidade de escuta e aconselhamento;
- 4 – Identificação das necessidades e atuação dentro do tempo previsto, de forma segura e segundo um plano individualizado;
- 5 – Padrão de cuidados elevado;
- 6 – Facilidade de acesso aos cuidados.

De acordo com estudo realizado por Wood (2008), bons cuidados de enfermagem segundo a opinião de diferentes profissionais de saúde e utentes, resultam de uma abordagem holística, acompanhada de competências clínicas, conhecimentos, profissionalismo, capacidade de decisão, eficiência, combinada com empatia, compaixão e respeito pelo utente enquanto ser humano.

Uma revisão sistemática da literatura conduzida por Charalambous et al. (2009), identificou que os enfermeiros e os utentes usam atributos comuns para descrever a sua interpretação do que são cuidados de qualidade. Contudo, é difícil estabelecer uma definição consensual entre ambas as perspetivas, pois apesar de pontos comuns na globalidade, a profundidade da concordância é insuficiente para traduzir qualidade de cuidados na perspetiva de ambos.

Torna-se primordial investir naquilo que é o ponto comum, satisfação de necessidades, mas existindo a versatilidade de perceber que a qualidade dos cuidados é muitas vezes

dependente da situação, ou seja, as expectativas existentes estarão ligadas aquilo que é o contexto, o que determina a necessidade de individualizar os cuidados.

A percepção do que são os cuidados individualizados e a noção de satisfação relativa aos mesmos está dependente de múltiplos fatores, nomeadamente: idade, estado civil, nível de escolaridade, nível socio-económico, género, valores socio-culturais, estilo de vida, hábitos, preconceitos e status social (Laal, 2013) (Schmidt, 2003).

Os cuidados individualizados definem-se como a adequação dos cuidados às crenças, valores, emoções, pensamentos, preferências, experiências e percepções da pessoa (Suhonen et al., 2011). O conceito de cuidados individualizados inclui três domínios: a situação clínica (os doentes são indivíduos que expressam suas experiências de hospitalização de forma diferente); capacidade de decisão sobre os cuidados (expectativa do indivíduo de ter o poder de participar na tomada de decisão e de obter informação adequada) e o estado da vida pessoal (situações de vida pessoal e clínica têm um efeito sobre a reação ao internamento e atendimento) (Suhonen et al., 2011).

Na perspectiva de Morgan & H Yoder (2011) os cuidados individualizados são por vezes identificados como sinónimo de cuidados centrados na pessoa, ou como um dos seus atributos, sendo que a filosofia subjacente aos cuidados centrados na pessoa define a existência de quatro áreas fundamentais para a sua exequibilidade; os atributos do enfermeiro, o ambiente dos cuidados, o processo de cuidar e os resultados centrados na pessoa (McCance et al., 2011).

De acordo com a definição de Radwin & Alster (2002), cuidados individualizados são aqueles em que o enfermeiro reconhece a pessoa como um indivíduo único e consegue moldar os cuidados de forma personalizada, da mesma forma o alfaite faz o fato por medida, o enfermeiro presta cuidados de acordo com a experiência da pessoa cuidada, comportamento, sentimentos e percepções.

A abordagem dos cuidados individualizados, feita de forma estruturada nas múltiplas vertentes da pessoa, facilita a sua avaliação em detalhe, o que é importante, pois tem sido considerada um indicador da qualidade (Papastavrou et al., 2015).

Estudos apontam que um conhecimento mais individualizado dos doentes, permite reduzir o número de resultados negativos dos mesmos, bem como gerar um impacto positivo sobre a sua saúde (Lucero et al., 2009) (DeCola & Riggins, 2010). Alguns indicadores tem sido utilizados como forma de aferir a sua eficácia, nomeadamente, satisfação do cliente, nível de conhecimento sobre saúde e doença, adesão ao regime de cuidados e a saúde relacionada com a qualidade de vida (Suhonen et al., 2008). Sendo por isso os cuidados individualizados considerados um importante recurso de enfermagem, por parte dos doentes, famílias, enfermeiros e administradores hospitalares (Radwin & Alster, 2002).

Como benefícios resultantes encontramos: satisfação da pessoa e família; capacidade de auto-cuidado; aptidão para utilizar estratégias de controlo e gestão de sintomatologia; percepção das pessoas (sentiram-se ajudadas, apoiadas, com redução de estados de ansiedade); benefícios financeiros e redução da necessidade de hospitalização; redução da sobrecarga do cuidador informal; optimização do nível de funcionamento físico, psicológico e social (Suhonen et al., 2008).

O recurso aos cuidados individualizados, permite aos enfermeiros uma maior liberdade de atuação, incrementa a sua capacidade de resposta e melhora a perspetiva da pessoa sobre as competências do enfermeiro (Cohen-Mansfield & Parpura-Gill, 2008). Contudo, exige que desenvolvam uma sensibilidade ética, ou seja, a capacidade de ler e interpretar linguagem verbal e não verbal dos doentes por forma a fornecer cuidados individualizados (Corley et al., 2005).

Como barreiras à prestação de cuidados individualizados, encontramos a cultura de enfermagem tradicional, que compreende uma orientação para a execução de tarefas dentro de uma estrutura hierárquica rígida, conservadora e burocrática, o que resulta numa perda de competências da equipa e é restritiva da sua atuação (Papastavrou et al., 2015). Enquanto os cuidados feitos de forma rotineira ou a tarefa se destinam a um doente “tipo”, standtdartizado, os cuidados individualizados são a resposta as necessidades de uma pessoa em particular (Radwin & Alster, 2002).

Existem algumas evidências de que alguns dos componentes dos ambientes de prática e do clima organizacional, como são: a carga laboral, efetividade do trabalho em equipa, gestão

de tempo, relações inter-pessoais, influenciam a cultura dos cuidados e implementação de uma filosofia de cuidados individualizados (Papastavrou et al., 2015).

Elementos do contexto profissional como sejam motivação para trabalhar, sensibilidade cultural e relacionamento pessoal com os médicos, funcionam como preditores do nível de apoio aos cuidados individualizados, podendo ser capitalizados para aumentar esse nível de apoio. Os cuidados individualizados precisam ser entendidos no seu amplo contexto, que ultrapassa aquilo que é o que o relacionamento enfermeiro-doente no imediato (Papastavrou et al., 2015).

Uma revisão sistemática conduzida por Suhonen et al. (2009), aponta a existência de nove categorias relacionadas com a aplicabilidade dos cuidados individualizados, podendo estes desencadear uma ação facilitadora ou restritiva. Essas categorias são: características pessoais de cada enfermeiro, melhoria de competências, questões éticas, prestação de cuidados e as intervenções específicas, características do doente, organização do trabalho, dotações, trabalho de grupo e as dinâmicas existentes, liderança e gestão.

O ambiente de prática profissional tem muitas dimensões, algumas das quais parecem estar associados com os cuidados individualizados, enquanto a associação entre ambientes de prática profissional e cuidados individualizados não é bem conhecida, há uma necessidade de explorar esta associação, torna-se deste modo fundamental perceber a influencia do ambiente na qualidade dos cuidados (Suhonen et al., 2009; Charalambous et al., 2010)

3.2. AMBIENTES DE PRÁTICA DOS ENFERMEIROS

Todos os dias os enfermeiros enfrentam diferentes desafios na tentativa de desenvolver as suas atividades diárias, lidando com dificuldades inerentes aos cuidados, muitas vezes são confrontados com obstáculos que emergem de processos paralelos, influenciando na qualidade dos mesmos.

Não se pode dissociar a prestação de cuidados de enfermagem de todos os elementos que a envolvem, o ato está intimamente relacionado com o contexto em que decorre, com os agentes envolvidos, com as relações existentes, as estruturas e os processos em vigor.

De acordo com Lake (2002), o ambiente da prática pode ser definido como as características organizacionais de um contexto de trabalho que facilitam ou constroem a prática profissional de enfermagem. Assim importa perceber que todos os elementos estão envolvidos nesta dinâmica influenciando-a de forma positiva ou negativa.

A OE (2012) destaca dentro da qualidade em saúde a importância de existir um ambiente favorável ao desenvolvimento profissional dos enfermeiros, estando este dependente da capacidade das instituições de adequar recursos e criar estruturas que assegurem um exercício profissional de qualidade, dentro de um contexto local multiprofissional.

Relativamente a influência gerada pelo contexto multiprofissional, Aiken e Patrician, (2000), referem que os resultados associados ao cliente, à enfermagem e a organização são afetados pelo ambiente em que os cuidados são prestados. Destacando que a relação com o médico e a comunicação atempada de problemas aos profissionais de saúde adequados e a equidade na distribuição de recursos, permitem responder às necessidades do cliente, melhorando estas respostas quando o ambiente da prática dos enfermeiros apresenta a preservação de fatores como a autonomia, o controlo sobre o ambiente e a prática.

A preocupação com a influência do ambiente ao nível dos cuidados existe desde a época de Florence Nightingale, tendo esta centrado a sua atenção nos aspetos físicos do ambiente e o impacto na recuperação do doente, contudo essa preocupação persiste até aos dias de hoje, sendo evidente através de múltiplos estudos que procuram demonstrar a influência de vários fatores, como a música, a luz e o ruído na perceção global dos cuidados. Um estudo efetuado por Elliott et al (2011), em doentes internados em cuidados intensivos, revelou baixa qualidade e duração do sono, devido ao ruído, as múltiplas intervenções junto do doente e administração de medicação frequente.

Existe atualmente um reconhecimento da importância do ambiente e do contexto dos cuidados e da sua influência junto dos doentes e dos profissionais, refletindo-se a sua influência na segurança e qualidade dos mesmos. Esta influência reflete-se também ao

nível da própria vinculação dos profissionais à profissão e na sua satisfação profissional. Os fatores relacionados com o ambiente de trabalho tem maior peso ao determinar o grau de satisfação com o trabalho, do que a própria componente individual ou os fatores demográficos (Coomber & Barribal, 2007).

Um ambiente adverso propicia um menor compromisso com a atividade de enfermagem e está diretamente relacionado com o abandono da profissão, Unruh e Zhang, (2013) determinaram como os principais obstáculos no contexto de trabalho; regulamentos internos complexos, instruções incorretas, falta de apoio supervivo e ajuda inadequada dos colegas, a carga de trabalho também foi referida, mas numa percentagem inferior. Como pressão no contexto de trabalho é referido a falta de tempo para a realização das atividades de enfermagem necessárias e volume de atividades superior ao que seria recomendado de forma a permitir que fossem desempenhadas com a qualidade necessária.

Outro aspeto fundamental no contexto de trabalho está relacionado com as estratégias de liderança, uma revisão sistemática conduzida Cummings, et al. (2018), revelou da análise dos estudos encontrados que nos casos em que se verificou uma existir um estilo de liderança focado na concretização de tarefas, estava associado a menor satisfação das equipas de enfermagem, enquanto que uma liderança focada nas pessoas e nas relações estava associada a maior satisfação profissional.

Um estilo de liderança efetivo tem um papel influenciador junto da equipa de enfermagem, garantindo a existência de cuidados de qualidade e está associado a menor número de erros associados a medicação e menor número de complicações nos doentes (Houser, 2003).

O próprio regulamento do perfil de competências do Enfermeiro Gestor (OE, 2015), aponta para a necessidade de o enfermeiro gestor ter uma atuação pró-ativa, no sentido de construir ambientes favoráveis à prática clínica. Deste modo deve criar um bom ambiente e implementar processos de melhoria continua de forma a melhorar a qualidade global dos cuidados.

São diversos os fatores que contribuem para a composição do ambiente da prática de enfermagem, Lake (2007), propôs que para a existência de um ambiente favorável ao seu desenvolvimento deveriam estar presentes oito domínios: autonomia de enfermagem, valorização de cuidados de elevada qualidade, enfermagem tida em alta consideração, enfermagem dinamizada pelos próprios líderes, contributo da enfermagem para as mudanças organizacionais, existência de uma carreira de enfermagem e progressões baseadas na competência e experiência, cultura de desenvolvimento profissional, colaboração da enfermagem com os gestores, pares e médicos. A este propósito Lake desenvolveu uma ferramenta o “Practice Environment Scale of the Nursing Work Index” (PES-NWI), que será usada no decurso deste trabalho, na perceção dos contextos em estudo.

Assim torna-se fundamental perceber que a valorização do domínio profissional é indissociável da qualidade dos cuidados, na medida que ela própria funciona como valorização dos mesmos e conduz a eles numa lógica circular.

A valorização profissional e da carreira e das condições de trabalho são um dos pontos favoráveis na melhoria das condições de trabalho apontados na revisão sistemática conduzida por Manyisa e Van Aswegen (2017), acerca dos fatores que afetam as condições de trabalho nos hospitais. Esta permitiu perceber que um ambiente de trabalho positivo é fundamental para o bem-estar dos funcionários, doentes e a própria instituição. Os fatores relacionados com as condições de trabalho, que o afetam de forma negativa são a carga laboral excessiva, trabalho por turnos, número de horas de trabalho elevadas, condições físicas e número de elementos das equipas, uma vez que são as causas fundamentais da insatisfação laboral, níveis elevados de burnout, fadiga e exaustão emocional.

O aspecto físico e emocional dos enfermeiros é indissociável da qualidade dos cuidados, uma vez que alterações nestes parâmetros vão retirar a sua capacidade de cuidar dos outros, na medida que o trabalho de enfermagem necessita que cada profissional esteja dentro do máximo das suas faculdades. Níveis elevados de Burnout e de exaustão emocional, estão associados a menor qualidade dos cuidados, (VanBogaert et al., 2014), estudos apontam que o índice de satisfação dos doentes é inversamente proporcional ao grau de burnout dos enfermeiros (Vahey et al., 2004). O burnout reduz a capacidade produtiva dos

enfermeiros, aumenta a possibilidade de erros, afeta a sua qualidade de vida, saúde e qualidade dos cuidados (Aiken et al., 2002).

Torna-se fundamental haver uma abordagem das instituições e dos serviços que tenha em conta as características laborais do trabalho de enfermagem (carga de trabalho, capital social, capacidade de decisão) e os aspetos profissionais (dedicação, envolvimento, empenho) e as relações multiprofissionais, na fomentação de ambientes de trabalho favoráveis (VanBogaert et al., 2014) .

A perspectiva das instituições relativamente as dotações dos serviços tem influência ao nível da carga laboral e da qualidade dos cuidados, nem sempre existe o cumprimento das dotações seguras, adequação da experiência e da formação acrescida à complexidade dos cuidados e por vezes a orçamento global do hospital é dirigido mais a outros setores, deixando a aposta com pessoal, nomeadamente de enfermagem para segundo plano. Contudo existem evidências que apontam que os custos com enfermeiros, em hospitais que têm maiores rácios, é compensado por menor tempo de internamento, menor taxa de internamento em cuidados intensivos, percentagem de infeções associadas aos cuidados de saúde inferiores e menores taxas de readmissão após a alta. E os que têm melhores dotações associado a pessoal experiente, apresentam menor índice de mortalidade e melhores indicadores, nomeadamente úlceras pressão, quedas com lesões associadas e infeções do trato urinário (Aiken et al., 2018).

Estas conclusões são reforçadas pelo International Council of Nurses (ICN), que refere que dotações insuficientes de enfermeiros põe em risco a qualidade dos cuidados, aumenta o risco de morte e a presença de um enfermeiro por cada 10 camas traduz-se numa redução de 11-28% na mortalidade 30 dias após um acidente vascular cerebral e uma redução 8-12% após um ano. Enfatizando o ICN que as dotações inadequadas aumentam a insatisfação no local de trabalho, aumentam o stress e a predisposição para o abandono profissional, reforçando que hospitais que com enfermeiros mais qualificados tem melhores resultados e menores taxas de mortalidade. As políticas atuais de redução de salários e substituição de enfermeiros por outros profissionais, têm resultado num impacto negativo nos cuidados e nos custos com cuidados (OE, 2018).

É importante criar um ambiente de prática que seja favorável aos enfermeiros, que respeite a sua saúde e bem estar e lhes permita o melhorar o desempenho profissional, o que por sua vez conduzirá a um maior qualidade de cuidados e maior reconhecimento da profissão, das instituições e dos utentes. Alguns passos tem sido dados nesse sentido, através dos processos de acreditação e da criação dos critérios de “hospitais amigos dos enfermeiros” e dos hospitais “magnet”.

Os hospitais “magnet” são os hospitais que aderem ao programa da American Nurses Credentialing Center (ANCC) e que cumprem os seus critérios de excelencia em 35 áreas, respeitando a autonomia e ambiente de trabalho, caracterizando-se pela capacidade de atrair e reter enfermeiros com elevado grau de qualificações tornando-se assim capazes de fornecer cuidados de elevada qualidade (Center, 2018).

Os “Hospitais Amigos dos Enfermeiros” são uma designação que foi criada pela associação de enfermeiras do texas, para designar os hospitais que não cumpriam todos os critérios de “magnet”, mas que criavam ambientes favoráveis aos enfermeiros, cumprindo contudo uma lista de doze itens, nomeadamente: controlo sobre as práticas de enfermagem, segurança no ambiente trabalho, sistema de gestão de cuidados, orientação da prática de enfermagem, qualificação de enfermeiros gestores, desenvolvimento profissional, renumeração competitiva, reconhecimento profissional, tolerancia zero com abusos contra enfermeiros, responsabilização da geatão intermedia e criação de projetos ligados a qualidade (Er & Sökmen, 2018).

Dentro desta lógica o ICN caracteriza o ambiente favorável a prática de enfermagem como aquele que detém enquadramento politico focado no recrutamento e retenção de enfermeiros, estratégia de formação e promoção continua, programas de reconhecimento, um ambiente de trabalho seguro e uma dotação material adequada (Andrade, 2016).

De acordo com um estudo efetuado em 31 hospitais portugueses por Jesus et al. (2015), a realidade encontrada foi uma grande variabilidade entre as diferentes instituições e os próprios serviços dentro da mesma instituição, existindo uma evidente insatisfação com a gestão, liderança e suporte profissional, bem como com a ausencia de participação nas politicas hospitalares e com a falta de adequação dos recursos humanos e materiais. O

estudo conduzido por Amaral e Ferreira (2013), relativo a influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem, demonstrou uma evolução mais positiva nos doentes internados em ambientes considerados mais favoráveis pelos enfermeiros. Permitindo estabelecer uma relação entre o ambiente da prática e os resultados dos cuidados de enfermagem, o que está de acordo com Andrade (2016) que nos diz que a evidência científica sugere que existe uma relação definitiva e significativa entre o ambiente da prática dos enfermeiros e qualidade dos cuidados de enfermagem. O que deve alertar os gestores para a necessidade de criar ambientes positivos por forma a assegurar a qualidade dos cuidados, tornando-os mais efetivos.

Deste modo importa avaliar de forma sistemática a qualidade dos cuidados e a sua efetividade e recorrer as ferramentas adequadas.

3.3. MODELO DE EFETIVIDADE DOS CUIDADOS

A evolução do contexto da saúde nos últimos anos, onde o vetor económico ganhou enorme preponderância, fruto das crises económicas, alienando em muitos países da Europa grande parte do orçamento da saúde, por forma a garantir a sustentabilidade dos países, obrigou a que o setor da saúde repensasse a sua própria sustentabilidade.

Esta preponderância da questão económica veio alterar a forma como a saúde é pensada nos dias de hoje, ganhando importância a gestão de recursos e a demonstração da importância das profissões e das suas práticas, bem como a eficiência das suas ações.

É assim fundamental perceber qual o contributo dos enfermeiros no sistema de saúde, quais as possibilidades de melhorar o seu desempenho, reduzindo custos e otimizando resultados da sua atuação, por forma a lidar com as novas exigências financeira, económicas e demográficas como o envelhecimento da população, doenças mais onerosas e incapacitantes (Ferreira & Amendoeira, 2014).

A valorização da profissão de enfermagem resulta da avaliação da sua ação para que haja uma adequada perceção do seu valor, ou seja, deve-se realizar uma avaliação da qualidade dos cuidados que permita conhecer as relações subjacentes aos resultados sensíveis em

enfermagem, tendo em conta o contexto e aquilo que se que produz (Ferreira & Amendoeira, 2014).

Utilizando o modelo de Donabedian (1988), Irvine et al. (1998) desenvolveram um modelo específico para a enfermagem, o “Nursing Role Effectiveness Model”, que possibilita a identificação do contributo dos cuidados de enfermagem de acordo com as intervenções do enfermeiro, estabelecendo uma relação entre as variáveis de estrutura, de processo e de resultados, incluindo a satisfação da pessoa no modelo.

Importa deste modo compreender ambos os modelos, bem como o seu contributo, para a efetividade dos cuidados.

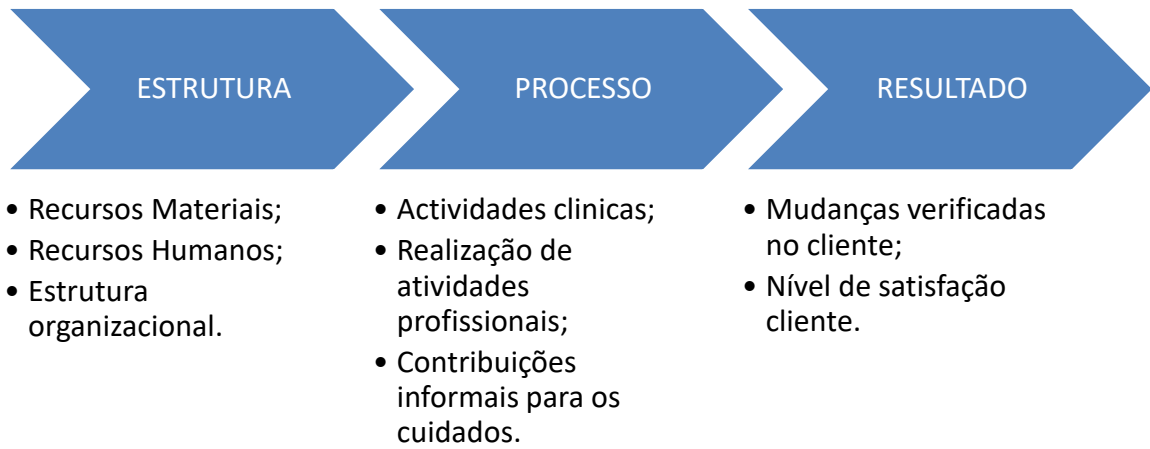
3.3.1. O modelo de Donabedian

Tendo como objetivo a criação de um modelo que permitisse identificar os fatores organizacionais que podem afetar a qualidade dos cuidados, Donabedian criou na década de 60 um modelo de avaliação da qualidade assente num conceito fundamental, a qualidade dos cuidados é influenciada pelo contexto dos cuidados (estrutura), pela dinâmica da prestação dos mesmos (processo) e pelas alterações resultantes da prestação dos cuidados no alvo dos mesmos (resultados). Trata-se do modelo adotado pela OMS para a avaliação da qualidade dos cuidados (WHO, 2009).

O modelo contempla também a relação de dependência entre os diferentes princípios; estrutura, processo e resultados, bem como as diferentes dinâmicas existentes entre eles. Cada elemento pode afetar o outro numa lógica sequencial, bem como o haver interações bidirecionais, ou múltiplas.

Mas o que podemos entender como cada um dos elementos? Importa perceber um pouco mais em pormenor o que representam e como se relacionam como podemos ver na figura 1.

Figura 1 - Tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade



Fonte (adaptado Donabedian, 2003)

Relativamente a estrutura, pretende designar o conjunto de condições sob as quais são praticados os cuidados, o que inclui os equipamentos em uso, as instalações físicas e o material disponível, os recursos humanos existentes quer em número, em tipo, bem como a sua qualificação e as características da própria instituição em particular o seu modo de funcionamento relativamente aos pagamentos, ensino, investigação, avaliação das performances verificadas e a articulação entre o diferentes grupos profissionais.

O processo pretende designar as actividades do foro clínico, nomeadamente diagnóstico, tratamento, reabilitação e educação do doente, estas actividades são realizadas por profissionais de saúde, mas existem contributos fornecidos por cuidadores informais e pelo próprio doente.

Quanto aos resultados, traduzem as mudanças verificadas no estado de saúde do individuo ou populações, positivas ou negativas, relacionadas com os cuidados de saúde prestados e que incluem mudanças de comportamentos e conhecimentos que podem influenciar a sua saúde futura, bem como os índices de satisfação relacionados com os cuidados de saúde recebidos. A avaliação de resultados pode incluir critérios mais específicos como dados clínicos, fisiológicos-bioquímicos, físicos, psicológicos, sociais, resultados integradores e avaliativos (Donabedian, 2003).

O modelo de avaliação de qualidade dos cuidados, tem por base a definição de qualidade em saúde de Donabedian (2003), referido anteriormente, que a considera como resultado de dois fatores; a ciência e a tecnologia dos cuidados e a aplicação dos mesmos aos cuidados, sendo que a mesma pode ser caracterizada por diferentes atributos: eficácia, efetividade, eficiência, equidade, legitimidade, aceitabilidade e otimização.

A eficácia é entendida como a capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados de saúde, de trazer melhorias aos cuidados quando usada dentro das condições mais favoráveis. A efetividade é percebida como o grau em que as melhorias alcançáveis em saúde são efetivamente atingidas, isto permite comparar o desempenho real com o desempenho ideal definido pela ciência.

A habilidade de baixar os custos dos cuidados sem diminuir as melhorias alcançáveis é entendida como eficiência. Ou seja, é possível estabelecer uma relação entre a melhoria de saúde de determinado cuidado e do custo associado, aumentando a efetividade se para determinado custo houver uma melhoria da saúde, ou se forem produzidas melhorias a um menor custo.

Otimização entende-se pela ponderação entre os custos associados as melhorias e os ganhos resultantes das mesmas, ou seja, pretende-se que seja feita uma análise custo-benefício, procurando obter os melhores benefícios.

A aceitabilidade traduz a aceitação dos desejos, sonhos e expectativas dos doentes e dos seus cuidadores. É aqui fundamental considerar a facilidade com que indivíduo obtém cuidados de saúde, a relação com o prestador de cuidados, cortesias dos cuidados (itens como limpeza, conforto e privacidade), as preferências do doente e a sua percepção do que é justo e equitativo,

O conceito de legitimidade resulta do ajuste dos serviços de saúde com as preferências sociais concretizadas através de regulamentos, princípios éticos, valores e normas morais existentes. Por fim a equidade é percebida como a justa distribuição de cuidados de saúde por toda a população.

Assim como o conceito de qualidade é percebido nas suas múltiplas vertentes, Donabedian também refere que o seu modelo não deve ser visto de uma forma linear, mas

deve ser tido em conta vários aspetos. Nomeadamente uma abordagem mais diversificada em que a estrutura, o processo e os resultados, sejam elementos fornecedores de informação, permite uma avaliação da qualidade mais consistente, identificar falhas e propor medidas corretivas. No processo de avaliação, ao haver concordância de avaliação da qualidade em entre os três elementos indica uma escolha de método adequada. Por oposição, a ausência de concordância pode dever-se a falhas na recolha de dados, falhas nas medições, ou análises baseadas em inferências erradas (Donabedian, 2003).

A avaliação da qualidade também pressupõe, para além de um modelo de abordagem, o cumprimento de alguns itens tais como: a formulação de critérios e padrões; a definição das fontes de informação; perceber o que monitorizar e quando; construir um sistema de monitorização; e perceber os ganhos que se podem obter.

3.3.2. Nursing Role Effectiveness Model

Criado em 1998 por Irvine, Sidani, e Hall, o Nursing role effectiveness Model, Modelo de Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (MECE), como foi referido anteriormente teve por base o modelo de Donabedian, trata-se de um modelo conceptual que evidencia a influência da estrutura organizacional, dos enfermeiros e dos doentes nos resultados dos cuidados (Manojlovich, 2005).

De acordo com Amaral (2010), o MECE traduz a natureza multidimensional de um evento relativo a prestação de cuidados, permitindo evidenciar os mecanismos subjacentes aos cuidados de enfermagem e os que influenciam os resultados destes, criando um quadro conceptual que permite investigar as relações existentes entre características dos doentes, intervenções de enfermagem e resultados. Os resultados que se pretende obter são os que traduzem o controle de sintomas, ausência de complicações, potenciação de capacidades funcionais e do autocuidado, criando um real conhecimento da doença e do tratamento e estabelecendo o grau de satisfação com os cuidados obtidos.

A sua criação surge como uma resposta a necessidade crescente de prestação de contas existente no setor da saúde, que obriga a profissão de enfermagem a demonstrar a importância e a necessidade das suas ações, bem como comprovar a sua eficiência e a

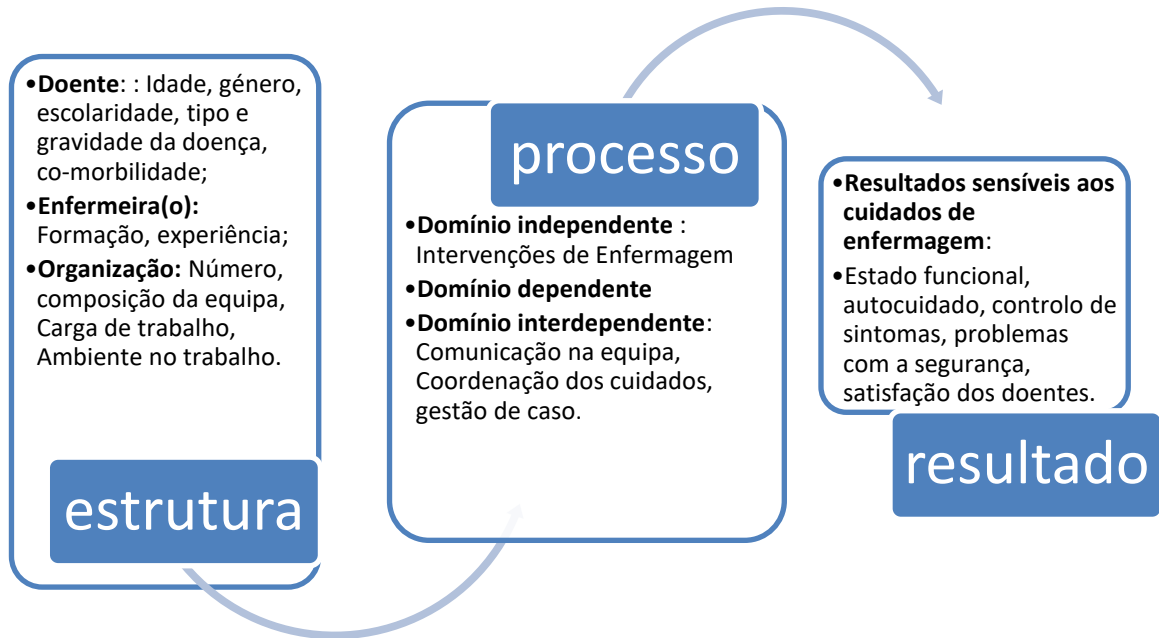
relação custo/efetividade dos cuidados, evidenciando o contributo dos enfermeiros para a saúde dos cidadãos. O modelo explora os seus três componentes estrutura, processo e resultados, relacionando-os e demonstrando de que modo afetam as práticas dos enfermeiros, a qualidade dos cuidados e o papel dos enfermeiros (Irvine et al., 1998).

De acordo com o estudo efetuado por Doran et al. (2002), sobre o MECE, é possível identificar que a abordagem baseada na estrutura, no processo e resultados, com o objetivo de explicar os resultados sensíveis a prática de enfermagem, é apropriada e bem descrita pelo modelo. Os resultados apontam para que a perspetiva dos doentes em relação ao desempenho dos enfermeiros, seja afetada positivamente quando eles dispõem de mais tempo para os cuidados, quando tem mais formação e mais autonomia. Nas situações em que atuaram com mais autonomia também se obtiveram melhores resultados ao nível dos indicadores dos doentes.

Este modelo constituiu-se como uma forma compreensiva de avaliar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estando direcionado de acordo com: as características ambientais do local onde são prestados os cuidados; as intervenções responsáveis pelos resultados nos doentes; os efeitos das intervenções de enfermagem na obtenção dos resultados (Sidani et al., 2004).

O modelo de efetividade dos cuidados de enfermagem pode ser perspetivado como é visível na figura 2.

Figura 2 - O Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem - Nursing Role



Fonte (Irvine et al., 2002)

A componente estrutura procura explorar fundamentalmente três componentes; os aspetos ligados ao doente, aos enfermeiros e a componente organizacional da instituição de saúde. Assim ao nível do doente é importante perceber que cada individuo de acordo com as suas características, nomeadamente a idade, o género, a formação e a as características da doença; tipo e gravidade e as comorbidades associadas ao doente, condicionam a efetividade daquilo que vão ser os cuidados de enfermagem (Irvine et al., 2002). Um individuo jovem, com ferramentas adequadas para a gestão de expectativas da doença, com uma doença de bom prognostico e sem outras doenças associadas requer uma abordagem diferenciada de um jovem nas mesmas circunstâncias em que o prognóstico seja desfavorável e tenha muitas comorbidades, exigindo outra tipologia de cuidados.

A leitura destas condicionantes do doente é por sua vez influenciada pela capacidade de o enfermeiro de identificar estas variáveis e atuar em conformidade, sendo esta capacidade influenciada pela sua experiência e pelo seu percurso formativo, naquilo que pode ser entendido como a sua transformação em perito em determinada área de atuação. Aqui engloba-se a formação profissional e académica e também fatores intrínsecos ao indivíduo como iniciativa pessoal e dinamismo.

O aspeto organizacional que o modelo engloba na componente estrutura, diz respeito as dotações das equipas, tipologia das mesmas, volume de trabalho e ao ambiente de cuidados, que como foi descrito anteriormente condicionam em grande medida os cuidados, dado que a capacidade de resposta é afetada pelo número de enfermeiros disponíveis e pela sua capacidade de identificar problemas e dos recursos existentes para lidar com eles (Irvine et al., 2002).

A atuação dos enfermeiros constitui-se como o processo, sendo formada por diferentes componentes; o domínio independente, o domínio interdependente e o domínio dependente. De acordo com Ferreira & Amendoeira (2015) no domínio independente compreende-se as “Intervenções autónomas”, ações iniciadas pelos enfermeiros em resposta a problemas da pessoa, Irvine et al. (1998), descrevem o domínio independente como as funções cuja responsabilidade atribuível reside apenas nos enfermeiros, ou seja, atividades que são iniciadas por eles e que não necessitam de uma prescrição médica.

De acordo com Amaral (2014), tem existido nos últimos anos uma tentativa de classificar as intervenções de enfermagem, de modo a encontrar uma base substantiva da prática de enfermagem. Exemplo dessa evolução são a Nursing Intervention Classification (NIC), da Universidade de Iowa, e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), concretizando intervenções como a promoção do conforto físico, assistência no coping, a facilitação do auto-cuidado, a motivação para o exercício e para a mobilidade, a gestão da imobilidade, a gestão das feridas e úlceras e o suporte nutricional, que produzem alterações nos doentes que poderão ser medidos como resultados.

No domínio interdependente encontram-se as ações que são parcialmente ou totalmente dependentes das funções de outros profissionais de saúde e as partilhadas com outros

membros da equipa de saúde, nomeadamente a comunicação de alterações no estado de saúde do doente aos restantes elementos da equipa e a coordenação dos cuidados. Podem existir alterações de resultados neste domínio na qualidade da comunicação dentro da equipa e a coordenação dos cuidados (Irvine et al., 1998).

As ações de enfermagem no domínio dependente são as que surgem em resposta a prescrições e tratamentos médicos, inclui neste domínio um qualquer tratamento efetuado por um enfermeiro, mas que depende ou é iniciado por um médico, ou uma intervenção iniciada pelo médico, em resposta a um diagnóstico médico, mas levada a cabo por um enfermeiro, após prescrição (Irvine et al., 1998) (McCloskey & Bulechek, 2000) (Amaral, 2014).

Da atividade de enfermagem obtém-se resultados de enfermagem, importando perceber quais são os que demonstram a sensibilidade a mesma, nomeadamente quais os que melhor a traduzem.

Os autores do modelo, Irvine et al. (2002), descrevem os resultados como os efeitos dos cuidados prestados, identificando seis categorias: prevenção de complicações, gestão de sintomas, conhecimento da doença, tratamento e gestão de efeitos secundários, estado funcional e autocuidado, satisfação com os cuidados e custo.

As três componentes são indissociáveis e existe influência exercida entre as mesmas, Amaral (2010), aponta como exemplo da relação entre estrutura e processo o fato de as intervenções de enfermagem (processo), constituírem uma interação entre enfermeiro/doente, que está dependente características de ambos (estrutura) influenciando a relação entre ambos. Outro exemplo ocorre com os enfermeiros recém licenciados, que trabalham em condições precárias (part-time)(estrutura), que demonstram maior dificuldade em tomar decisões e participar nelas de forma voluntária e trabalhar em equipa (processo) (Irvine et al., 1998).

Não só existe uma relação entre a estrutura e o processo, como segundo, Irvine et al., (1998) a estrutura influi nos resultados clínicos, funcionais, na satisfação e custos, pela ação direta das variáveis estruturais, podendo existir um mecanismo de mediação das variáveis de processo. Amaral (2010), refere que na relação processo / resultado a

componente independente dos cuidados têm um efeito directo nos resultados observados nos doentes, nos níveis; clínico, funcional e de satisfação.

O modelo procura representar a natureza multidimensional dos cuidados e evidenciar os efeitos da atividade de enfermagem nos doentes, dando relevo as práticas, por vezes menos valorizadas como são os ensinamentos, demonstrando junto da comunidade da saúde gestora e científica a efetividade da profissão no ramo científico e económico.

Para além das práticas, cuja importância procuramos validar, é também fundamental determinar se existem omissões de práticas de enfermagem, porque é que não são efetuadas e as consequências da sua ausência.

3.4. CUIDADOS OMISSOS

O contexto hospitalar é um sistema complexo e adaptativo onde os profissionais tomam decisões, agem e não estão imunes ao erro. A segurança dos cuidados embora seja uma responsabilidade multiprofissional, reconhece-se que a profissão de enfermagem desempenha um papel chave no desenvolvimento de cuidados de saúde seguros, uma vez que os enfermeiros gerem muitos dos fatores ambientais e articulam a sua atividade com os diversos profissionais (Castilho et al., 2016).

Os enfermeiros desempenham múltiplos papéis na sua atividade diária como cuidadores, ao executarem o planeamento, coordenação, fornecerem e ao avaliarem os cuidados prestados. Estes cuidados resultam das suas atividades independentes, dependentes e interdependentes e como são os profissionais que mais tempo permanecem junto dos doentes, desempenham por isso, um papel fundamental para garantir a qualidade dos cuidados e dos resultados em saúde. Se existirem obstruções a atividade de enfermagem, representa que o processo de cuidar é interrompido/inacabado e o doente sofre as consequências dessa ação sobre os cuidados.

Os problemas associados à qualidade em saúde foram agrupados em três grandes categorias; o uso excessivo, subutilização e uso indevido (Chassin & Galvin, 1998). De acordo com Reason (1998), os estudos apontam que a subutilização é bastante mais

frequente que o uso excessivo ou uso indevido, sobrepondo-se inclusivamente ao conjunto das duas. A subutilização ocorre quando existem falhas na prestação de cuidados de saúde, eles não são “entregues” aos doentes, gerando-se oportunidades perdidas de gerar melhorias e otimizar os resultados de saúde, constituindo em si uma forma de erro (Hayward et al., 2005).

Segundo a OMS, um erro é definido como a falha em completar uma ação planeada intencionalmente, ou a aplicação incorreta de um plano. Um erro pode acontecer quando uma ação é realizada incorretamente (erro de comissão), ou quando algo que deveria ser feito não é efetuado (erro de omissão) (OMS, 2009). Qualquer que seja o tipo de erro é fundamental analisar as causas de ter ocorrido, bem como procurar soluções e prevenir nova ocorrência (Kalisch et al., 2009). Existe uma recomendação da European Nurse Researchers Work Group, para que a investigação sobre o erro capte os fatores humanos e ambientais que intervêm no contexto do erro ambiente, incluindo as experiências individuais de quem cometeu o erro (Smith et al., 2008).

Os erros de omissão são mais difíceis de reconhecer que os erros de comissão, segundo a agência de investigação para a saúde e qualidade, representando também por isso maior implicação para a qualidade e segurança dos cuidados, podendo gerar efeitos adversos, sobretudo nas populações mais vulneráveis (Kalisch et al., 2011 ; Bittner et al., 2011).

Os cuidados omissos foram identificados pela primeira vez por Kalisch (2006), num estudo qualitativo, através do qual identificou os tipos de cuidados que mais frequentemente eram omitidos durante os turnos de enfermagem, tendo identificado os seguintes cuidados: deambulação, posicionamento, higiene oral, falhas na alimentação, ensinamentos, planeamento da alta, apoio emocional, cuidados de higiene, falhas na atualização de registos, acolhimento e vigilância. Estas omissões são atribuídas à falta de tempo para as atividades de enfermagem, má gestão dos poucos recursos de pessoal existente, trabalho em equipa e delegação ineficaz, falta de elementos, habitação a incapacidade de cumprir todas as atividades e a negação do incumprimento das atividades.

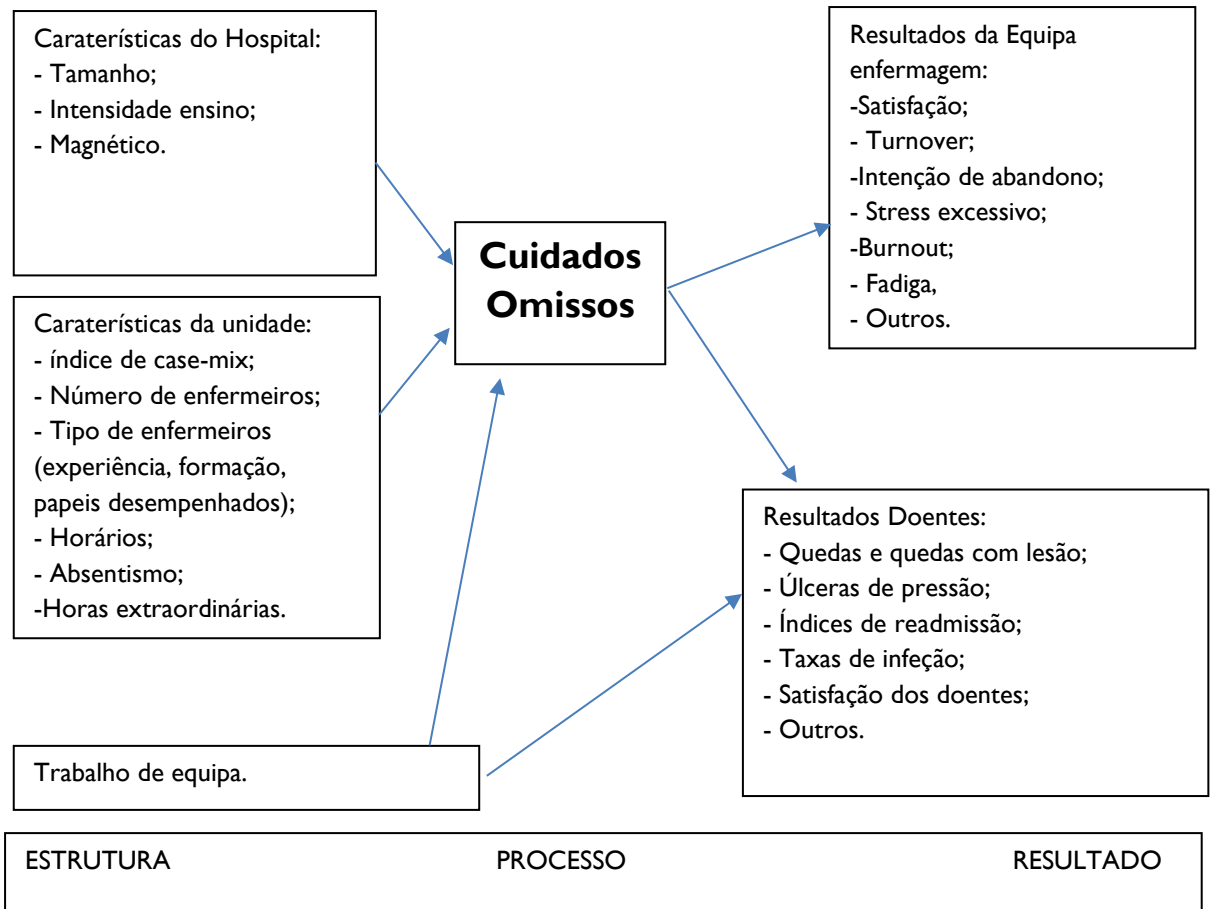
O reconhecimento de que existem cuidados omitidos é ainda hoje uma realidade recente na medida que embora os profissionais de enfermagem reconheçam que existem, não

reconhecem que os efetuam, devendo-se esta dualidade de postura ao sentimento de culpa e de impotência face a situação, bem como possíveis represálias de superiores hierárquicos. Praticamente todos os enfermeiros reagem aos cuidados omissos de uma forma emocional, demonstrando: raiva, tristeza, frustração ou preocupação. Existindo entre a maioria, um sentimento de baixa autoestima, por não estar a fornecer cuidados de enfermagem de qualidade (Kalisch et al., 2009).

O não reconhecimento da existência de cuidados omissos é sobreponível à tradição de esconder erros de comissão, contudo, quando existe a possibilidade de falar sobre cuidados omissos em grupos de trabalho, parece ter um efeito terapêutico temporário porque ao tentarem encobrir a situação, gastam uma grande quantidade de energia. (Kalisch, 2006).

Para uma mais fácil compreensão do fenómeno, Kalisch (2016) desenvolveu um modelo explicativo do fenómeno, usando por base o modelo de qualidade de Donabedian, recorrendo aos elementos estrutura, processo e resultado, parte da ideia que as características do hospital, da unidade e da equipa (estrutura), conduzem aos cuidados omissos (processo) afetando os resultados (Figura 3).

Figura 3 - Modelo Omissão Cuidados



Fonte (Kalisch, 2016)

Um fator importante para a ocorrência da omissão de cuidados está relacionado com o processo interno de gestão de cuidados de cada enfermeiro, que está dependente por sua vez de quatro fatores internos: aceitação das normas existentes no serviço, o seu processo de decisão interno, as crenças e valores e os seus hábitos (Kalisch et al., 2009). O conceito de normas aqui presente, não se refere as “normas” institucionais, mas ao conjunto de regras existentes na equipa que funcionam como regras de conduta e que cuja aceitação ou não, podem conduzir à aceitação ou não do elemento no seio da mesma. O processo de decisão interno, traduz a priorização que ele efetua dos cuidados e qual o desenho de cuidados que planeia em cada turno. Por sua vez as crenças e valores traduzem a construção que fazem do papel que tem a desempenhar e do que representa. Quanto aos hábitos, refere-se ao fato de se determinado cuidado for omitido e se não houver dano

aparente para o doente, mais facilmente ele será novamente omitido numa nova priorização de cuidados, pelo seu aparente caracter inofensivo.

Os cuidados omissos precisam ser examinados dentro de um contexto teórico, estudados de forma sistemática em múltiplos contextos e serem abertamente reconhecidos como um fator universal na segurança do doente (Kalisch et al., 2009).

Numa época em que os sistemas de saúde são frequentemente questionados relativamente ao seu funcionamento e financiamento, importa perceber o valor de cada elemento e o seu contributo para a qualidade do sistema de saúde. A omissão de cuidados terá maior relevância quanto maior for o valor atribuído aos cuidados, uma vez que a noção de perda será maior. Torna-se hoje necessário pensar os cuidados não numa perspetiva meramente financeira, mas numa perspetiva de valor, ou seja, temos que pensar todo o esquema de prestação de cuidados na perspetiva daquilo que os doentes dos serviços podem obter, em termos de resultados ou de ganhos em saúde (Amaral, 2014).

A omissão de cuidados poderá também ser entendida como um ato de desperdício do potencial humano existente, uma vez que, como refere Pinto (2009) a subutilização das capacidades e competências do enfermeiro, por via do mesmo se encontrar a realizar tarefas que não são da sua responsabilidade, representa desperdício e um entrave ao funcionamento das instituições, tendo em conta que apenas a capitalização humana permite identificar e eliminar outros desperdícios, implementando a melhoria contínua.

Os consumidores diretos dos cuidados (indivíduos e famílias) nem sempre se apercebem (por falta de informação) da quantidade de cuidados que não são realizados, porque dada a escassez de profissionais, os enfermeiros consideram muitos dos cuidados como não prioritários e desvalorizam-nos. Neste caso, o valor atribuído aos cuidados é certamente afetado pelo conhecimento, bem como, pela perceção do consumidor acerca da importância dessas intervenções (Aiken, 2008).

Torna-se fundamental demonstrar o valor individual e coletivo da enfermagem, como é reconhecido pelas várias associações políticas e profissionais, por forma a defender a mudança necessária na força de trabalho de enfermagem e nos ambientes de cuidados de saúde. Dessa forma a omissão de cuidados dificulta a definição do contributo de

enfermagem, retira parte seu valor como contributo social e leva a uma diminuição da qualidade dos cuidados com repercussões ao nível dos resultados (positivos ou negativos) obtidos nos doentes, na satisfação dos enfermeiros e na sustentabilidade do sistema de saúde (Amaral, 2012).

A omissão de cuidados pode gerar um enviesamento na perceção dos indivíduos sobre o valor dos cuidados, uma vez que interfere na qualidade e utilidade que lhe está associada, sabendo que para a avaliação dessa qualidade um conjunto de variáveis pode estar em jogo. Nomeadamente aquilo que podem obter, em termos de resultados ou de ganhos em saúde, com a prática dos prestadores em geral e de cada um em particular (Amaral, 2012).

PARTE II - ENQUADRAMENTO EMPIRICO

1. METODOLOGIA

A investigação tem como ponto de partida uma situação considerada complexa (Fortin, 2009). Em conformidade, Hulley et al (2013), reconhecem que a investigação é motivada pela vontade de resolver determinada incerteza, reduzindo um cenário geral a um tópico concreto e factível. Assim, após uma revisão teórica relativa a problemática em estudo, iremos neste capítulo fundamentar as opções metodológicas e o processo de construção de conhecimento seguido neste estudo, bem como as atividades conducentes à realização do mesmo.

1.1. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

O propósito deste trabalho é a produção de conhecimento ao nível da gestão, em termos de efetividade, eficiência e qualidade nas organizações de saúde, focalizando-se em particular nos cuidados de enfermagem.

Com esta investigação pretende-se atingir os seguintes **objetivos principais**:

- Determinar se existe influência dos ambientes de prática na omissão de cuidados de enfermagem e na sua individualização;
- Avaliar o ambiente de prática dos enfermeiros, a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, identificando e quantificando os cuidados que ficam omissos no último turno dos enfermeiros.

Para esse efeito estabelecemos a seguinte questão de investigação: Quais os cuidados omissos existentes numa jornada de trabalho dos enfermeiros e de que forma os ambientes de prática influenciam a omissão e individualização dos cuidados?

E foram delineados os seguintes objetivos específicos:

- Caraterizar os serviços de internamento cirúrgicos e as pessoas internadas;
- Avaliar o ambiente de prática existente nos serviços cirúrgicos;
- Caracterizar a atividade de enfermagem;

- Identificar quais os cuidados omissos referidos pelos enfermeiros e caracterizá-los;
- Analisar a relação entre os cuidados omitidos com os ambientes de prática;
- Identificar qual a percepção das pessoas internadas relativamente a individualização dos cuidados recebidos;
- Verificar se existe relação entre os ambientes de prática e a percepção relativa à individualização dos cuidados recebidos.

A formulação destes objetivos levou ao surgimento de algumas hipóteses de investigação:

- Existem diferenças entre os serviços de internamento cirúrgico relativamente aos ambientes de prática;
- Existe relação entre as condições do exercício profissional e o número de cuidados omissos;
- Existe relação entre cuidados omissos e os ambientes de prática;
- Existem diferenças entre os serviços ao nível da percepção, que as pessoas internadas têm da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados e da percepção da individualização dos cuidados recebidos;
- Existe uma relação entre o ambiente de prática do serviço e a individualização dos cuidados prestados.

1.2. TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista a natureza desta investigação, este estudo desenvolveu-se segundo desenho descritivo-correlacional, inserido no paradigma quantitativo. A seleção do método de investigação é uma das principais decisões do investigador, sendo condicionado pela natureza do problema em estudo. A opção por um estudo descritivo-correlacional, surgiu da necessidade de explorar as relações entre variáveis e descrever as mesmas, permitindo determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno em estudo, nomeadamente quais as que influem na omissão de cuidados (Fortin, 2009).

1.3. AMOSTRA

A amostra é constituída por enfermeiros e pessoas internadas de 3 serviços de internamento cirúrgico de um hospital oncológico da região centro, tendo os dados sido recolhidos de 6/11/2017 a 2/3/2018.

Relativamente à seleção da amostra dos elementos de enfermagem, todos eram elegíveis para integrar o estudo, exceto os enfermeiros em funções de chefia ou coordenação, em de horário de amamentação ou em serviços melhorados.

Os critérios de inclusão definidos para os doentes foram; obrigatoriedade de ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, não podiam apresentar alterações cognitivas e tinham de estar internados, no mínimo, há 3 dias e aceitar participar no estudo.

Os serviços foram definidos como “Serviço 1”, “Serviço 2” e “Serviço 3”, sendo as características apresentadas na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização dos Serviços

Serviço	Número de camas	Motivo internamento	Duração internamento
Serviço 1	40	Tratamento cirúrgico	Variável de acordo com a intervenção cirúrgica
Serviço 2	14	Tratamento cirúrgico	Variável de acordo com a intervenção cirúrgica
Serviço 3	30	Tratamento cirúrgico	Variável de acordo com a intervenção cirúrgica

1.4. RECOLHA DE DADOS

O processo de recolha de dados nos serviços, passou pela entrega dos inquéritos em envelope aos enfermeiros chefes, tendo posteriormente sido entregues aos enfermeiros que após o seu preenchimento o colocavam em envelope, sendo estes recolhidos pelo investigador. Os inquéritos dos doentes eram fornecidos aos doentes pelo investigador e após o seu preenchimento eram colocados em envelopes.

A taxa de resposta dos doentes foi de 100%, foram distribuídos inquéritos a 30 doentes e todos foram devolvidos corretamente preenchidos. Ao nível dos enfermeiros responderam 49 de um total de 64, que corresponde a uma percentagem de 76,6%.

1.5. INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Para a realização deste estudo foram elaborados dois questionários, um relativo aos doentes e outro relativo aos profissionais.

1.5.1. Questionário dos doentes

Neste estudo os dados recolhidos junto dos doentes, foram obtidos através da aplicação do questionário composto por uma parte inicial com vista a caracterização dos mesmos e do seu internamento e pela escala Individualized Care Scale – patient (ICS-P), da autoria de Sunhonen, testada originalmente por Suhonen et al. (2004) e adaptada à população portuguesa por Amaral et al. (2014) (APENDICE 1).

Trata-se de um questionário que procura traduzir a perceção dos doentes sobre se os cuidados têm conta a sua individualidade, sendo composto por 34 itens divididos em duas partes.

A primeira parte, designada por ICS-P A, é composta por um total de 17 itens tendo como objetivo determinar se a individualidade do doente é tida em conta nas intervenções específicas de enfermagem. A segunda parte, a ICS-P B, avalia por sua vez a perceção sobre a individualização dos cuidados, num total de 17 itens. As duas partes são compostas por 3

dimensões: Situação clínica (7 itens), situação da vida pessoal (4 itens) e poder de decisão (6 itens). Podemos observar a sua caracterização na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da escala ICSP utilizada

Dimensão	Sub-dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
ICS-P A		17	0,93
	Situação clínica	7	0,86
	Situação da vida pessoal	4	0,85
	Poder de decisão	6	0,86
ICS-P B		17	0,86
	Situação clínica	7	0,65
	Situação da vida pessoal	4	0,78
	Poder de decisão	6	0,85

Fonte (Amaral, 2014)

É solicitado aos doentes que assinalem numa escala de Likert de 5 pontos, o seu grau de concordância com o enunciado, selecionando entre as seguintes opções “discordo totalmente” a que é atribuído 1 valor, “discordo parcialmente” são atribuídos 2 valores, “nem concordo nem discordo” são atribuídos 3 valores, à pontuação “concordo parcialmente” são atribuídos 4 valores e à pontuação “concordo totalmente” são atribuídos 5 valores.

O valor de cada dimensão é-nos dado pela média dos itens da dimensão e o valor global é-nos dado com a média de todos os itens. Assim, os valores possíveis situam-se entre 1 e 5, pelo que valores médios abaixo de 2 são indicativos que a perceção dos doentes é negativa e valores médios globais superiores a 2 são indicativos que a perceção dos doentes é positiva.

1.5.2. Questionário dos profissionais

A recolha de dados junto dos profissionais de enfermagem foi efetuada através da aplicação de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional, da escala Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) (Amaral et al., 2012), e uma lista de Cuidados onde os enfermeiros assinalam os “Cuidados omissos no seu mais recente turno” (Ausserhofer et al., 2014) (APENDICE 2).

A versão portuguesa do PES-NWI foi adaptada da versão original de Lake (2002), por Amaral et al. (2012), mantendo as características originais, tem 31 itens agrupados pelas seguintes dimensões: participação nas políticas hospitalares (9 itens); fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados (10 itens); capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros (5 itens); adequação dos recursos humanos e materiais (4 itens); relação colegial entre médicos e enfermeiros (3 itens).

Podemos observar a caracterização da escala original e da adaptação nas tabelas 3 e 4, verificando-se simultaneamente os valores do alfa de Cronbach.

Tabela 3 - Caracterização da escala PES-NWI original

Dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
Nurse participation in hospital affairs	9	0,83
Colegial nurse-physician relations	3	0,71
Nursing foundations for quality of care	10	0,80
Staffing and resource adequacy	4	0,80
Nurse manager ability, leadership and suport of nurses	5	0,84
PES-NWI global	31	0,82

Fonte (Lake, 2002)

Tabela 4 - Caracterização da escala PES-NWI utilizada

Dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
Participação dos enfermeiros nas políticas do hospital	9	0,78
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	3	0,82
Fundamentos de Enfermagem para a qualidade dos cuidados	10	0,76
Adequação dos recursos humanos e de materiais	4	0,79
Capacidade de gestão, liderança e suporte aos enfermeiros	5	0,77
PES-NWI global	31	0,89

Fonte (Amaral et al., 2014)

Ao proceder ao preenchimento do instrumento os enfermeiros assinalam o grau de concordância com o enunciado, entre as seguintes possibilidades: concordo totalmente; concordo; discordo e discordo totalmente.

Relativamente a atribuição de pontuação às respostas, é efetuada uma inversão da pontuação, por forma a fazer corresponder um maior valor a uma situação de maior concordância. Para análise dos dados deve recorrer-se a média de cada resposta (Lake, 2002).

O índice de cada dimensão é-nos dado pela média dos itens da dimensão e o índice global obtém-se através da média de todos os itens. Assim, os valores possíveis de índice situam-se entre 1 e 4, pelo que índices abaixo de 2,5 são desfavoráveis à prática de enfermagem e índices acima são favoráveis à prática de enfermagem, considerando-se o valor de 2,5 como ponto de corte.

O questionário relativo aos “Cuidados omissos no seu mais recente turno” teve por base os itens do estudo RN4CAST, de forma a obter informação relativa à carga laboral existente no último turno, ao desempenho de tarefas não relacionadas com a prática de enfermagem (que não requerem formação de enfermagem) e a sua influência nos cuidados e aferir de

uma lista de 13 cuidados, quais os são os mais frequentemente omitidos e ao mesmo tempo o volume de cuidados omitidos (Ausserhofer et al., 2014).

1.6. ASPETOS ÉTICOS

A atividade de investigação pode resultar em danos aos direitos e liberdades das pessoas, se não forem tomadas as medidas necessárias para salvaguardar os mesmos. Dessa forma torna-se imperativo salvaguardar os cinco princípios/direitos determinados pelos códigos de ética, nomeadamente; o direito à autodeterminação, à confidencialidade, a um tratamento justo e equitativo, à intimidade e à proteção contra o desconforto e prejuízo (Fortin, 2009).

Assim, a presente investigação seguiu os aspetos éticos a seguir enunciados.

1.6.1. Consentimento dos autores para utilização dos questionários

Uma vez que o orientador do presente trabalho de investigação foi o autor da adaptação à população portuguesa de cada uma das escalas, não se revelou necessário formalizar a autorização da utilização dos questionários.

1.6.2. Comissão de ética

Foi submetido o projeto de investigação à Comissão de Ética da unidade de saúde em estudo a 3 de agosto de 2017, tendo recebido parecer positivo à sua realização. tendo o investigador sido notificado do parecer no próprio dia da autorização, a 3 de novembro de 2017 (Apêndice 3).

1.6.3. Consentimento informado

A obtenção de um consentimento livre e esclarecido é essencial à manutenção da ética na conduta de uma investigação. Nesta investigação só participaram enfermeiros e pessoas internadas que o consentiram através de consentimento informado (Apêndice 4).

Foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, a ausência de consequências e custos na participação no estudo.

1.7. TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao SPSS, da International Business Machines®, na versão 25, ao longo do estudo recorreremos a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente:

A caracterização das variáveis nominais ou categóricas foi realizada recorrendo a frequências absolutas e relativas. Quanto às variáveis contínuas, a média e desvio padrão foram medidas usadas para caracterizar a tendência central e a dispersão dos dados de variáveis com distribuição normal, enquanto nas variáveis com distribuição não normal estas medidas foram caracterizadas pela mediana e intervalo interquartil, respetivamente. O mínimo e o máximo foram também reportados. A normalidade das distribuições foi testada fazendo uso do teste Shapiro-Wilks, pela dimensão das amostras.

Relativamente às escalas observadas nos doentes e nos profissionais de saúde, foi feita a imputação dos valores omissos dos itens, substituindo estes pela média dos valores observados para os restantes itens da dimensão em que o item omissos está incluído. O coeficiente alfa de Cronbach foi usado para avaliar a consistência das respostas dentro de cada dimensão, assim como do total dos itens.

A comparação entre os três serviços foi realizada, quanto às variáveis categóricas, recorrendo ao teste qui-quadrado exato, enquanto no caso das variáveis numéricas contínuas, a ANOVA ou o teste Kruskal-Wallis foram usados na presença de dados com distribuição normal ou dados com distribuição não normal, respetivamente. No caso da ANOVA as comparações múltiplas foram realizadas usando o teste Tukey e quando o teste não paramétrico foi usado, estas comparações foram realizadas com o teste Mann-Whitney. Os valores p obtidos a partir dos testes de comparações múltiplas foram ajustados, tendo os níveis de significância sido mantidos em 5%.

Quanto aos cuidados omissos, foram analisados individualmente os seguintes cuidados: confortar ou falar com os doentes, elaborar ou atualizar planos de enfermagem, e educar doentes e familiares. A associação entre cada um destes cuidados e as variáveis categóricas nominais foi avaliada usando o teste qui-quadrado exato. No caso das variáveis categóricas ordinais, o teste usado foi o qui-quadrado for trend. As variáveis contínuas foram

comparadas usando o teste t ou o teste Mann-Whitney, conforme a presença de dados com distribuição normal ou não, respectivamente.

Quanto ao número de cuidados que ficaram por realizar, a comparação entre dois grupos foi realizada pelo teste Mann-Whitney, enquanto a comparação entre mais de dois grupos foi realizada pelo teste Kruskal-Wallis.

No que se refere à escala PES-NWI, a comparação de cada uma das dimensões convertidas em binárias ($<2,5$ vs $\geq 2,5$) entre dois ou mais grupos foi realizada recorrendo ao teste Mann-Whitney tendo o nível de significância sido ajustado para 1% pelo método de Bonferroni. No caso do valor global o teste usado foi o mesmo, mas com nível de significância 5%.

Todas as correlações entre variáveis numéricas contínuas ou discretas foram avaliadas pelo coeficiente de correlação de Spearman ao nível de significância 5%. No caso da correlação com as dimensões da escala PES-NWI, o nível de significância foi ajustado para 1% pelo método de Bonferroni.

A comparação entre os três serviços quanto às cinco dimensões da escala PES-NWI foi realizada pelo teste Kruskal-Wallis e respectivas comparações múltiplas pelo teste Mann-Whitney, ao nível de significância 1%, para o valor global o nível de significância foi de 5%. Quanto às três dimensões da ICS-A e ICS-B, os testes usados são os mesmos.

2. APRESENTAÇÃO RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados relativos aos questionários aplicados aos enfermeiros e aos doentes, bem como os dados resultantes da aplicação das escalas PES-NWI e ICS e as hipóteses testadas. Optamos por iniciar esta descrição pelos dados que caracterizam as amostras em estudo, seguindo-se o ambiente de prática de enfermagem medido pela PES-NWI; os cuidados omissos; a individualização dos cuidados medida pela ICSP e a estatística inferencial.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Nesta investigação participaram um total de 49 enfermeiros, sendo 20,4% (n=10) do sexo masculino e 79,6% (n=39) do sexo feminino. Relativamente a formação académica, existem 6,1% (n=3) bacharéis, 73,5% (n=36) licenciados, 18,4% (n=9) mestres e 2% (n=1) doutorados. Existe um total de 22,4% (n=11) enfermeiros especialistas e 77,6% (n=38) de enfermeiros generalistas. Encontram-se distribuídos pelos serviços da seguinte forma: Serviço (1) 46,9% (n=23), Serviço (2) 18,4% (n=9), Serviço (3) 34,7% (n=17). A média de idade é de 38,49 anos (DP= 8,339), a média de anos de serviço é 15,98 anos (DP=8,133) e a média de anos no atual serviço é 10,79 anos (DP=7,793) (Tabela 5).

Relativamente as diferenças entre serviços, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas. Contudo deve-se realçar o fato de o Serviço (2) ter 100% (n=9) de elementos femininos, Serviço (1) 73,9% (n=17), Serviço (3) 76,5% (n=13). Uma média de idades ligeiramente superior de 42,3 anos, serviço (1) 37,4 anos, serviço (3) 37,9 anos. São todos licenciados 100% (n=9), não existindo elementos com mestrado ou doutoramento. No serviço (1), existem 13% (n=3) de elementos com o bacharelato e 2% com doutoramento (n=1). O Serviço (3) tem a maior percentagem de especialistas 29,4% (n=5), o Serviço (1) 21,7% (n=5) e o Serviço (2) 11,1% (n=1). A média mais elevada de anos de serviço, 19,2 encontra-se no Serviço (2), 15,7 Serviço (3) e 14,9 Serviço (1). O Serviço (2) detém a média mais elevada de anos no atual serviço 12, a segunda mais elevada é no Serviço (1) 11,3 e 9,5 no Serviço (3).

Tabela 5 - Dados sociodemográficos dos enfermeiros

		n	%	Média	DP	Min.	Máx.
Sexo	Feminino	39	79,6				
	Masculino	10	20,4				
	Total	49	100				
Habilitações académicas	Bacharelato	3	6,1				
	Licenciatura	36	73,5				
	Mestrado	9	18,4				
	Doutoramento	1	2				
Especialista	Não	38	77,6				
	Sim	11	22,4				
Serviço	1	23	46,9				
	2	9	18,4				
	3	17	34,7				
Idade				38,49	8,339	24	58
Anos de exercício profissional				15,98	8,133	3	36
Anos no atual serviço	TOTAL			10,79	7,793	0	30

2.2. CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS INTERNADAS

A amostra é constituída por 30 pessoas internadas, sendo 73,3% (n = 22) do sexo feminino e 26,7% (n=8) do sexo masculino. A média de idade é de 57,3 anos (DP = 15,9), com mínimo e máximo de 25 e 94 anos, respetivamente. Quanto à escolaridade verificou-se que 23,3% (n = 7) frequentaram a escola até ao 4.º ano, 33,3% (n = 10) entre o 5.º e 9.º ano, 23,3% (n = 7) entre o 10.º e 12.º ano e 20% (n = 6) frequentaram o ensino superior. Estavam internadas pela primeira vez 23,3% (n = 7) e 76,7% (n=23) já haviam estado internadas anteriormente.

As pessoas internadas estavam distribuídas de igual forma, 33,3% (n = 10), no Serviço-1, Serviço-2 e Serviço-3. O período de internamento médio foi de 7,1 dias (DP = 5,9), com mínimo de 3 dias e máximo de 34 dias (Tabela 6).

Tabela 6 - Dados sociodemográficos das pessoas internadas

		N	%	Média	DP	Min.	Máx.
Sexo	Masculino	8	26,7				
	Feminino	22	73,3				
	Total	30	100				
Idade				57,3	15,9	25	94
Escolaridade	Até ao 4 ano	7	23,3				
	Entre o 5 e o 9 ano	10	33,3				
	Entre o 10 e o 12	7	23,3				
	Ensino Superior	6	20				
Primeiro internamento	Sim	7	23,3				
	Não	23	76,7				
Serviço Internamento	1	10	33,3				
	2	10	33,3				
	3	10	33,3				
Nº dias de internamento	Total			7,1	5,9	3	34

2.3. RESULTADOS DA APLICAÇÃO DA ESCALA PES-NWI

Da aplicação da escala PES-NWI, obteve-se uma média global de 2,52 (DP=0,35), o que significa que existe um ambiente favorável a prática de enfermagem, uma vez que Lake (2002), recomenda que os ambientes de prática sejam classificados como favoráveis se o valor médio for superior a 2,5. Este valor é também o valor de referencia para as sub-escalas do instrumento PES-NWI, o que significa que as dimensões 1 “Participação nas políticas hospitalares” com média de 2,24 (DP=0,43) e dimensão 4 “Adequação dos recursos humanos e materiais”, média 2,05 (DP=0,56) apresentam um ambiente de prática desfavorável.

As dimensões 2 “Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados” média 2,93 (DP= 0,35), 3 “Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros” média 2,58 (DP=0,57) e a dimensão 5 “Relação colegial entre médicos e enfermeiros” média 2,56 (DP=0,56), o que representa a existencia de um ambiente de prática favorável nestas dimensões.

A classificação original de Lake, foi complementada pelo autor em 2006 com novos critérios de forma a classificar os ambientes em 3 níveis: favoráveis, se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores superiores a 2,5; desfavoráveis, se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5; e mistos se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5 (Lake & Friese, 2006). Consideramos por isso que existe um ambiente misto.

Analisando a média global da PES-NWI de cada um dos três serviços, verifica-se que foi de 2,40 (DP=0,40) no Serviço (1), 2,78 (DP=0,38) no Serviço (2) e 2,56 (DP=0,19) no Serviço (3), havendo diferenças estatisticamente significativas entre o Serviço (2) e o Serviço (1) ($p=0,012$). Relativamente a classificação inicial de Lake (2002), encontramos um ambiente desfavorável no Serviço (1) e dois favoráveis Serviço (2) e (3). Seguindo a classificação posterior, de 2006, existe um ambiente desfavoravel no Serviço (1) e misto no Serviço (2) e (3). O Serviço (1) apenas tem uma dimensão com valor positivo; “Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”.

A primeira dimensão “Participação nas politicas hospitalares”, é negativa nos três serviços, média de 2,16 Serviço (1), 2,40 Serviço (2) e 2,25 Serviço (3), originando uma média global de 2,24.

A segunda dimensão “Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados” é positiva nos três serviços, serviço (1) 2,75 (DP=0,31), Serviço (2) 3,18 (DP=0,41) e Serviço (3) 3,04 (DP=0,25), originando a média total mais alta, 2,93 (DP=0,35), verifica-se a existencia de diferença estatisticamente significativa entre o Serviço (1) e o Serviço (2) ($p=0,004$).

Na terceira dimensão da escala “Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros” encontramos o resultado mais elevado da aplicação da mesma ao nível dos

serviços, no serviço (2) 3,20 (DP=0,33), em oposição aos outros serviços que apresentam valores negativos (inferiores a 2,5) Serviço (1) 2,43 (DP=0,62) e Serviço (3) 2,45 (DP=0,37), resultando numa média global da dimensão positiva de 2,58 (DP=0,57) apesar de dois valores negativos. Estatisticamente existem diferenças significativas entre o serviço (2) e o serviço (1) ($p=0,002$) e o Serviço (2) e o Serviço (3) ($p=0,002$)

O quarto item da escala, a que corresponde a dimensão “Adequação dos recursos humanos e materiais” tem o valor médio global mais baixo 2,05 (DP=0,56), sendo o mais desfavorável a prática de enfermagem. Quanto aos valores atingidos em cada serviço, o Serviço (1) teve 1,95 (DP=0,59), (a média mais baixa resultante da aplicação da escala) Serviço (2) 2,22 (DP=0,48) e o Serviço (3) 2,10 (DP=0,45), não existem diferenças estatísticas entre os serviços.

O último item da escala “Relação colegial entre médicos e enfermeiros” tem um valor global positivo de 2,56 (DP=0,56), tendo-se registado valores positivos no Serviço (2) 2,67 (DP=0,37) e Serviço (3) 2,63 (DP=0,63), enquanto que o Serviço (1) apresentou um valor negativo de 2,48 (DP=0,58), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas.

Relativamente a consistência interna o alpha de Cronbach global foi de 0,910, o que representa uma muito boa consistência interna, a dimensão (1) 0,829, dimensão (3) 0,822 dimensão (4) 0,831 e a dimensão (5) alpha de Cronbach 0,827, conferem uma boa consistência interna e a dimensão (2) 0,732 foi o valor mais baixo, sendo classificada como razoável (Gageiro & Pestana, 2008). O resumo das médias por dimensão e serviço encontra-se na tabela 7.

Tabela 7- Médias das dimensões do PES-NWI por serviço e global

		Serviço			
		1	2	3	Total
Dimensão 1 Participação nas políticas hospitalares	Valid N	23	9	17	49
	Média	2,16	2,40	2,25	2,24
	DPadrão	,50	,43	,32	,43
	Minimum	1,00	1,89	1,78	1,00
	Maximum	3,22	3,00	2,78	3,22
Dimensão 2 Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	Valid N	23	9	17	49
	Média	2,75	3,18	3,04	2,93
	DPadrão	,31	,41	,25	,35
	Minimum	1,90	2,40	2,60	1,90
	Maximum	3,10	3,90	3,60	3,90
Dimensão 3 Capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros	Valid N	23	9	17	49
	Média	2,43	3,20	2,45	2,58
	DPadrão	,62	,33	,37	,57
	Minimum	1,00	2,60	1,80	1,00
	Maximum	3,60	3,60	3,00	3,60
Dimensão 4 Adequação dos recursos humanos e materiais	Valid N	23	9	17	49
	Média	1,95	2,22	2,10	2,05
	DPadrão	,59	,48	,55	,56
	Minimum	1,00	1,25	1,00	1,00
	Maximum	3,00	3,00	3,00	3,00
Dimensão 5 Relação colegial entre médicos e enfermeiros	Valid N	23	9	17	49
	Média	2,48	2,67	2,63	2,56
	DPadrão	,58	,37	,63	,56
	Minimum	1,00	2,00	1,00	1,00
	Maximum	3,33	3,00	3,33	3,33
PES-NWI global	Valid N	23	9	17	49
	Média	2,40	2,78	2,56	2,52
	DPadrão	,40	,32	,19	,35
	Minimum	1,39	2,26	2,26	1,39
	Maximum	2,90	3,26	2,87	3,26

2.4. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DA PRÁTICA E CUIDADOS OMISSOS

Relativamente a caracterização do contexto de prática, verificou-se que o último turno mais referido pelos enfermeiros foi o turno da manhã 53,1 % (n=26), seguido pelo turno da tarde 28,6% (n=14) e pelo turno da noite 18,4% (n=9). A duração média de cada turno foi de 8h 29 min (DP= 0h44), sendo referido por 54,2% (n=27) dos enfermeiros ter trabalhado mais horas que as contratualizadas, contudo no Serviço (2) 77,8% dos enfermeiros referiu não ter trabalhado mais horas que as contratualizadas (Resumo dos dados na tabela 8).

Tabela 8 - Caracterização do turno

		n	%	Média	DP	Min	Máx
Último turno completo	Manhã	26	53,1				
	Tarde	14	28,6				
	Noite	9	18,4				
Duração do último turno	Manhã			8h35	0h19	7h30	9h00
	Tarde			7h38	0h13	7h30	8h00
	Noite			9h33	0h29	8h30	10h15
	Total			8h29	0h44	7h30	10h15
Duração superior a Contratualizada	Sim	22	45,8				
	Não	27	54,2				

Dos enfermeiros que responderam cada enfermeiro obteve-se uma média de 7 pessoas por enfermeiro (DP=3,5), existindo um mínimo de 3 e um máximo de 20 pessoas. O turno em que os enfermeiros foram responsáveis por mais pessoas foi o turno da noite com uma média de 12,9 (DP=3,7) pessoas por enfermeiro, onde se registrou o valor máximo de 20 pessoas por enfermeiro. O turno em que cada enfermeiro foi responsável por menos pessoas foi o turno da manhã, com uma média de 5 (DP=1,2) pessoas por enfermeiro, com o mínimo de 3 pessoas por enfermeiro.

Por serviço, o Serviço (2) foi aquele em que se verificou o número superior de pessoas internadas por enfermeiro 7,4 (DP=3,4), seguido do Serviço (3) 7,3 (DP=3,6) e do Serviço (1) 6,6 (DP=3,6). Para 56,3% (n=27) dos enfermeiros este número é habitualmente superior e apenas 4,2% (n=2) refere que habitualmente inferior, no Serviço (1) 72,7% (n=16) dizem que habitualmente o número é superior, no Serviço (2) e Serviço (3) habitualmente é igual 55,6% (n=5) e 47,1% (n=8) respetivamente.

O número de doentes internados que precisaram de ajuda em todas as suas atividades de vida diárias no último turno, teve o valor médio de 2,65 (DP=2,693), sendo o valor mínimo 0 e o valor máximo de 15. O turno em que os enfermeiros tiveram ao seu cuidado o maior número de pessoas internadas que precisaram de ajuda em todas as suas atividades de vida diárias foi o turno da noite, média 5,6 (DP=4,8). Por serviço, o Serviço (3) teve o valor mais elevado 3,1 (DP=2,5), seguido do Serviço (1) 2,6 (DP=3) e do Serviço (2) 1,9 (DP=2,3).

Relativamente ao item número de pessoas que necessitaram de supervisão ou tratamentos frequentes no último turno, foi em média de 3,02 (DP=3,0), valor mínimo de 0 e máximo de 12. A distribuição por turno de trabalho foi de 4,1 (DP=3,6) pessoas por enfermeiro no turno da noite, 3,2 (DP=1,6) no turno da tarde, 2,5 (DP=1,6) turno da manhã. Por serviço, o Serviço (2) teve a média mais elevada 3,2 (DP=2,0), Serviço (3) 3,1 (DP=2,5) e o Serviço (1) 2,9 (DP=1,8). Estes dados encontram-se representados na tabela 9, “Distribuição pessoas por Enfermeiro”.

Tabela 9 - Distribuição pessoas por Enfermeiro

		n	%	Média	DP	Min	Máx
Número de Pessoas que cada enfermeiro referiu ter a seu cargo no último turno	Manhã			5,0	1,2	3,0	7,0
	Tarde			6,6	1,0	5,0	8,0
	Noite			12,9	3,7	6,0	20
	Serviço 1			6,6	3,6	3	20
	Serviço 2			7,4	3,4	5	14
	Serviço 3			7,3	3,6	4	15
	Total			7	3,5	3	20
Número de pessoas que cada enfermeiro referiu ter a seu cargo no último turno comparativamente com o habitual	Superior	56,3	27				
	Igual	39,5	20				
	Inferior	4,2	2				
Número de pessoas internadas que necessitaram de ajuda em todas as atividades de vida diárias	Manhã			1,9	1,1	0	4
	Tarde			2,1	1,6	0	5
	Noite			5,6	4,8	0	15
	Serviço 1			2,6	3,0	0	15
	Serviço 2			1,9	2,3	0	7
	Serviço 3			3,1	2,5	0	11
	Total			2,65	2,7	0	15
Número de pessoas internadas que Necessitaram e supervisão ou Tratamentos frequentes	Manhã			2,5	1,6	0	6
	Tarde			3,2	1,6	0	6
	Noite			4,1	3,6	0	12
	Serviço 1			2,9	1,8	0	6,0
	Serviço 2			3,2	2,0	0	7,0
	Serviço 3			3,1	2,6	1	12
	Total			3,02	2,1	0	12

Quanto ao papel do enfermeiro no último turno na prestação de cuidados, 69,4 % (n=34) prestaram quase todos os cuidados sozinhos e 30,6% (n=15) supervisionaram os cuidados prestados por outros profissionais e prestaram cuidados sozinhos. No serviço (2) existem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,039$), tendo-se verificado um padrão de resposta diferente dos outros serviços 33,3% (n=3) prestaram quase todos os cuidados sozinhos e 66,7% (n=6) supervisionaram os cuidados prestados por outros profissionais e prestaram cuidados sozinhos. Em nenhum dos serviços houve enfermeiros que referissem

ter prestado apenas alguns cuidados e que a maioria dos cuidados diretos foram prestados por outros profissionais.

Estabelecendo a relação entre o total de pessoas internadas no último turno com o número de enfermeiros, obteve-se um rácio de 6,9 (DP=3,7) pessoas por enfermeiro. Quanto ao rácio verificado por serviço, foi de 6,6 (DP=3,9) Serviço (1), 7,7 (DP=3,5) Serviço (2), 6,8 (DP=3,6) Serviço (3). O rácio mais elevado observado por turno, foi de 12,8 (DP=3,7) no turno da noite e o mais baixo foi de 4,8 (DP=1,8) no turno da manhã.

A média de outros profissionais que prestaram cuidados diretos na unidade no último turno foi de 3,25 (DP=2,662), valor mínimo de 0 e máximo de 11. Por serviço o valor mais elevado foi atingido no Serviço (1) 4,2 (DP=2,8), Serviço (3) 3,1 (DP=2,5) e com valor mais baixo Serviço (2) 1,1 (DP=1,1).

Quanto a distribuição por turno da prestação de cuidados por profissionais que não enfermeiros, verificou-se que no turno da manhã houve uma média de 4,2 (DP=2,9) elementos na prestação de cuidados, no turno da tarde 2,6 (DP=2,2) e na noite 1,4 (DP=1,0).

O resumo dos dados encontra-se na tabela 10.

Tabela 10 - Prestação de cuidados e rácio pessoa/enfermeiro

		n	%	Média	DP	Min	Máx
Quem prestou cuidados no último turno	Maioritariamente enfermeiro	34	69,4				
	Enfermeiro Supervisionou e prestou cuidados sozinho	15	30,6				
	Maioritariamente Outros	0,0	0,0				
Rácio pessoas internadas por Enfermeiro no último turno	Manhã			4,8	1,8	1,2	10
	Tarde			6,7	1,2	5,0	8,8
	Noite			12,8	3,7	6,0	20
	Serviço 1			6,6	3,9	1,2	20
	Serviço 2			7,7	3,5	4,5	14
	Serviço 3			6,8	3,6	3,3	15
	Total			6,9	3,7	1,2	20

No que toca a realização de atividades não assistenciais, fora do âmbito dos cuidados de enfermagem, verificamos que 47,8% (n=22) dos enfermeiros indica que algumas vezes realiza cuidados não relacionados com a enfermagem e 23,9% (n=11) dos enfermeiros fazem-no de forma frequente. Em relação a realização de burocracias com a transferência ou transporte de doentes, 50% (n=24) diz que raramente o faz e 39,6% (n=19) fá-lo algumas vezes.

O transporte de doentes dentro do hospital para a realização de exames ou outros serviços é feito de uma forma rara por 66,7% (n=32) dos enfermeiros e por 29,2% (n=14) algumas vezes. O transporte para outras instituições ou para realizar exames é feito algumas vezes por 10,6% (n=5) e raramente por 89,4% dos enfermeiros.

Relativamente a providenciar materiais e equipamentos, 50,0% (n=24) diz que o faz algumas vezes, 25,0% fá-lo de forma frequente e os restantes 25,0% raramente o realiza.

É referido pelos enfermeiros que atender telefonemas ou realizar tarefas burocráticas é feito de forma frequente por 72,9% (n=35) dos enfermeiros e algumas vezes por 18,8% (n=9). Resumo dos dados na tabela 11.

Tabela 11- Tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados

		n	%
Cuidados não relacionados com a enfermagem	Raramente	13	28,3
	Algumas vezes	22	47,8
	Frequentemente	11	23,9
Burocracias relacionadas com a transferência Ou transporte de doentes	Raramente	24	50,0
	Algumas vezes	19	39,6
	Frequentemente	5	10,4
Transportar doentes dentro do hospital para Exames ou outros serviços	Raramente	32	66,7
	Algumas vezes	14	29,2
	Frequentemente	2	4,2
Transportar doentes para outro hospital ou Realizar exames noutra instituição	Raramente	42	89,4
	Algumas vezes	5	10,6
	Frequentemente	0	0,0
Providenciar materiais ou equipamentos	Raramente	12	25,0
	Algumas vezes	24	50,0
	Frequentemente	12	25,0
Atender telefonemas ou realizar tarefas Burocráticas	Raramente	4	8,3
	Algumas vezes	9	18,8
	Frequentemente	35	72,9

Houve um total de 11 enfermeiros que não referiu ter omitido qualquer cuidado da lista, que representam 22,9% do total. Houve um máximo de 9 cuidados omitidos, que representam 2,1%, sendo a percentagem de cuidados omitidos mais frequente, de um cuidado omitido 18,8% (n=9), seguido de 4 cuidados omitidos 16,7% e de três cuidados omitidos, 12,5% (n=6). Resumo dados tabela 12.

Tabela 12 - Número total de cuidados omissos referidos pelos enfermeiros

		n	%
N.º de Cuidados Omissos	0	11	22,9%
	1	9	18,8%
	2	3	6,3%
	3	6	12,5%
	4	8	16,7%
	5	1	2,1%
	6	4	8,3%
	7	3	6,3%
	8	2	4,2%
	9	1	2,1%

Quanto as percentagens em que se verificaram omissão dos cuidados, os cuidados que ficaram mais frequentemente por realizar foram em primeiro lugar confortar/falar com os doentes 52,1% (n=25), em segundo lugar elaborar/atualizar os planos de enfermagem 43,8% (n=21) e em terceiro educar doentes e familiares 35,4% (n=17).

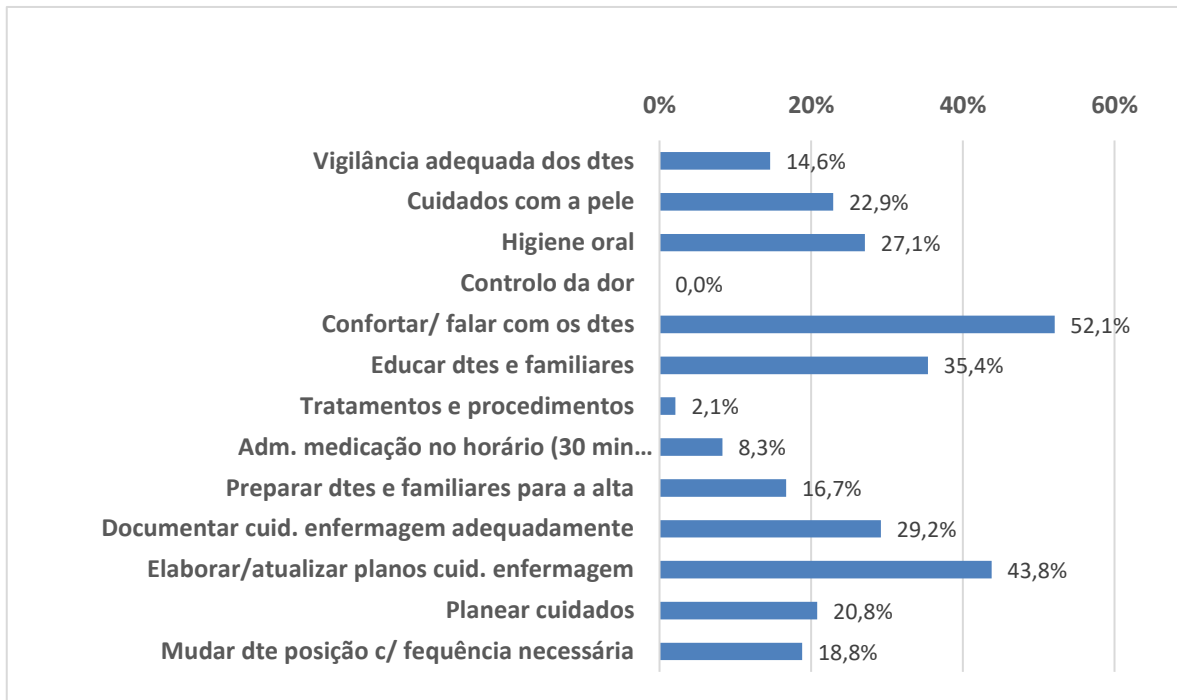
Segue-se a documentação de cuidados de enfermagem de forma adequada 29,2% (n=14), higiene oral 27,1% (n=13), os cuidados com a pele 22,9% (n=11), planeamento de cuidados 20,8% (n=10), mudar o doente de posição com a frequência necessária 18,8% (n=9), preparar doentes e familiares para a alta 16,7% (n=8), vigilância adequada dos doentes 14,6% (n=7).

Os cuidados que ficaram menos vezes por realizar foram a administração de medicação no horário 8,3% (n=4), tratamentos e procedimentos 2,1% (n=1) e o controlo da dor nunca ficou por realizar 0,0%.

A média de cuidados omissos por enfermeiro foi de 2.9 (DP=2.6) um valor mínimo de 0 e um máximo de 9.0.

O resumo dos dados encontra-se no gráfico 1.

Gráfico 1 - Cuidados Omissos no último turno

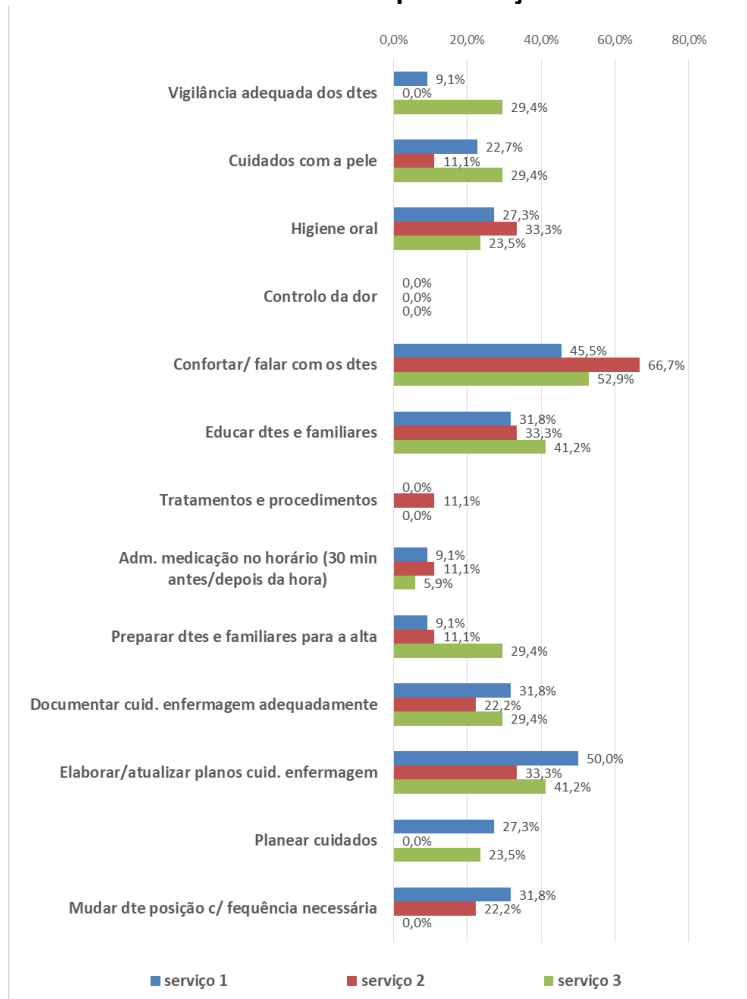


Verificamos que ao nível dos serviços existem algumas diferenças, nomeadamente no Serviço (2) nunca ocorre a omissão dos seguintes cuidados, vigilância adequada dos doentes e planeamento dos cuidados.

O serviço 3 difere dos restantes no item mudar o doente de posição com a frequência necessária, tendo uma taxa de cumprimento a 100%. Os tratamentos e procedimentos são efetuados a 100% no Serviço (1) e no Serviço (3), existindo apenas incumprimento no serviço (2), ainda que baixo 11,1% (n=1). O controlo da dor nunca fica por efetuar em qualquer um dos serviços.

O cuidado mais frequentemente omitido no Serviço (2) e no Serviço (3) é o confortar/falar com os doentes, 66,76% (n=6) e 52,9% (n=9), no Serviço (1) é elaborar/atualizar planos de enfermagem 50,0% (n=11), conforme se pode observar no gráfico 2.

Gráfico 2 - Cuidados omissos por serviço



Relativamente a distribuição de cuidados omissos pelo turno efetuado, verifica-se a predominância do turno da manhã com 54,9% (n=78), sendo o turno da noite o segundo com 24% (n=34) e em terceiro o turno da tarde 21,1% (n=30).

A omissão mais frequente diz respeito a confortar/falar com os doentes, seguida de elaborar/atualizar planos de cuidados de enfermagem e educar doentes e familiares. Tratamentos e procedimentos apenas não é efetuado no turno da noite e foi um evento único, visível na tabela 13.

A média de cuidados omissos por enfermeiro no turno da manhã foi de 3,1 (DP=2,6), no turno da tarde foi de 2,1 (DP=2,1), e no turno da noite foi de 3,6 (DP=3,3). Não houve diferenças estatisticamente significativas, (p=0,447).

Tabela 13 - Distribuição dos cuidados omissos consoante o último turno

Cuidado Omisso	Manhã	Tarde	Noite	Todos os turnos
	n	n	n	n
Confortar/falar com os doentes	15	6	4	25
Elaborar/Atualizar planos de cuidados de enfermagem	12	4	5	21
Educar doentes e familiares	12	5	0	17
Documentar cuidados enfermagem adequadamente	9	1	4	14
Higiene oral	6	4	3	13
Cuidados com a pele	5	2	4	11
Planear cuidados	6	2	2	10
Mudar doente de posição com frequência necessária	5	1	3	9
Preparar doentes e familiares para a alta	3	3	2	8
Vigilância adequada dos doentes	4	1	2	7
Administrar medicação no horário	1	1	4	6
Tratamentos e procedimentos	0	0	1	1
Controle da dor	0	0	0	0
Total de cuidados omissos e percentagem relativamente ao total.	78 54,9%	30 21,1%	34 24,0%	142 100%

Os enfermeiros que indicaram ter um ambiente de prática favorável, praticaram menor omissão de cuidados ($p=0,024$), com uma média para ambiente favorável 2 (DP=2) cuidados omissos por enfermeiro e de 4 (DP=3) para o ambiente desfavorável.

Ao efetuarmos o coeficiente de correlação de spearman entre o número de cuidados omissos e a PES-NWI obtemos como valor -0,468 ($p=0,001$), a correlação é estatisticamente significativa (moderada) (Gageiro & Pestana, 2008) e negativa, o que significa que quanto mais favorável é o ambiente, menor é o número de cuidados omissos.

Os serviços (2) e (3) que detém um ambiente de prática de enfermagem misto, registraram uma média de cuidados omissos de 2,6 (DP=2,5) e de 3,1 (DP=2,9) respetivamente, enquanto o serviço (1), em que se verificou ambiente de prática negativo, teve uma média de 3,0 (DP=2,6) cuidados por enfermeiro. Não se verificaram diferenças estatísticas entre os serviços ($p=0,901$). O Serviço (1) e (3) apresentam ambientes diferentes, mas a margem

é pequena, o que terá contribuído para que a variação ao nível dos cuidados omissos não tenha a tradução que se verificou com o Serviço (2).

Procuramos verificar se existiam diferenças estatisticamente significativas entre o número de cuidados omissos e a tipologia de turno, trabalhar mais horas que as contratualizadas, papel exercido na prestação de cuidados e os itens da tabela 11.

Observaram-se diferenças estatisticamente significativas ao nível do número total de cuidados omissos quando os enfermeiros fazem mais horas no turno do que as contratualizadas, aumentando o número dos mesmos ($p=0,032$). Quanto mais frequentemente realizam tarefas não relacionadas com enfermagem, maior é o número de cuidados omissos ($p=0,001$). Quanto mais frequentemente realizam tarefas relativas a burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de doentes, também maior o de cuidados omissos ($p=0,012$).

Relativamente aos restantes elementos, não se verificou diferenças significativas, entre o número de cuidados omissos e os mesmos, resultados da tabela 14.

Tabela 14 - Cuidados omissos e condições do exercício profissional I

		Nº cuidados omissos			
		Média	DP	Mediana	p-value
Último turno completo	Manhã	3,1	2,6	3,0	0,447
	Tarde	2,1	2,1	1,5	
	Noite	3,6	3,3	4,0	
> do que horas contratualizadas no último turno	Não	2,0	1,8	1,5	0,032
	Sim	4,0	3,0	4,0	
	Habitualmente é inferior	0,5	0,7	0,5	
	Habitualmente é igual	3,3	2,7	3,0	
Papel na prestação de cuidados no último turno	Prestei quase todos os cuidados sozinho	3,0	2,9	3,0	0,839
	Supervisionei cuidados prestados p/outros profissionais e prestei cuidados sozinho	2,8	2,0	3,0	
	Prestei apenas alguns cuidados, maioria foram prestados por outros profissionais	0,0	0,0	0,0	
Cuidados não relacionados com enfermagem	Raramente	1,0	1,6	1,0	0,001
	Algumas vezes	3,5	2,4	4,0	
	Frequentemente	4,6	2,5	4,0	
Burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de doentes	Raramente	2,2	2,5	1,0	0,012
	Algumas vezes	3,0	2,3	3,0	
	Frequentemente	6,2	2,2	6,0	
Transportar dts dentro do hospital para exames ou outros serviços	Raramente	2,7	2,6	2,5	0,535
	Algumas vezes	3,4	2,6	3,5	
	Frequentemente	4,0	4,2	4,0	
Transportar dts para outro hospital ou realizar exames noutra instituição	Raramente	2,9	2,7	2,5	0,576
	Algumas vezes	3,2	1,9	3,0	
	Frequentemente	0,0	0,0	0,0	
Providenciar materiais ou equipamentos	Raramente	2,0	2,7	1,0	0,137
	Algumas vezes	2,8	2,4	3,0	
	Frequentemente	4,0	2,8	3,5	
Atender telefonemas ou realizar tarefas burocráticas	Raramente	3,5	4,1	3,0	0,932
	Algumas vezes	2,8	3,0	2,0	
	Frequentemente	2,9	2,4	3,0	

Procuramos averiguar a existência de correlação entre as variáveis número de doentes que foi responsável no último turno, número de doentes que precisam de ajuda em todas as atividades de vida diárias e o número de doentes que precisam supervisão ou tratamento hora a hora, no sentido de perceber se o fator de distribuição de doentes no turno interfere com o número de omissões de cuidados.

Procedemos de igual forma para o total de doentes na unidade no último turno e o total de enfermeiros no último turno com o número de cuidados omissos, como fatores dotação e dotação da equipa.

Obteve-se uma correlação positiva para o entre o número de doentes que precisam de ajuda em todas as atividades de vida diárias e o número de cuidado omissos, o que traduz que quanto mais doentes precisam de ajuda em todas as atividades diárias, maior o número de cuidados omissos ($\rho=0,311$, $p=0,031$), ainda que seja uma associação baixa (Gageiro & Pestana, 2008) (resultados tabela 15).

Tabela 15 - Cuidados omissos e condições do exercício profissional II

		Nº cuidados omissos
Nº doentes que foi responsável último turno	Coeficiente correlação	0,205
	p-value	0,168
Nº doentes que precisam de ajuda em todas as Atividades de vida diárias	Coeficiente correlação	0,311
	p-value	0,031
Nº doentes que precisam supervisão ou tratamento Hora a hora	Coeficiente correlação	0,267
	p-value	0,067
Total doentes na unidade no último turno	Coeficiente correlação	0,060
	p-value	0,685
Total de enfermeiros no último turno	Coeficiente correlação	0,030
	p-value	0,843

Analisámos a existência de diferenças estaticamente significativas entre os três cuidados omissos mais frequentes, confortar/falar com os doentes 52,1% (n=25), elaborar/atualizar

os planos de enfermagem 43,8% (n=21), educar doentes e familiares 35,4% (n=17) e as variáveis dos itens da Tabela 8, 9, 10, e 11, de modo a averiguar associações entre os mesmos.

No cuidado confortar/falar com os doentes, verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas com o item “Cuidados não relacionados com a enfermagem” ($p=0,001$).

O cuidado elaborar/atualizar os planos de enfermagem detetamos a existência de diferenças estatisticamente significativas com os itens “Trabalhar mais horas do que as contratualizadas no último turno” ($p=0,011$) e “Número de doentes que precisam supervisão ou tratamento hora a hora” ($p=0,014$).

No cuidado educar doentes e familiares houve diferenças estatisticamente significativas com os itens “Cuidados não relacionados com a enfermagem” ($p=0,005$) e “Burocracias relacionadas com a transferência ou transporte do doente” ($p=0,013$) e “último turno completo – manhã e tarde”.

2.5. INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MEDIDA PELA ICSP

Da análise aos resultados da aplicação da ICSP as pessoas internadas, por forma a avaliar a sua perceção da individualização dos cuidados, resultou uma média total dos serviços da ICSP-A (perceção das pessoas internadas acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados) de 4,28 (DP=0,80). Relativamente ao total dos serviços nas sub-dimensões, verificou-se que a sub-dimensão ICSP-A vida pessoal com uma média de 3,84 (DP=1,21) foi a dimensão com valor mais baixo, tendo a sub-dimensão ICSP- A situação clínica com média de 4,46 (DP=0,74) sido a que obteve o valor mais elevado, encontrando-se a sub-dimensão ICSP- A Poder de decisão com um valor intermédio de 4,37 (DP=0,81).

Comparativamente entre os serviços, o Serviço (2) foi que teve a ICSP-A Global mais elevada, tendo os valores mais elevados nas sub-dimensões a exceção da sub-dimensão Vida pessoal, onde obtém o mesmo valor do Serviço (1), 3,85 de média.

O Serviço (3) foi o que obteve a média ICS-A mais baixa 4,18 (DP=1,03), registrando os valores mais baixos nas sub-dimensões, “Situação clínica” média 4,29 (DP=0,94), “Vida pessoal” média 3,72 (DP=1,43) e a exceção do “Poder de decisão”, que foi mais baixo no Serviço (1) média 4,18 (0,65).

O ICSP-B (perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos) total dos serviços foi de 4,55 (DP=0,52), tendo a sub-dimensão mais elevada sido a sub-dimensão “Poder de decisão” 4,68 (DP=0,47) e a mais baixa a “Vida pessoal” 4,36 (DP=0,53).

Nos serviços, o Serviço (2) obteve também a média global mais elevada, de 4,66 (DP=0,56), tendo todas as médias das sub-dimensões com os valores mais elevados. O serviço com a média global mais baixa foi o Serviço (1) com média de 4,49 (DP=0,52) registrando as médias das sub-dimensões mais baixas a exceção da sub-dimensão “Poder de decisão” que foi obtida do Serviço (3) 4,65 (DP=0,46)(Tabela 16).

Relativamente as diferenças verificadas na ICSP-A global entre os diferentes serviços, não resultaram em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,526$), o mesmo sucedeu com as suas sub-dimensões “Situação clínica” ($p=0,601$), “Vida pessoal” ($p=0,856$) e “poder de decisão” ($p=0,190$). Também na ICSP-B global as diferenças encontradas entre os serviços não se traduziram em diferenças estatisticamente significativas ($p=0,596$), bem como nas sub-dimensões “Situação clínica” ($p=0,846$), “Vida pessoal” ($p=0,232$,) e “Poder de decisão” ($p=0,691$).

Tabela 16 - Médias das dimensões e sub-dimensões do ICSP consoante o serviço

Dimensões e sub-dimensões	Serviço 1		Serviço 2		Serviço 3		Total Serviços	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
ICSP-A Global	4,26	0,61	4,44	0,81	4,18	1,03	4,28	0,80
ICSP-A Situação clínica	4,56	0,54	4,59	0,75	4,29	0,94	4,46	0,74
ICSP-A Vida pessoal	3,85	0,93	3,85	1,39	3,72	1,43	3,84	1,21
ICSP-A Poder de decisão	4,18	0,65	4,67	0,64	4,35	1,12	4,37	0,81
ICSP-B Global	4,49	0,52	4,66	0,56	4,54	0,54	4,55	0,52
ICSP-B Situação clínica	4,50	0,58	4,64	0,51	4,54	0,58	4,55	0,53
ICSP-B Vida pessoal	4,23	0,69	4,55	0,89	4,39	0,69	4,36	0,75
ICSP-B Poder de decisão	4,67	0,46	4,77	0,52	4,65	0,46	4,68	0,47

O alfa de Cronbach da dimensão ICSP-A foi de 0,951 e da dimensão ICSP-B foi de 0,912, pelo que ambas as dimensões apresentam muito boa consistência interna. O alfa de Cronbach das sub-dimensões da ICSP-A variaram entre 0,898 (Poder de decisão) e 0,921 (Vida pessoal), boa consistência interna e da ICSP-B ente 0,765 (Vida pessoal) e 0,785 (Poder de decisão), razoável consistência interna (Gageiro & Pestana, 2008).

Observou-se uma correlação, estatisticamente significativa, entre a percepção que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados e a percepção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos ($R= 0,768$ $p=0,001$).

Relativamente a relação entre os ambientes de prática e a percepção da individualização dos cuidados, verificamos a existência de uma correlação positivas, entre a PES-NWI global e a ICSP-B Global, que leva a concluir que quanto maior a escala PES-NWI, maior é o valor da escala ICS-B ($r=0,344$, $p=0,015$), ou seja quando temos ambientes de prática mais favoráveis a percepção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos melhora. Ainda que o nível da correlação seja baixo (Gageiro & Pestana, 2008).

Verificou-se igualmente a que escala ICS-B global dos doentes, correlaciona-se significativamente com a dimensão 2 da PES-NWI, “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”, a correlação é positiva, o que leva a concluir que quanto maior a escala ICS-B, maior é o valor da dimensão 2 ($r=0,521$, $p < 0,001$), sendo uma associação moderada (Gageiro & Pestana, 2008). Quanto à escala ICS-A global dos doentes, esta correlaciona-se significativamente com a dimensão 3 da PES-NWI, “Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros” a correlação é positiva, o que leva a concluir que quanto maior a escala ICS-A, maior é o valor da dimensão 3 ($r=0,416$, $p=0,003$), também uma associação moderada (Gageiro & Pestana, 2008), resultados visíveis na tabela 17.

Tabela 17- Relação PES-NWI com ICSP

			PES-NWI global
Sperman`s rho	ICSP-A Global	Coeficiente correlação	0,159
		p-value	0,276
		n	49
	ICSP-B Global	Coeficiente correlação	0,344
		p-value	0,015
		N	49

3. DISCUSSÃO RESULTADOS

Numa época de restrições económicas na área da saúde, limitadoras da ação dos seus profissionais, mas conscientes da mais-valia da profissão de enfermagem enquanto geradora de ganhos em saúde, desenvolvemos o nosso estudo no sentido de perceber a influência dos ambientes de prática na omissão de cuidados e na prestação de cuidados individualizados.

Centrados numa lógica de cuidados de qualidade e partindo do modelo de qualidade de Donabedian (1988), para a avaliação da qualidade dos cuidados, do MECE de Irvine, et al. (1998) e do modelo de Kalisch (2016) para os cuidados omissos, procuramos compreender a realidade através dos três pilares comuns e fundamentais aos três: estrutura, processo e resultado.

Sendo o ambiente de prática um elemento fundamental em qualquer um destes modelos, enquanto fator estrutural, encontramos de acordo com Lake (2002), globalmente um ambiente favorável à prática de enfermagem, (PES-NWI média global de 2,52). O valor obtido é próximo do valor de corte, semelhante ao encontrado por Amaral et al. (2013), (PES-NWI média global de 2,57), inferior ao de Amendoeira & Ferreira (2014) (PES-NWI média global de 2,68), e ligeiramente superior ao encontrado por Jesus et al. (2015) (PES-NWI média global de 2,44) (este estudo engloba 31 instituições a nível nacional) e Santos (2018) (PES-NWI média global de 2,48).

Encontramos do ponto de vista internacional de uma forma geral médias superiores, Choi & Boyle, (2014) (PES-NWI média global de 2,96), Gea-Caballero et al. (2017), (PES-NWI média global de 2,68), Olds et al. (2017) (PES-NWI média global de 2,68), Pan et al. (2017) (PES-NWI média global de 2,88) Aiken et al., (2011) (PES-NWI média global de 2,94) Swiger et al., (2017) conduziram uma revisão sistemática da literatura que abrangeu 28 países, onde registraram médias globais entre 2,51 e 2,92 em hospitais “não-magnet”, entre 2,62 e 3,07 em hospitais que procuram o estatuto de “magnet” e entre 2,92 e 3,00 em hospitais “magnet”, a exceção é o estudo de Gikopoulou et al., (2014) (PES-NWI média global de 2,16).

A média do Serviço (2) é próxima daquilo que encontramos do ponto de vista internacional (média 2,78), enquanto que a do serviço (3) se aproxima da média global encontrada noutros estudos de carácter nacional (2,56), claramente inferior é a média encontrada no serviço (1) (2,40), indicando que se trata de um serviço com ambiente de prática desfavorável.

É fundamental criar ambientes favoráveis a prática de enfermagem, desta forma aproximar os valores médios do contexto nacional aos internacionais, bem como dentro desta instituição, nomeadamente no Serviço (1) e no Serviço (3). Ambientes de prática saudáveis conduzem a maior satisfação entre os enfermeiros, melhores performances das equipas, melhor qualidade de cuidados, maior possibilidade de reter os melhores profissionais nos serviços e desta forma melhorar o desempenho da própria organização (Wei et al., 2018).

Os ambientes de prática são tão importantes que ao verificarmos a perspectiva traçada por Aiken, et al. (2013), através de um estudo sobre os ambientes de prática e qualidade dos cuidados a nível europeu, constatamos que a degradação dos mesmos durante o período de crise económica, levou a que mais do que um em cada cinco enfermeiros estivesse insatisfeito com o seu trabalho, 19% a 49% pretendia deixar o seu trabalho e variando entre 16% a 77% os que achavam ser fácil arranjar outra profissão, reportando também uma quebra na qualidade e segurança dos cuidados.

Relativamente às sub-dimensões, globalmente verificamos que a sub-dimensão 1 “Participação nas políticas hospitalares”(PPH)(média de 2,24) e 4 “Adequação dos recursos humanos e materiais”(ARHM), (média 2,05) apresentam um ambiente de prática desfavorável.

Encontramos resultados semelhantes em Amaral et al.(2013) (Amaral & Ferreira, 2013), em que na sub-dimensão “PPH”, existem 25 serviços (96.15%) que apresentam uma avaliação negativa nesta dimensão (<2,5) (média 2,22) e na subdimensão “ARHM” 20 serviços (76.92%) também apresentam avaliação negativa nesta sub-dimensão (< 2.5) (média 2,28). Resultados também verificados em Jesus et al. (2015) 2,13 (PPH) e 2,04 (ARHM) e Santos (2018) 2,24 (PPH) e 2,19 (ARHM), Amendoeira & Ferreira (2014) registrou média positiva em (ARMH) de 2,69 e de 2,37 (PPH).

Nos estudos internacionais encontramos resultados semelhantes na revisão sistemática de Swiger et al. (2017) no valor dos hospitais não-magnet 2,34 (PPH), 2,07 (ARHM) e nos aspirante a magnet 2,49 (PPH), 2,31 (ARHM), mas médias positivas nos magnet 2,76 (PPH) 2,65 (ARMH), em Gikopoulou et al. (2014) médias negativas de 1,97 (PPH) e 1,79 (ARHM). No estudo de Aitken et al. (2011) no grupo de controle na sub-dimensão (ARHM) verificou-se média 2,80 , sendo negativa a média na sub-dimensão (PPH) 2,42, Olds et al. (2017) registrou média positiva de 2,54 (PPH) e negativa de 2,48 (ARMH) Gea-Caballero et al. (2017) 2,51 (PPH) 2,25 (ARHM).

De acordo com a revisão da literatura de Warshawsky & Havens (2011), a sub-dimensão (ARHM) é a que mais frequentemente tem o valor mais baixo da escala, sendo a percepção dos enfermeiros relativamente aos recursos existentes afetada pelo número de enfermeiros presentes na unidade, mas também pelo número de camas, tipologia doentes (case-mix) e número assistentes operacionais (Kalisch et al., 2011).

No nosso estudo verificamos que no serviço (1) tem o valor mais baixo para esta sub-dimensão (1,95), mas a média de doentes por enfermeiro é mais elevada nos outros serviços, sendo o serviço (2) o que tem a média mais elevada de doentes por enfermeiro (7,4) e de doentes que precisam de supervisão e de tratamentos mais frequentes (3,2), mas é aquele em que existe percentagem maior (66,7%) de cuidados realizados em parceria com outros profissionais, existindo diferença estatisticamente significativa com os outros serviços ($p=0,039$). Esta situação terá contribuído para que apesar de apresentar um valor negativo (2,22) o serviço (2), tenha um valor superior aos restantes serviços ainda que sem diferenças estatisticamente significativas ($p=0,348$). Outro fator, poderá estar relacionado com o fato de o número de doentes ser habitualmente superior no serviço (1) (72,7%), enquanto que nos outros serviços é habitualmente igual, Serviço (2) 55,6% e Serviço (3) 47,1%, embora não existindo diferenças estatisticamente significativas ($p=0,188$), assim como o rácio enfermeiro/doente ser o mais elevado (7,5). Deste modo existe uma carga laboral cumulativa que pode ter influído na resposta, corroborando o que foi apontado por Kalisch et al. (2011).

A média encontrada de doentes por enfermeiro (7), está entre os valores encontrados por Aiken et al. (2012), no estudo realizado a nível da Europa e Estados Unidos, onde se

verificaram médias entre 5,4 na Noruega e 13 na Alemanha, e Estados-Unidos 5,3 sendo que nas médias mais baixas encontraram-se os ambientes de prática mais favoráveis.

As unidades médico-cirúrgicas, médicas e cirúrgicas, são as que mais beneficiam com uma melhoria nas dotações e recursos, tendo essa melhoria tradução no ambiente de prática, pois apresentam por norma valores mais baixos nesta sub-dimensão, por isso as administrações devem atender a questão da quantidade de recursos humanos e a sua qualidade no desenvolvimento dos planeamentos estratégicos das unidades (Choi & Boyle, 2014).

Relativamente a sub-dimensão PPH o fato de se ter verificado uma média negativa (2,24), é importante na medida que traduz a qualidade da relação entre os enfermeiros e os seus superiores, bem como o sentimento de inclusão, satisfação, exaustão emocional e pode ser elemento potenciador do abandono profissional, o que não só é preocupante do ponto de vista do grupo, como individualmente, uma vez que poderão existir elementos a necessitar de especial atenção dos seus superiores (Gabriel et al., 2013). A possibilidade do enfermeiro se envolver e participar nas políticas e questões do hospital, pode representar uma oportunidade de valorização profissional e partilha de preocupações (Amendoeira & Ferreira, 2014). A nível europeu a maioria dos enfermeiros reporta a falta de oportunidade de participar nas políticas hospitalares, nos hospitais que participam na certificação “magnet” existe o envolvimento dos enfermeiros na organização e nas tomadas de decisão, o que é considerado uma boa prática e que contribui para bons resultados (Aiken et al., 2013).

É de salientar que é de particular importância por se tratar de uma instituição acreditada pelo CHKS, em que um dos vectores fundamentais é a partilha de informação gerada, tanto pelos doentes, como os profissionais, assim como indicadores, resultados obtidos por grupos de trabalho, assegurando sempre o envolvimento de toda a instituição (CHKS, 2019).

A sub-dimensão (3), Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros, gerou uma média positiva (2,58), existindo contudo um diferencial entre o Serviço (2) e os restantes, registrando-se diferenças estatisticamente significativas entre eles, sendo que

os outros dois serviços apresentam médias negativas, ainda que junto ao limiar. Situação similar ocorreu em Santos (2018), mas resultou numa média global negativa de (2,45), Amendoeira & Ferreira, (2014) registraram uma média global de 3,00 claramente superior, Jesus et al. (2015) uma média negativa de 2,43 e Amaral et al. (2013) verificaram uma média positiva (2,61). Nos estudos internacionais encontramos resultados semelhantes em Olds et al. (2017) 2,57 mas de uma forma geral noutros estudos encontramos médias superiores 2,92, Gea-Caballero et al. (2017) 3,15, Aitken et al. (2011), 2,96 Pan et al. (2017), na revisão Choi & Boyle (2014) a média nas unidades cirurgicas foi entre 2,99 e 3,03 e na de (Swiger et al., 2017) os valores tiveram uma oscilação superior 2,41-3,00 não magnet, 2,48-3,17 aspirantes a magnet, 2,72-3,07 magnet.

Tratando-se da mesma instituição seria importante perceber os motivos de que levam a discrepância de valores entre os serviços, sobretudo pelo papel que as lideranças desempenham no ambiente de cuidados, pelo impacto que provocam nas equipas e nos resultados dos cuidados, satisfação profissional, vinculação ao serviço, não negligenciando papel do suporte organizacional para que as chefias possam desenvolver as competências necessarias a sua função (Choi & Boyle, 2014) (Gabriel et al., 2013). A necessidade de dar resposta aos desafios atuais, de poucos recursos, orçamentos limitados, evolução tecnológica, rigor na qualidade e segurança, exige uma liderança que recorra a inteligência emocional, focada nas pessoas, que desenvolva a satisfação profissional e melhore o desempenho (Gikopoulou et al., 2014).

A sub-dimensão (5) “Relação colegial entre médicos e enfermeiros”, teve um valor médio global de 2,56 que é positivo, resultando de médias positivas nos Serviços (2) e (3) e de uma média negativa no limiar de 2,48 do Serviço (1). Valor semelhante a média encontrada por Jesus et al. (2015) 2,55 e superior em Amaral et al. (2013) 2,66, enquanto Santos (2018) refere uma média negativa de 2,31. Em estudos estrangeiros encontramos médias positivas superiores Olds et al. (2017) 2,89, Gea-Caballero et al. (2017) 2,84, Pan et al. (2017) 3,04, Choi & Boyle (2014) 3,06 magnet e 2,99 não magnet.

Um trabalho proficuo entre enfermeiro e médico é fundamental para o sucesso dos cuidados, assim como uma boa relação entre ambos de forma a criar um ambiente de trabalho positivo e de prática favorável (Amendoeira & Ferreira, 2014). Um bom nível

relacional entre enfermeiros e médicos gera maior satisfação profissional e reduz os índices de intenção de abandono do serviço, por criar um maior clima de suporte entre profissionais (Gabriel et al., 2013; Van Bogaert et al., 2009), que funciona como um redutor das exigências profissionais e fomenta um ambiente mais seguro para os doentes e para os cuidados (O'Daniel & Rosenstein, 2008).

A sub-dimensão com média mais favorável foi “Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”, com média de 2,93 global, tendo sido positiva em todos os serviços, sobreponível ao resultado de Amaral et al. (2013) 2,94, próximo de Santos (2018) 2,87 e inferior ao verificado por Amendoeira & Ferreira (2014) 3,24.

Resultados similares a nível internacional em Olds et al. (2017) 2,93, em Gea-Caballero et al. (2017) 2,90, Moorer et al. (2010) 2,83 e superiores na revisão de (Choi & Boyle, 2014) 3,14 nas unidades cirúrgicas, verificando-se ser a sub-dimensão com média normalmente mais elevada, o que é corroborado pela revisão de Warshawsky & Havens, (2011) que aponta como sendo a que apresenta média mais elevada nos estudos realizados nos estados unidos e a segunda a nível europeu atrás “Relação colegial entre enfermeiros e médicos”.

Relativamente ao Serviço (1) apenas ter tido este item positivo, só é verificado um resultado similar em Gikopoulou et al. (2014), sendo justificado pelo autor pela circunstâncias socio-económicas do país que levaram a degradação dos ambientes de prática, devendo os responsáveis desta instituição averiguar as causas das condições existentes.

O fato de a avaliação efetuada nesta sub-dimensão ser positiva, sugere que os enfermeiros se sentem autónomos e satisfeitos com o trabalho desenvolvido (Amaral et al., 2013). A qualidade dos cuidados tem por base um modelo de enfermagem, a elaboração e manutenção de planos de cuidados atualizados, a continuidade dos cuidados e a prestação de cuidados por enfermeiros competentes (Amendoeira & Ferreira, 2014). Quando esta dimensão demonstra ser efetiva, verifica-se uma menor taxa de mortalidade, maior satisfação laboral, melhoria na qualidade de atendimento e menos eventos adversos (Armstrong et al., 2009).

Os índices alpha de Cronbach foram muito satisfatórios, o que revela o seu contributo para a compreensão dos ambientes de prática de enfermagem.

O último turno mais referido pelos enfermeiros foi o turno da manhã 53,1 %, seguido pelo turno da tarde 28,6% e pelo turno da noite 18,4%, o que traduz a organização das equipas que é comum encontrar em contexto hospitalar, com um normal reforço das equipas no turno da manhã onde são prestados a maioria dos cuidados e uma redução progressiva para o turno da tarde e da noite, associando-se a este último uma componente mais de repouso. Isto teve um natural reflexo nas médias de doentes por enfermeiro, existindo médias superiores, no turno da noite, reduzindo-se no turno da tarde e com o valor mais baixo no turno da manhã.

Foi referido por 54,2% dos enfermeiros ter trabalhado mais horas que as contratualizadas, tendo a duração média de cada turno sido de 8h 29 min, números que diferem das médias aferidas em 12 países europeus, em que 50% trabalha ≤ 8 horas, estando a média encontrada nos 32% que trabalha entre 8,1 a 10 horas (Griffiths et al., 2014). A existência de trabalho efetuado para além do contratualizado está associado a piores índices em termos de indicadores como quedas, úlceras de pressão, insucesso nas ressuscitações, quase erros na medicação, extubações acidentais e infeções do trato urinário (Liu et al., 2012).

Existe uma associação entre o trabalhar um número de horas superior ao contratualizado e uma redução na qualidade e segurança dos cuidados, bem como com a existência de cuidados omissos por falta de tempo para a sua execução (Griffiths et al., 2014) (Cho et al., 2016). Uma elevada percentagem dos enfermeiros que trabalha mais horas que as contratualizadas não consegue realizar a totalidade dos cuidados durante o seu turno, o que pode implicar que se tivesse trabalhado somente as horas que estariam destinadas o volume de cuidados omissos seria superior (Cho et al., 2016).

Não existe um ganho de produtividade por trabalhar mais horas, o que se verifica é que existe um aumento do tempo de trabalho por forma a tentar dar resposta a incapacidade de realizar todos os cuidados, estando dependente a mesma dos ambientes de prática e da

forma como estes condicionam a existência de cuidados omissos, a estrutura afeta o processo e não se produz o resultado (Kalisch & Xie, 2014).

Observamos isso no Serviço (1) em que 59,1% dos enfermeiros diz que trabalha mais horas que as contratualizadas, existe uma média de 3 cuidados omissos por enfermeiro e um ambiente de prática desfavorável (2,40). Por oposição no Serviço (2), onde 77,8% dos enfermeiros referiu não ter trabalhado mais horas que as contratualizadas, foi o serviço onde se registrou a média de cuidados omissos mais baixa 2,6 e onde o ambiente de prática foi mais favorável (2,78). O que também foi comprovado ao se observar diferenças estatisticamente significativas ao nível do número total de cuidados omissos quando os enfermeiros fazem mais horas no turno do que as contratualizadas, aumentando o número dos mesmos ($p=0,032$).

A falta de recursos (tempo, profissionais) obriga os enfermeiros segundo o modelo de Kalisch's, a fazer uma gestão de prioridades e decisões relativas aos cuidados que deve ou não fazer, o processo de priorização efetuada irá resultar inevitavelmente nos cuidados que são omitidos (Kalisch, 2016). Na tomada de decisão dentro daquilo que é o contexto de prática, despende tempo com atividades não realizadas com a Enfermagem pode contribuir para o aumento de cuidados omissos (Aiken et al., 2018 *apud* Santos, 2018:71). No nosso estudo verificamos que 23,9% dos enfermeiros realiza de forma frequente cuidados não relacionadas com enfermagem, Ausserhofer et al. (2014) refere que um terço dos enfermeiros a nível europeu o faz. E 39,6% realiza burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de doentes, tendo-se evidenciado a relação que quanto mais frequentemente realizam tarefas não relacionadas com enfermagem e tarefas relativas a burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de doentes, também é maior o de cuidados omissos respetivamente (4,6) e (6,2). Existiu um aumento de cuidados omissos, ainda que não se tenha verificado diferenças estatisticamente significativas, relacionado com as atividades de transporte de doentes e em providenciar materiais, estando ambos associados como causa de omissão de cuidados (Blackman et al., 2014).

Esta situação dever-se-á em parte ao cariz assistencialista da profissão de enfermagem, que perante a não resolução destas problemáticas, os enfermeiros sentir-se-ão impelidos a ser eles próprios veículo de resolução do problema, deixando para segundo plano as suas

atividades. Representa ao mesmo tempo um subaproveitamento das capacidades dos enfermeiros e ineficaz trabalho de equipa (Kalisch et al., 2011b) e levanta a questão até que ponto os enfermeiros se sentem responsáveis pelas atividades indiferenciadas e que as equipas gestoras ao tomarem decisões relativas as dotações dos serviços (recursos humanos e materiais) estão a influir na maneira como os enfermeiros vão priorizar os seus cuidados (Ausserhofer et al., 2014).

A média global de cuidados omitido foi de 2,9 por enfermeiro, inferior ao valor encontrado por Ausserhofer et al. (2014) de 3,6 cuidados, por Aiken et al. (2018) de 3,5 e Ball et al. (2014) 3,65 em unidades cirúrgicas e superior ao encontrado por Santos (2018), 2,77 em unidade médicas do foro oncológico e Cho et al. (2016) 2,7.

Em termos percentuais apenas 22,9% referiu não ter omitido qualquer cuidado, valor próximo de Ball et al.(2014) 24% e Santos (2018) 19,7%. Tendo os restantes 77.1% referido a omissão de cuidados, o que é um valor significativo, na medida que indica que é bastante frequente a omissão de cuidados, condicionando a qualidade e a efetividade dos mesmos e que deve ser motivo de reflexão.

Os cuidados omitidos mais frequentes foram confortar/falar com os doentes 52,1%, elaborar/atualizar os planos de enfermagem 43,8% e educar doentes e familiares 35,4%, similares aos encontrados por Ausserhofer et al. (2014) 52,6%, 41,7%, 40,6% respetivamente e Santos (2018) 40,91%, 39,39%, 37,88%. Em Ball et al. (2014) 66% confortar/falar com os doentes e inverte-se a ordem entre o segundo e terceiro mais frequentes sendo o segundo educar doentes e familiares 52% seguido de elaborar/atualizar os planos de enfermagem 47%, situação idêntica em Cho et al. (2016) 57,1%, 44,1% e 29,7% e Aiken et al. (2018) 65%, 52% e 46%.

Os cuidados que ficaram menos vezes por realizar foram a administração de medicação no horário 8,3% (n=4), tratamentos e procedimentos 2,1% (n=1) e o controlo da dor nunca ficou por realizar 0,0%, sendo os três igualmente menos frequentes em (Ausserhofer et al., 2014) 19,4%, 10%, 9,2%. Verificamos resultados diferentes em Cho et al. (2016) tratamento da dor 9,3%, preparar doentes e família para a alta 8,9% e tratamentos e procedimentos 4,7%, Aiken et al.(2018) e Ball et al. (2014) são sobreponíveis entre si com

preparar doentes e familiares para a alta com 20%, tratamentos e procedimentos 11% e tratamento da dor 7%.

Relativamente aos cuidados omissos mais frequentes, são comuns com os outros estudos (Ausserhofer et al., 2014; Ball et al., 2014; Cho et al., 2016), existindo algumas variações percentuais e na ordem, devendo essas variações ser atribuíveis em termos de percentagem ao fato de estarem distribuídos por outros cuidados e pela priorização feita pelos enfermeiros (Kalisch. , 2016).

Verificamos que os cuidados “confortar/falar com os doentes” e “educar doentes e familiares” apresentam diferenças estatisticamente significativas com o item “Cuidados não relacionados com a enfermagem”, o que representa uma associação em que quantos mais cuidados não relacionados com a enfermagem são feitos, maior o número de vezes que estes cuidados ficam por realizar. O que traduz uma perda da oportunidade de atuação em áreas específicas de enfermagem em função de realizar atividades externas a profissão. O segundo cuidado, está igualmente relacionado com “Burocracias relacionadas com a transferência ou transporte do doente”, quanto mais frequente é o desempenho desta atividade, maior a percentagem de profissionais que deixam este cuidado por realizar e com o “último turno completo – manhã e tarde”, existe uma associação significativa, dado que esta tarefa fica mais frequentemente por realizar quando o turno decorre de manhã ou à tarde, o que traduz uma correspondência natural, na medida que costuma ser efetuado nesse período.

No cuidado elaborar/atualizar os planos de enfermagem detetamos a existência de diferenças estaticamente significativas com os itens “Trabalhar mais horas do que as contratualizadas no último turno” e “Número de doentes que precisam supervisão ou tratamento hora a hora”, o que representa que não foi possível fazer planificação de cuidados quando havia doentes de maior complexidade e quando houve necessidade de estender o horário por incapacidade de resposta. O que compromete a qualidade dos cuidados nos turnos seguintes, pela falta de planificação prévia.

Nos cuidados que foram omitidos menos vezes, a administração de medicação no horário no estudo de (Aiken et al., 2018) (Ball et al., 2014) aparece na quinta posição como menos

frequente e preparar doentes para a alta no nosso estudo está como quarto menos frequente.

A seleção das atividades a realizar parece partir de uma priorização em que os enfermeiros avaliam o risco imediato e o bem estar do doente e escolhem atuar nos cuidados físicos ou nas atividades que requerem ação imediata e que interferem com a segurança do doente, em vez de cuidados psicossociais, de planeamento e educação, pois estes requerem mais tempo e esforço, não tendo efeito imediato a sua omissão, mas representa um impacto negativo na visão das competências do enfermeiro e na experiência de hospitalização do doente (Ausserhofer et al., 2014) (Ball et al., 2014). Deve se ter em conta que a disponibilidade dos enfermeiros, a comunicação e a capacidade de reservar tempo para a comunicação são elementos muito valorizados pelo doente oncológico (Rchaidia et al., 2009). O doente oncológico tem necessidade de verbalizar os seus sentimentos e preocupações por forma a tomar decisões sobre os seus cuidados, a falta destes cuidados pode resultar em pior qualidade de vida e piores resultados em saúde (Kalisch, 2016). Os enfermeiros tendem a focalizar-se nas questões físicas nos cuidados, enquanto os doentes valorizam a questão comportamental (Radwin & Alster, 2002).

Alguns destes cuidados mais priorizados pelos enfermeiros, ao nível de alguns dos serviços são mesmo realizados a 100% como tratamentos e procedimentos no Serviço 1 e 3, vigilância dos doentes no Serviço 2 e posicionamento dos doentes no Serviço 3. O que é um fator a ressaltar uma vez que a omissão destes cuidados está associada a eventos como quedas, úlceras de pressão e aumento percentagem de infeções (Kalisch et al., 2011b). Realçando-se que no Serviço 2, que detém o ambiente mais favorável, é efetuado a 100% uma atividade mais conceptual o planeamento de cuidados.

O cuidado controlo da dor nunca foi omitido o que é um fator relevante por se tratar de uma instituição do foro oncológico, onde o mesmo é uma preocupação natural e transversal entre os profissionais, sendo muito importante para o doente oncológico a capacidade de o enfermeiro o assistir em momentos de desconforto físico ou de dor (Rchaidia et al., 2009). Foi o cuidado menos omitido na maioria dos estudos encontrados, Santos (2018), também refere um valor de 1,52% em contexto de oncologia.

Relativamente a distribuição de cuidados omissos pelo turno efetuado, verifica-se a predominância do turno da manhã com 54,9% dos cuidados omissos a ocorrerem nesse turno, resultados semelhantes ao estudo de Kalisch et al.(2011), compreensível na medida que a maioria dos cuidados são prestados nesse turno. A média de cuidados omissos por enfermeiro no turno da manhã foi de 3.1, no turno da tarde foi de 2.1, e no turno da noite foi de 3.6, resultados inferiores menos no turno da noite aos encontrados por Ball et al. (2014) 4.16 turno da manhã, 4.1 turno da tarde, 3.57 turno da noite e Santos (2018) 3.32 turno da manhã, 3.21 no turno da tarde e 1.53 turno da noite. A média superior de cuidados omissos no turno da noite, coloca a questão se o número de enfermeiros no turno é adequado ao volume de trabalho.

Verificamos que os enfermeiros que indicaram ter um ambiente de prática favorável, praticaram menor omissão de cuidados ($p=0,024$), com uma média para ambiente favorável de 2 cuidados omissos por enfermeiro e de 4 para o ambiente desfavorável. Esta conclusão é corroborada pela correlação estatisticamente significativa (moderada) negativa (valor -0.468 e $p=0.001$), o que significa que quanto mais favorável é o ambiente, menor é o número de cuidados omissos. O estudo realizado por Aiken et al. (2018) registra a mesma tipologia de resultado entre os ambientes de prática e a omissão de cuidados, variando de uma média de 4.2 cuidados nos ambientes desfavoráveis para uma de 3.7 nos ambientes mais favoráveis. Um cuidado omissos é um indicador direto de deficit de qualidade e está diretamente ligado a um evento adverso ou uma má experiência de hospitalização, um melhor ambiente de prática será uma garantia da redução desses eventos e de uma melhor experiência (Ball et al., 2014).

Observamos que o número de cuidados omissos se relacionava com número de doentes que precisam de ajuda em todas as atividades diárias, através de uma correlação positiva, ($\rho=0,311$, $p=0,031$), ainda que seja uma associação baixa, traduz que quanto mais doentes precisam de ajuda em todas as atividades diárias, maior o número de cuidados omissos. A relação entre a complexidade do doente e a ocorrência da omissão de cuidados, é descrita igualmente por Kalisch (2016), sendo referido por Aiken et al. (2018) a necessidade de as dotações serem adaptadas a complexidade da unidade e dos doentes, bem como as suas limitações, referindo a importância de documentos como o Nurse

Staffing Levels, do país de Gales (2016), que faz uma abordagem das dotações com uma orientação mais centrada nos ambientes de prática, qualidade dos cuidados e prevenção do erro e na complexidade dos doentes.

Do ponto de vista da individualização dos cuidados, obtivemos uma média total dos serviços da ICSP-A (perceção das pessoas internadas acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados) de 4,28, superior a Santos (2018) 3.81 a Amaral et al. (2014) 4.03 e Gurdogan et al. (2015) 3.65. O que consideramos positivo na medida que traduz a existencia de uma preocupação por parte dos enfermeiros em individualizar os cuidados e que os doentes estão conscientes do esforço feito pelos profissionais. É igualmente importante na medida que a individualização dos cuidados potencia os resultados dos mesmos e aumenta a motivação e satisfação da equipa de enfermagem (Suhonen et al., 2008)

A sub-dimensão ICSP-A “vida pessoal” com uma média de 3,84 foi a dimensão com valor mais baixo, tendo a sub-dimensão ICSP- A “situação clínica” com média de 4,46 sido a que obteve o valor mais elevado, encontrando-se a sub-dimensão ICSP- A “Poder de decisão” com um valor intermédio de 4,37. Resultados semelhantes aos encontrados por Amaral et al. (2014) e Santos (2018), em termos de seriação das sub-dimensões, ainda que com médias inferiores, nomeadamente “vida pessoal” (3.73) e (3.26), “situação clínica” (4.22) (4.08) e “Poder de decisão” (4.04) (3.86).

Comparativamente entre os serviços, o Serviço (2) foi que teve a ICSP-A Global mais elevada, tendo os valores mais elevados nas sub-dimensões a exceção da sub-dimensão “Vida pessoal”, onde obtém o mesmo valor do Serviço (1), 3,85 de média.

O Serviço (3) foi o que obteve a média ICS-A mais baixa 4,18 (DP=1,03), registrando os valores mais baixos nas sub-dimensões, “Situação clínica” média 4,29 (DP=0,94), “Vida pessoal” média 3,72 (DP=1,43) e a exceção do “Poder de decisão”, que foi mais baixo no Serviço (1) média 4,18 (0,65).

Verifica-se a manutenção do mesmo padrão de priorização em relativamente aos cuidados que já se tinha verificado anteriormente em relação a omissão de cuidados, atribuindo os enfermeiros maior relevo a situação clínica em detrimento das componentes da vida

peçoal. O que está de acordo com os resultados de Suhonen et al. (2011), que na aplicação da escala de individualização dos cuidados aos enfermeiros (ICS-Nurse), verificaram que a componente da vida pessoal era a menos valorizada.

Os resultados da aplicação da ICSP-B (percepção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos) total dos serviços foi de 4,55, valor superior ao verificado por Santos (2018) de 4.40, ao de Gurdogan et al. (2015) de 3.88 e ao de Amaral et al. (2014) de 4.32. Denotando que a prática de enfermagem está vocacionada para a individualização dos cuidados, uma vez que a percepção dos doentes da individualização dos cuidados é elevada, supondo-se que exista uma filosofia institucional que suporta esta prática, provavelmente derivado do fato de se tratar de uma instituição vocacionada para o tratamento de doentes oncológicos. A expectativa que recai sobre os enfermeiros é que sejam capazes de avaliar os doentes dentro da sua individualidade e que os cuidados vão ao encontro da mesma (Gurdogan et al., 2015).

A sub-dimensão mais elevada foi “Poder de decisão” 4,68 e a mais baixa a “Vida pessoal” 4,36 o que diverge do resultado de Amaral et al.(2014) e Santos (2018), na sub-dimensão mais elevada que foi “Situação clínica” com 4.40 e 4.46 respetivamente, mas é similar na mais baixa “Vida pessoal” com 4.11 e 4.32. O que traduz um enfase na oportunidade de decidir sobre os seus cuidados, o que é significativo do ponto de vista da individualização dos cuidados.

Nos serviços, o Serviço (2) obteve também a média global mais elevada, de 4.66, tendo todas as médias das sub-dimensões com os valores mais elevados. O serviço com a média global mais baixa foi o Serviço (1) com média de 4,49 registrando as médias das sub-dimensões mais baixas a exceção da sub-dimensão “Poder de decisão” que foi obtida do Serviço (3) 4,65.

Verificamos que existe uma correlação entre a percepção que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados e a percepção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos ($R= 0,768$ $p=0,001$). O que é significativo na medida que que existe uma tradução real entre aquilo que é a percepção das pessoas e os cuidados prestados, existindo um esforço real para que

sejam prestados cuidados de uma forma individualizada, sendo o respeito pela unicidade do doente uma das características dos enfermeiros que os doentes oncológicos mais valorizam (Rchaidia et al., 2009).

Relativamente a relação entre os ambientes de prática e a perceção da individualização dos cuidados, verificamos a existência de uma correlação positivas, entre a PES-NWI global e a ICSP-B Global, que leva a concluir que quanto maior a escala PES-NWI, maior é o valor da escala ICS-B ($r=0,344$, $p=0,015$), ou seja quando temos ambientes de prática mais favoráveis a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos melhora. O que está de acordo com Papastavrau et al. (2015), que verificou a existência desta relação entre a qualidade do ambiente de prática dos enfermeiros e a individualização dos cuidados, ainda que que tenha realizado o estudo na perspetiva dos enfermeiros relativamente a individualização dos cuidados recorrendo à ICS-Nurse (Wei et al., 2018).

A relação entre o ambiente de prática e a individualização dos cuidados, ficou também evidente através da correlação entre a escala ICS-B global dos doentes com a dimensão 2 da PES-NWI, “fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados”, a correlação é positiva, o que leva a concluir que quanto maior a escala ICS-B, maior é o valor da dimensão 2 ($r=0,521$, $p < 0,001$). Assim verificamos que quando temos uma prática de enfermagem bem fundamentada e suportada pelo ambiente, maior a probabilidade de poder serem prestados cuidados mais individualizados o que representa o contributo e a responsabilidade da enfermagem para a qualidade dos cuidados (Lake, 2002).

Também verificamos que a escala ICS-A global dos doentes, está correlacionada com a dimensão 3 da PES-NWI, “Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros” a correlação é positiva, o que leva a concluir que quanto maior a escala ICS-A, maior é o valor da dimensão 3 ($r=0,416$, $p=0,003$). Um valor elevado nesta dimensão representa que os enfermeiros estão satisfeitos com a sua área de autonomia (Amaral & Ferreira, 2013), podendo desse modo prestar cuidados de uma forma mais individualizada. A revisão sistemática de Wei et al.(2018) aponta igualmente a existencia de uma correlação entre os ambientes de prática e a qualidade dos cuidados, destacando o papel da liderança no ambiente de prática e na qualidade dos cuidados.

A influência do ambiente de prática na omissão de cuidados e na sua individualização, alerta-nos para a necessidade de criarmos ambientes estáveis e favoráveis. O que levou a Associação Americana de Enfermeiras de Cuidados Críticos a definir seis princípios fundamentais para criar um padrão de ambiente saudável, que são: existir competências de comunicação, verdadeira colaboração na equipa, capacidade efetiva de tomada de decisão, dotações adequadas, reconhecimento efetivo dos enfermeiros e verdadeira liderança. Existe igualmente a necessidade de criar estratégias do ponto de vista dos enfermeiros, como o empenho pessoal, resiliência e ser um agente de mudança. Do ponto de vista da liderança ser inspirador, ser proativo e liderar com uma visão. Ao nível da organização clarificar a visão e missão da instituição, criar cultura de inclusão e de cuidados (Wei et al., 2018). A capacidade de envolver o doente e a sua família, bem como o recurso a tecnologia, são para além do trabalho em equipa, liderança efetiva e da mudança da cultura organizacional, uma forma de reduzir a omissão de cuidados (Kalisch, 2016).

LIMITAÇÕES

Consideramos como principal limitação a do nosso estudo, o fato de não ter havido uma adesão de 100% em todos os serviços nas equipas de enfermagem, o que limita a análise dos resultados.

Outros fatores que podem ter condicionado os resultados foram o tamanho da amostra e o contexto específico da instituição de saúde, oncologia. Relativamente ao tamanho da amostra, esse fator pode vir a ser colmatado devido ao fato de ter decorrido de forma simultânea uma investigação similar nas unidades médicas da mesma instituição, ao ser feita a análise global da instituição poderemos aferir com maior exatidão os resultados obtidos, por via de uma amostra maior. No que toca ao contexto de oncologia, seria pertinente ser feito estudo entre diferentes instituições prestadoras de cuidados de natureza oncológica, para aferir diferenças que existam entre si e posteriormente com de instituições de natureza não oncológica para verificar a existência de possíveis diferenças associadas há existência de filosofias de cuidados diferentes.

Relativamente aos cuidados omissos, foram assinalados de uma lista pré-estabelecida, não resultando de uma pergunta aberta, o que pode ter deixado de fora alguns cuidados ou ter aumentado a percentagem de não omissão de cuidados. A realização de um estudo qualitativo, poderia ser uma forma de complemento para validar informações pelo recurso a entrevista, bem como obter informações mais detalhadas do contexto da prática.

Foram utilizadas ferramentas para validar a estrutura, processo, resultando a omissão de cuidados na não produção do resultado pretendido e no prejuízo para o doente, teria sido útil utilizar uma ferramenta que nos permitisse a verificar a influência dos ambientes ao nível dos resultados, como por exemplo o nível de conhecimentos na alta.

CONCLUSÃO

A melhoria dos ambientes de prática constitui uma estratégia de baixo custo para aumentar a satisfação do utente, a qualidade e a segurança dos cuidados e, conseqüentemente, o valor da enfermagem (Aiken et al., 2012). Verificamos que existe influência dos ambientes de prática na omissão de cuidados enfermagem e na individualização de cuidados.

Encontramos globalmente um ambiente de prática favorável, ainda que com uma média inferior ao contexto internacional, existindo discrepância entre os serviços, principalmente entre dois deles, com tradução do ponto de vista estatístico, coexistindo realidades diferentes dentro da mesma instituição, o que deve ser motivo de reflexão dentro da instituição.

As médias mais baixas reportadas pelos enfermeiros relativamente ao ambiente de prática dizem respeito à adequação dos recursos humanos e materiais e à participação nas políticas hospitalares, denotando necessidade que seja revista a carga laboral que incide sob os mesmos, melhorando dotações e atendendo nas distribuições ao número de doentes distribuídos e a sua complexidade, melhorando simultaneamente o trabalho em equipa com os assistentes operacionais. É igualmente importante, melhorar o envolvimento dos enfermeiros com a organização e nas tomadas de decisão institucionais.

Registamos médias positivas na capacidade de gestão, liderança e apoio aos enfermeiros, relação colegial entre médicos e enfermeiros e fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados. Do ponto de vista da gestão há a salientar as assimetrias encontradas, sendo um fator importante a ter em conta dado o seu contributo no desenvolvimento das equipas. Relacionalmente existe um ambiente positivo o que melhora o desempenho de médicos e enfermeiros e nos cuidados existe um sentimento de satisfação com o trabalho desenvolvido e com o grau de autonomia existente.

Quanto a eficiência, nos ambientes mais favoráveis não houve necessidade de trabalhar mais horas que as contratualizadas e houve menor omissão de cuidados, verificando-se que quando se trabalhou mais horas que as contratualizadas houve maior número de cuidados omissos. O que traduz um volume excessivo de trabalho e ao mesmo tempo nos reporta para o fato de a omissão de cuidados aumentar quando são efetuadas atividades

não relacionadas com a enfermagem, denotando a necessidade de rever os processos funcionais dentro dos serviços.

Os cuidados omitidos de uma forma mais frequente são confortar/falar com os doentes, elaborar/atualizar planos cuidados de enfermagem e educar doentes e familiares, vinculativos da profissão e cuja omissão gera um impacto negativo na mesma, na medida que a expectativa dos doentes recai maioritariamente sobre eles. Existe uma priorização dos enfermeiros que recai sobretudo sobre os cuidados físicos ou que ponham em risco a vida dos doentes de uma forma mais direta.

Um elemento importante que o estudo aponta é a não omissão de cuidados com a dor, o que é relevante numa instituição de cariz oncológico.

A média de omissão de cuidados aumentam quando o ambiente é desfavorável, quando os doentes são mais complexos e no turno da noite, elementos que merecem reflexão e necessidade de criar estratégias para a sua resolução.

Quanto à individualização dos cuidados, existe um esforço para que os cuidados sejam prestados de forma individualizada, que é reconhecido pelos doentes, resultando provavelmente de uma filosofia institucional, realçando-se o poder de decisão sobre os cuidados existente.

A perceção dos doentes sobre a individualização dos cuidados melhora nos ambientes mais favoráveis e verifica-se a existência de uma relação entre os fundamentos da enfermagem e a perceção das pessoas sobre a individualização dos cuidados e entre a individualização dos cuidados e o apoio à prática de enfermagem.

É fundamental implementar estratégias para criar ambientes de prática mais favoráveis.

Esta investigação decorreu de forma paralela com outra, nos serviços de especialidade médica do mesmo hospital, utilizando a mesma metodologia. Com a junção das investigações obter-se-á uma visão global de toda a instituição. Estas duas investigações estão alinhadas com o consórcio RN4Cast, assim como a metodologia utilizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M. J. (2012). *Qualidade e satisfação: opinião dos utilizadores de serviços de saúde hospitalares*. Coimbra. Obtido de <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/20506>
- Aiken, L. H. (2008). Economics of nursing. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 2(9), pp. 73-79.
- Aiken, L. H., Cerón, C., Simonetti, M., Lake, E. T., Alejandra Galiano, M. R., Ceron, C., . . . Smith, H. L. (Maio-Junho de 2018). Hospital Nurse Staffing and patient outcomes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29, pp. 322-327. Obtido em 22 de 08 de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-medica-clinica-las-condes>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (Outubro de 2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. *Journal of American Medical Association*(288), pp. 1987-1993. Obtido em 22 de 08 de 2018, de <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/195438>
- Aiken, L. H., Sermeus, W., M.Sloane, D. V., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., & al, e. (20 de Março de 2012). Patientsafety, satisfaction, and quality of hospitalcare: crosssectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, pp. 1-14. doi::10.1136
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Ball, J., & Bruyneel, L. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observacional study. *British Medical Journal*, pp. 2-8. doi:doi:10.1136/bmjopen-2017-019189
- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe for the RN4CAST Consortium. *International Journal of Nursing Studies*(50), pp. 143-153.
- Aiken, L. M., Burmeister, E., Clayton, S., Dalais, C., & Gardner, G. (2011). The impact of nursing rounds on the practice environment and nurse satisfaction in intensive care: Comparative Study. *International Journal of nursing Studies*(48), pp. 918-925.

- Aiken, L., & Patrician, P. (Maio-Junho de 2000). Measuring Organizational Traits of Hospitals: The Revised Nursing Working Index. *Nursing Research*(49), pp. 146-153. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/00006199-200005000-00006>
- Amaral, A. (Fevereiro de 2010). A efetividade dos cuidados de enfermagem modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 96-105.
- Amaral, A. F. (2012). O Valor da Enfermagem. (U. d. Coimbra, Ed.) *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*(1).
- Amaral, A. F. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem: Qualidade e Efetividade*. Tese Doutoramento, Universidade Coimbra, Faculdade de Economia, Coimbra.
- Amaral, A. F., & Ferreira, P. L. (novembro de 2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 66-74.
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., & Lake, E. (Setembro-Dezembro de 2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PESNWI)for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), pp. 280-288.
- Amaral, A. F., Ferreira, P. L., & Suhonen, R. (Janeiro-Abril de 2014). Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), pp. 90-101.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T., & Cardoso, M. (2013). A percepção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 75-78.
- Amendoeira, J., & Ferreira, M. R. (2014). Estudo de adaptação e validação da escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem para a realidade Portuguesa. *Revista Escola Enfermagem USP*, 4(48), pp. 690-697.
- Andrade, C. (2016). *Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem – Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Tese Mestrado, Escola Superior de Enfermagem Lisboa, Lisboa. Obtido em 03 de 09 de 2018

- António, N. S., Rosa, Á., & Teixeira, A. (2016). *Gestão da Qualidade : De Deming ao modelo de excelência da EFQM* (2ª ed.). LISBOA, Portugal: Edições Silabo.
- Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality, 1*(24), pp. 55-62.
- Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Marie Rafferty, A., . . . Lindqvist, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ*(23), pp. 126-135.
- Ball, J., Murrells, T., & Rafferty, A. (2014). Care Left undone during nursing shifts. *BMJ Qual Sta*(25), pp. 116-125.
- Berwick, D. M. (16 de abril de 2003). Disseminating Innovations in Health Care. *Journal of the American Medical Association, 289*(15), pp. 1969-1975. Obtido em 03 de 07 de 2018
- Bittner, N., Gravlin, G., Hansten, R., & Kalisch, B. (2011). Unraveling Care Omissions. *Journal of Nursing Administration, 12*(41), pp. 510-512.
- Blackman, I., Henderson, J., Willis, E., Hamilton, P., Toffoli, L., & Verrall, C. (2014). Factors influencing why nursing care is missed. *Journal of Nursing Care*(24), pp. 47-56.
- Brandrud, A., Sheiner, A., & Hjortdahl, P. (2011). Three success factors for continual improvement in health care: an analysis of the reports of improvement team members. *Quality Safe Health Care, 20*, pp. 251-259. Obtido em 7 de 7 de 2018
- Campos, A. C., & Simões, J. (2011). *O percurso da saúde: Portugal na Europa*. (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Almedina.
- Cantiello, J., Kisanas, P., Moncada, S., & Abdul, S. (6 de Janeiro de 2016). The evolution of quality improvement in healthcare: Patient-centered care and health information technology applications. *Journal of Hospital Administration, 5*(2), pp. 62-67. Obtido em 03 de 04 de 2018, de www.sciedupress.com/jha

Carrapeto, C., & Fonseca, F. (2006). *Administração Pública: Modernização, Qualidade e Inovação* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.

Castilho, A., Pereira, P., & Martins, M. (Agosto de 2016). Cuidados de enfermagem e eventos adversos. *Revista Ibero-Americana de Salud Y Envejecimento*, 2(2), pp. 605-623.

Center, A. N. (2018). *nursingworld*. Obtido em 10 de 09 de 2018, de <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>

Charalambous, A., J., K., M., V., Leino-Kilpi, H., & Suhonen, R. (2010). Individualised care and the professional practice environment: nurses' perceptions. *International Nursing Review*(57), pp. 500-507.

Chassin, M., & Galvin, R. (16 de Fevereiro de 1998). The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. *JAMA*(280), pp. 1000-1005.

Chaudhry, B., J, W., SY, W., M, M., W, M., E, R., . . . PG., S. (16 de Maio de 2006). Systematic review: impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*, 10(144), pp. 742-752.

CHKS. (2018). *CHKS helping to improve* . Obtido em 3 de 7 de 2018, de CHKS helping to improve : <http://www.chks.co.uk/CHKS-Standards-2018>

CHKS. (2019). *CHKS helping to improve quality and outcomes*. Obtido em 28 de 04 de 2019, de <http://www.chks.co.uk>

Cho, E., Lee, N.-J., Kim, E.-Y., Kim, S., Lee, K., Park, K.-O., & Sung, Y. H. (2016). Nurse staffing level and overtime associated With patient safety, quality of care and care left undone in hospitals. *International Journal of Nursing Studies*(60), pp. 263-271.

Choi, J., & Boyle, D. K. (2014). Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: descriptive study. *International Journal of Nursing Studies*(51), pp. 1441-1449.

- Cohen-Mansfield, J., & Parpura-Gill, A. (Abril de 2008). Practice style in the nursing home: dimensions for assessment and quality improvement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*,(23), pp. 376-386.
- Coomber, B., & Barribal, K. L. (Fevereiro de 2007). Impact of job satisfaction components on intention to leave and turn-over for hospital based nurses. A review of literature. *International journal of nursing studies*, 2(44), pp. 297-314.
- Corley, M., Minick, P., & Elswick, R. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 4(12), pp. 381-390.
- Crosby, P. B. (Dezembro de 2005). Crosby's 14 Steps. (ASQ, Ed.) *Quality Progress*, pp. 60-64. Obtido em 12 de 05 de 2018, de <http://asq.org/qualityprogress/>
- Cummings, G. G., Tatea, K., Lee, S., Wong, C. A., Paananen, T., Micarone, S. P., & Chatterjee, G. E. (Abril de 2018). Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work. *International Journal of Nursing Studies*(85), pp. 19-60.
- Dawoud, D., & Jill, M. (2008). *Nursing in Society*. King's College London, National Nursing Research Unit, Londres. Obtido em 01 de 08 de 2018, de <http://www.kcl.ac.uk/schools/nursing/nnru>
- De Jonge, V., Nicolas, J., Leerdam, M. E., & J. Kuipers, E. (junho de 2011). Overview of the quality assurance movement in health care. (E. Kuipers, Ed.) *Best practice and research clinical gastroenterology*, 25, pp. 337-347. Obtido em 20 de 03 de 2018
- DeCola, P., & Riggins, P. (12 de Agosto de 2010). Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*(57), pp. 335-342.
- Donabedian, A. (Setembro de 1988). The Quality of Care How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), pp. 1743-1748.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care* (1ª ed.). Nova Iorque: Oxford University Press.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 691-729. doi:doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

Doran, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doige, D. (Abril de 2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advance Nursing*, 38, pp. 29-39.

Drucker, P. F. (2002). *Managing in the Next Society* (1ª ed.). Nova York: Truman Talley Books. Obtido em 26 de 06 de 2018

EFQM. (2013). *Overview of the Excellence Model of EFQM* (1ª ed.). Bruxelas, Bélgica: EFQM. Obtido em 06 de 06 de 2018, de http://www.efqm.org/sites/default/files/overview_efqm_2013_v1.pdf

Elliott, R., Mckinley, S., & Cistuly, P. (Março de 2011). The quality and duration of sleep in the intensive care setting, an integrative review. *International journal of nursing studies*, 3(48), pp. 383-400.

EOHSP, W. E. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union : a case for action*. EOHSP, Observatory Studies. Cornwall: MPG Books Ltd,. Obtido em 06 de 06 de 2018, de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf

Er, F., & Sökmen, S. (Abril de 2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *International Journal of Nursing Sciences*, 5, pp. 206-212. Obtido em 22 de 08 de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013217301904?via%3Dihub>

Fernandes, W. A. (2011). *O Movimento da Qualidade no Brazil* (Primeira ed.). São Paulo: Essential Idea Publishing.

Ferreira, M. R., & Amendoeira, J. (08 de 2014). Estudo de adaptação e validação da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), pp. 690-697. Obtido em 22 de 08 de 2018

Ferreira, R., & Amendoeira, J. (2015). Resultados sensíveis em enfermagem. Ensaio: modelo de avaliação da qualidade dos cuidados. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 3(5), pp. 396-405.

Fortin, M.-F. (2009). *O processo de Investigação* (5ª ed.). Loures: Lusociencia.

- Gabriel, A., Erickson, R., Moran, C., Diefendorff, J., & Bromley, G. (2013). A Multilevel Analysis of the effects of the Practice Environment Scale of Nursing Work Index on Nurse Outcomes. *Research in Nursing and Health*(36), pp. 567-581.
- Gageiro, J. N., & Pestana, M. H. (2008). *Análise de dados para ciências sociais- A complementariedade do spss* (5ª ed.). Lisboa: Edições Silabo.
- Garvin, D. A. (1992). *Gerenciando A Qualidade - A Visao Estrategica E Competitiva*. (J. F. SOUZA., Trad.) Qualitymark.
- Gea-Caballero, V. C.-S.-V., Díaz-Herrera, M. A., Miguel-Montoya, I., & Martinez-Riera, J. R. (24 de Novembro de 2017). Essentials elements of professional nursing environments in Primary Care and their influence on the quality of care. *Enfermería Clínica*(28), pp. 27-35.
- Gikopoulou, D., Tsironi, M., Lazakidou, A., Moisoglou, I., & Prezerakos, P. (Janeiro-Abril de 2014). The Assessment Of Nurses' Work Environment: The Case of a Greek General Hospital. *International Journal of Caring Sciences*, 7.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. (C. Henriques, Ed.) *Cadernos BAD*, pp. 7- 18.
- Griffiths, P., Dall'Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Raferty, A.-M., . . . Aiken, L. (Novembro de 2014). Nurses' Shift Length and Overtime Working in 12 European Countries. *Medical Care*, 52(11), pp. 975-981.
- Gurdogan, E. P., Findik, U. Y., & Arslan, B. K. (Maio-Agosto de 2015). Patients' Perception of Individualized Care and Satisfaction with Nursing Care Levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 8, pp. 369-375.
- Hayward, R., Asch, S., Hogan, M., Hofer, T., & Kerr, E. (Agosto de 2005). Sins of omission: Getting too little medical care may be the greatest threat to patient safety. *Journal of General Internal Medicine*.
- Hosford, S. (2008). Hospital Pogression in Reducing Error: The impact of External Intervation. *Hospital Topics*(86), pp. 9-20. doi:10.3200/HTPS.86.1.9-20.

- Houser, J. (Janeiro de 2003). A Model for Evaluating the Context of Nursing Care Delivery. *The Journal of Nursing Administration*., 33, pp. 39-47. Obtido em 10 de 08 de 2018
- Hulley, B., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2013). *Designing Clinical Research* (4 ed.). (R. Gaertner, Ed.) Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business.
- IoM. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance* (Vol. I). (K. N. Lohr, Ed.) Washington D.C. : Institute of Medicine.
- IoM. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- IoM. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: The National Academies. doi://doi.org/10.17226/10027
- IPQ. (12 de Dezembro de 2015). <http://www1.ipq.pt>. Obtido em 2 de 04 de 2018, de <http://www1.ipq.pt>
- Irvine, D. M., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (Março/Abril de 1998). Linking Outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16(2), pp. 449-453.
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), pp. 29-39.
- Ishikawa, K. (1985). *What is total Quality control? The Japanese Way*. Michigan: Prentice-Hall.
- ISO. (2018). *International Organization for Standardization*. Obtido em 2 de Abril de 2018, de <https://www.iso.org/the-iso-story.html>
- JCI. (2014). *Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais* (5ª edição ed.). Illinois, EUA.
- Jesus, E., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação Em Enfermagem*., pp. 26-44.

- Kalisch, B. J. (Outubro-Dezembro de 2006). Missed Nursing Care: A Qualitative Study. *JOURNAL OF NURSING CARE QUALITY*, 21(4), pp. 306-313.
- Kalisch, B. J. (2016). *Errors of Omission* (1ª ed.). Maryland: ANA.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*, 7(65), pp. 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x
- Kalisch, B., & Xie, B. (2014). Errors of omission: missed nursing care. *West Journal Nursing Reserch*(36), pp. 875-890.
- Kalisch, B., Friese, C. R., Choi, S. H., & Rochman, M. (Agosto de 2011). Hospital Nurse Staffing: Choice of Measure Matters. *Med Care*, 8(49), pp. 775-779.
- Kalisch, B., Landstrom, G., & R., W. (Janeiro-Fevereiro de 2009). Missed Nursing Care: Errors of Omission. *Nurs Outlook*, 1(57), pp. 3-9. Obtido em 10 de 10 de 2018
- Kalisch, B., Tschannen, D., Lee, H., & Friese, C. (2011). Hospital Variation in Missed Nursing Care. *AM J Med Qual*, 4(26), pp. 291-299.
- Kalisch, B., Tschannen, D., Lee, H., & R.Friese, C. (2011b). Hospital Variation in Mised Nursing Care. *Am J Med Qual*, 4(26), pp. 291-299. doi:10.1177/1062860610395929.
- Kalisch, J. (2016). *Errors of Omission* (1ª ed.). maryland: American Nurses Association.
- Laal, M. (9 de Julho de 2013). Inpatients' perspective on nursing care affecting factors. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 84, pp. 243-247.
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health*(25), pp. 176-188.
- Lake, E., & Friese, C. (Janeiro/Fevereiro de 2006). Variations in Nursing Practice Environments Relation to Staffing and Hospital Characteristics. *Nursing Reserch*, 55, pp. 1-9.
- Lake, T. E. (2007). The Nursing Praticce Environment. *Medical Care Research and Review*, 64(104), pp. 104-122.

- Liu, L., Lee, S., Chia, P., Chi, S., & Yin, Y. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse sensitive patient safety outcomes indicators. *Journal of Nursing Research*, 4(20), pp. 300-309.
- Lucero, R., Lake, E., & Aiken, L. (Novembro de 2009). Variations in nursing care quality across hospitals. *Journal of advance nursing*, pp. 2299-2310. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05090.x
- Machado, N. d. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Um Modelo de Melhoria Contínua Baseado na Reflexão-Ação*. UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa.
- Manojlovich, M. (Junho de 2005). Linking the Practice Environment to Nurses' Job Satisfaction Through Nurse-Physician Communication. *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 37, pp. 367-373.
- Manyisa, Z., & Van Aswegen, E. (2017). Factors affecting working conditions in public hospitals. A literature review. *International Journal of nursing sciences*, 6, pp. 28-38.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (31 de Maio de 2011). "An Exploration of Person-Centredness in Practice. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2). doi:10.3912/OJIN.Vol16No02Man01
- McCloskey, J., & Bulechek, G. (2000). Nursing Interventions Classification.
- Mendes, V. d. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Obtido em 20 de 05 de 2018
- Moorer, O. W., Meterko, M., Alt-White, A., & Sullivan, J. (2010). Adding a Nursing Information Technology Subscale to the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing and Health*(33), pp. 48-59.

- Morgan, S., & H Yoder, L. (Julho de 2011). A Concept Analysis of Person-Centered Care. *Journal of holistic nursing : official journal of the American Holistic Nurses' Association.*, XX(10), pp. 1-9. doi:10.1177/0898010111412189.
- Neyestani, B. (4 de Março de 2017). "Principles and Contributions of Total Quality Mangement (TQM). *Zenodo*, pp. 1-18. doi:<https://doi.org/10.5281/zenodo.345428>
- O´Daniel, M., & Rosenstein, A. (2008). Professional communication anda team colaboration. *Patient Safety and quality: An evidence based Handbook for nurses*.
- OE. (Agosto de 2012). *ordemdosenfermeiros*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Obtido em 01 de 08 de 2018, de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- OE. (10 de 03 de 2015). *www.ordemenfermeiros.pt*. Obtido em 11 de 09 de 2018, de www.ordemenfermeiros.pt
- OE. (10 de 09 de 2018). *www.ordemenfermeiros.pt*. Obtido em 10 de 09 de 2018, de [/www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/conselho-internacional-de-enfermagem-da-razão-à-ordem-sobre-dotações-seguras/](http://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/conselho-internacional-de-enfermagem-da-razao-a-ordem-sobre-dotacoes-seguras/)
- Olds, D. M., Aiken, L. H., & Cimiotti, J. L. (2017). Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*(74), pp. 155-161.
- OMS. (Janeiro de 2009). *WHO*. Obtido em 18 de 09 de 2018, de WHO: http://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
- OPSS. (2006). *Um Ano de Governação em Saúde: Sentidos e Significados*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Obtido em 05 de 07 de 2018, de <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2006>

- Pan, X., Su, P., & Wang, J. M. (2017). Psychological capital mediates the association between nurses practice environment and work engagement among chinese male nurses. *International Journal of Nursing Sciences*(4), pp. 378-383.
- Pande, P., Neuman, R., & Cavanagh, R. (2000). *“The Six Sigma Way: How GE, Motorola and Other Top Companies are Honing their Performance”*,. Nova York: McGraw-Hill Professional.
- Papastavrou, E., Acaroglu, R., Sendi, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E., . . . Suhonen, R. (2015). The relationship between individualized care and the practice environment: An international study. *International Journal of Nursing Studies*(52), pp. 121-133.
- Pawlson G, S. P. (2008). *Accreditation: its role in driving accountability in healthcare*. (2ª ed.). (J. M. In: Ransom ER, Ed.) Chicago, EUA: Health Administration Press,.
- Pires, A. R. (2004). *Qualidade Sistemas de Gestão da Qualidade* (3ª ed.). Portugal: Sílabo.
- Pisco, L., & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 43-51.
- Priberam, D. (2013). Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Lisboa: Priberam. Obtido de <http://www.priberam.pt/dlpo/qualidade>
- Radwin, L., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*(49), pp. 59-63.
- Radwin, L., & Alster, K. (2002). Individualized nursing care: an empirically generated definition. *International Nursing Review*(49), pp. 54-63.
- Rchaidia, L., Dierckx de Casterlé, B., De Blaeser, L., & Gastmans, C. (2009). Cancer Patients' Perceptions of the Good Nurse:a literature review. *Nursing Ethics*, 5(16), pp. 529-542.
- Reason, J. (18 de Março de 2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, pp. 768-770. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1117770/pdf/768.pdf>

- Ribeiro, O., Carvalho, F., L.M.M, F., & P.J.M, F. (Novembro de 2008). Qualidade Cuidados Saúde. (M. Cunha, Ed.) *Millenium Journal of Education Technologies and Health*(nº13), pp. 1-18.
- Ribeiro, O., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (Julho/Agosto/Setembro de 2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em hospitais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência, IV*(14), pp. 89-100. doi:doi.org/10.12707/RIV16086
- Santos, F. M. (2018). *Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Saturno, P., Campos, L., & Carneiro., A. V. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-2016*. Lisboa: Faculdade Medicina de Lisboa.
- Schmidt, L. (Novembro de 2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing, 44*(4), pp. 393-399.
- Sheingold, B. H., & Hahn, J. A. (2014). The history of healthcare quality: the first 100 years 1890-1960. (H. Kloper, Ed.) *International Journal of Africa Nursing Sciences, 1*, pp. 18-22. Obtido em 28 de 01 de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-africa-nursing-sciences/vol/1/suppl/C>
- Sidani, S., Doran, D. M., & Mitchell, P. H. (2004). A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship, 37*(1), pp. 60-65.
- Slack, N., Chambers, S., & Johnston, R. (2002). *Admnistração da Produção* (2ª ed.). São Paulo: Atlas SA.
- Smith, L., Burke, J., Sveinsdóttir, H., Willman, & A. (2008). Medication errors and hospital-acquired infections. (P. s. Europe, Ed.) *Medical Care*.
- Suhonen, R., E., P., G., E., C., L., Kalafatim., M.D.A., d. L., . . . H., L.-K. (2011). Nurses' perceptions of individualized care: an international comparison. *Journal of Advance Nursing, 9*(67), pp. 1895-1907.

- Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., . . . A., M. (2011). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(26), pp. 372-380.
- Suhonen, R., Valimaki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 7(17), pp. 843-860.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualised nursing care: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*(46), pp. 1637-1649.
- Suhonen, R., Valimaki, M., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2004). Testing the individualized care model. *Scand Journal of Caring Sciences*, pp. 27-36.
- Suhonen, R., Valmaki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*(17), pp. 843-860.
- Swiger, P., Patrician, P., Miltner, B., Raju, D., Breckenridge-Sproat, S., & Loan, L. (2017). The Practice Environment Scale of the Nursing Work Index: An updated review and recommendations for use. *International Journal of Nursing Studies*(74), pp. 76-84.
- Távora, K. F. (2009). *Aplicação da Metodologia Seis Sigma no Processo de Corte de uma Indústria Produtora de Capas para Bancos de Automóvel*. Universidade do Porto, Faculdade de Economia. Porto: FACULDADE DE ECONOMIA DO PORTO. Obtido em Abril de 2018
- Unruh, L., & Zhang, N. J. (Maio de 2013). The role of Work environment in keeping newly licensed RNs in nursing. *Iternational journal of nursing studies*(9).
- Vahey, D., Aiken, L., Sloane, D., Clarke, S., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care*(42), pp. 57-66. Obtido em 28 de 08 de 2018, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904602/>
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nursing reported outcomes in Belgian Hospitals. *International Journal of Nursing Studies*(46), pp. 55-65. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.07.009

VanBogaert, P., Heusden, D., Timmermans, O., & Franck, E. (13 de Novembro de 2014). Nursework engagement impacts job outcome and nurse-assessed quality of care: model testing with nurse practice environment and nurse work characteristics as predictors. *Frontiers in Psychology*, 5, pp. 1-11. Obtido em 20 de 08 de 2018, de <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2014.01261/full>

Wales, N. A. (21 de Março de 2016). *National Assembly for Wales*. Obtido em 01 de 05 de 2019, de <http://legislation.data.gov.uk/anaw/2016/5/data.htm?wrap=true>

Warshawsky, N., & Havens, D. (2011). Global use of the practice environment scale of the nursing work index. *Nursing research*, 1(60), pp. 17-31. doi:10.1097/NNR.0b013e3181ffa79c

Watson, G. H. (Novembro de 2005). Feigenbaum's Enduring Influence. *Quality Progress*. ASQ . Obtido em 2 de 3 de 2018, de <https://asq.org/>

Wei, H., Sewell, K. A., Woody, G., & Rose, M. A. (2018). The state of the science of nurse Work environments in the United States: A systematic review. *International Journal of Nursing Sciences*(5), pp. 287-300.

WHO. (2006). *who*. Obtido em 02 de 05 de 2018, de http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf.

Wood, V. (2008). *Nurses in Society: starting the debate. Oral evidence gathering*. National Nursing Research Unit , National Nursing Research Unit . Of Lala & Wood Market Research Consultants .

APÊNDICES

APÊNDICE 1- Questionário para os doentes

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Género:

- Masculino
 Feminino

código__

Idade: _____anos

Qual a escolaridade mais elevada que frequentou?

- Até a 4º ano de escolaridade
 Entre o 5º e o 9º ano de escolaridade
 Entre o 10º e o 12º ano de escolaridade
 Ensino superior

É a primeira vez que se encontra internado(a)?

- Sim
 Não

Qual foi o serviço em que esteve internado(a)?

- Cirurgia Geral
 Cirurgia de Cabeça e Pescoço/Urologia
 Ginecologia

Relativamente a este período de internamento, quantos dias esteve internado(a)?
_____dias

O questionário continua. Vire a página por favor.

INDIVIDUALIZED CARE SCALE – PATIENTS

As afirmações seguintes referem-se aos **cuidados prestados pelos enfermeiros** durante esta hospitalização. Por favor responda a cada afirmação desenhando um círculo à volta da opção que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

Legenda:		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
A1	Os enfermeiros têm falado comigo sobre os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença.	1	2	3	4	5
A2	Os enfermeiros têm falado comigo sobre as minhas necessidades que exigem cuidados e atenção.	1	2	3	4	5
A3	Os enfermeiros têm-me dado a oportunidade de assumir a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
A4	Os enfermeiros têm identificado alterações na forma como me tenho sentido.	1	2	3	4	5
A5	Os enfermeiros têm falado comigo sobre os meus medos e ansiedades.	1	2	3	4	5
A6	Os enfermeiros têm-se esforçado para compreender de que forma é que a doença me tem afetado.	1	2	3	4	5
A7	Os enfermeiros têm falado comigo sobre o significado que a doença tem para mim.	1	2	3	4	5
A8	Os enfermeiros têm-me perguntado sobre o tipo de coisas que faço no meu dia-a-dia fora do hospital (trabalho, atividades de lazer).	1	2	3	4	5
A9	Os enfermeiros têm-me perguntado sobre as minhas experiências anteriores de hospitalização.	1	2	3	4	5
A10	Os enfermeiros têm-me perguntado sobre os meus hábitos diários (ex.: higiene pessoal).	1	2	3	4	5
A11	Os enfermeiros têm-me perguntado sobre se quero que a minha família participe nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A12	Os enfermeiros têm-me certificado de que entendi as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
A13	Os enfermeiros têm-me perguntado aquilo que quero saber sobre a minha doença.	1	2	3	4	5
A14	Os enfermeiros têm tido em conta os meus desejos pessoais relativos aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A15	Os enfermeiros têm-me ajudado a participar nas decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
A16	Os enfermeiros têm-me ajudado a expressar as minhas opiniões sobre os meus cuidados.	1	2	3	4	5
A17	Os enfermeiros têm-me perguntado a que horas prefiro tomar banho.	1	2	3	4	5

O questionário continua. Vire a página por favor.

As afirmações seguintes referem-se às suas **experiências durante esta hospitalização**. Por favor responda a cada afirmação desenhando um círculo à volta da alternativa que melhor descreve a sua opinião ou experiência.

Legenda:		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1 –	Discordo totalmente					
2 –	Discordo parcialmente					
3 –	Nem concordo, nem discordo					
4 –	Concordo parcialmente					
5 –	Concordo totalmente					
B1	Os sentimentos que tenho tido em relação à minha doença têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B2	As minhas necessidades que exigem cuidados e atenção têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B3	Tenho assumido a responsabilidade pelos meus cuidados dentro das minhas capacidades.	1	2	3	4	5
B4	As mudanças na forma como me tenho sentido têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B5	Todos os meus medos e ansiedades têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B6	A forma como a doença me tem afetado tem sido tida em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B7	O significado que a doença tem para mim tem sido tido em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B8	As minhas atividades diárias (ex.: trabalho, atividades de lazer) têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B9	As minhas experiências anteriores de hospitalização têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B10	Os meus hábitos diários têm sido tidos em conta durante a minha hospitalização (ex.: higiene pessoal).	1	2	3	4	5
B11	A minha família tem participado nos meus cuidados quando assim desejo.	1	2	3	4	5
B12	Tenho seguido as indicações que tenho recebido no hospital.	1	2	3	4	5
B13	Tenho recebido informação suficiente sobre a minha doença por parte dos enfermeiros.	1	2	3	4	5
B14	Os desejos que tenho expressado têm sido tidos em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B15	Tenho participado na tomada de decisões relativas aos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B16	As opiniões que tenho expressado têm sido tidas em conta nos meus cuidados.	1	2	3	4	5
B17	Tenho tomado as minhas próprias decisões sobre quando tomar banho.	1	2	3	4	5

Fonte: Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individualized Care Scale. *Journal Of Evaluation In Clinical Practice*, 11(1), 7-20. Versão traduzida e validada para a população portuguesa: Amaral, A. S., Ferreira, P. L., & Suhonen, R. (2014). Translation and Validation of the Individualized Care Scale. *International Journal Of Caring Sciences*, 7(1), 90-101.

O questionário terminou. Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICE 2 - Questionário para os profissionais

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Género:

código__

Masculino

Feminino

Idade: anos

Habilitações académicas:

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

É detentor do título “Enfermeiro Especialista” atribuído pela Ordem dos Enfermeiros?

Sim

Não

Há quantos anos é enfermeiro? anos.

Atualmente, em que serviço exerce as suas funções?

Cirurgia Geral

Ginecologia

Cirurgia Cabeça e Pescoço

Há quantos anos é enfermeiro no atual serviço? anos.

IMPORTANTE:

No questionário “THE PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX” irá encontrar a palavra “supervisores”. Entenda “supervisores” como todos os profissionais que supervisionam os seus cuidados (chefes, auditores, diretores ou comissões hospitalares). As questões referem-se às opiniões e crenças gerais dos enfermeiros, pelo que não há respostas corretas ou incorretas.

O questionário continua. Por favor vire a página.

THE PRACTICE ENVIRONMENT SCALE OF THE NURSING WORK INDEX

Por favor indique, com uma cruz, o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas relativamente à presença desse aspeto no seu local de trabalho atual.

		Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1	Existem serviços de apoio adequados que me permitem passar tempo com os meus doentes.				
2	Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.				
3	A equipa de supervisores apoia os enfermeiros.				
4	Existem programas de desenvolvimento ativo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.				
5	Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.				
6	Existem oportunidades para os enfermeiros participarem nas decisões de política interna.				
7	Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não como crítica.				
8	Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.				
9	Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.				
10	Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.				
11	O diretor de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.				
12	Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.				
13	Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.				
14	A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.				
15	A direção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.				
16	Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.				
17	São proporcionadas oportunidades de promoção.				
18	Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.				
19	Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.				
20	O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.				
21	A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.				
22	Existe um programa ativo de garantia da qualidade.				
23	Os enfermeiros estão envolvidos na gestão interna do hospital (ex.: comissões de práticas e de política).				
24	Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.				
25	Existe um programa de integração com um orientador para enfermeiros recém-contratados.				
26	Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.				
27	Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.				
28	Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.				
29	Há planos de cuidados de enfermagem escritos e atualizados para todos os doentes.				
30	A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.				
31	Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.				

Fonte: Lake, E. T. (2002). Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index. *Research In Nursing & Health*, 25(3), 176-188. Versão traduzida e validada para a população portuguesa: António Fernando Salgueiro Amaral, A; Ferreira, P; Lake, E. T. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280-288.

O questionário continua. Por favor vire a página.

CUIDADOS OMISSOS NO SEU ÚLTIMO TURNO

Por favor, leia atentamente todas as questões e responda-as da melhor forma que lhe parece. Todas as questões são relativas ao seu último turno completo neste hospital, não existindo respostas corretas ou incorretas.

Qual destes tipos descreve melhor o seu último turno completo?

- Manhã Tarde Noite

Por favor, indique o número de horas que trabalhou no seu último turno completo? _____ h _____ m

No seu último turno completo trabalhou mais do que o número de horas contratualizadas?

- Sim Não

No seu último turno completo, esteve diretamente responsável por quantos doentes? _____

O número de doentes que referiu na pergunta anterior é habitual na sua carga de trabalho?

- Habitualmente é superior Habitualmente é inferior Habitualmente é igual

De todos os doentes pelos quais esteve diretamente responsável no seu último turno completo:

Quantos necessitaram de ajuda em todas as atividades da vida diária? _____

Quantos necessitaram de supervisão ou tratamentos de hora a hora ou mais frequentes? _____

Como descreveria o seu papel na prestação de cuidados à maioria dos doentes, no seu último turno completo?

(escolha apenas uma opção)

- Prestei quase todos os cuidados sozinho Supervisei os cuidados prestados por outros profissionais e prestei cuidados sozinho Prestei apenas alguns cuidados, tais como mudar pensos ou administrar medicamentos, e a maioria dos cuidados diretos foram prestados por outros profissionais

No seu último turno completo, no total, quantos doentes estavam na sua unidade/serviço? _____

Contando consigo, quantos enfermeiros no total prestaram cuidados diretos aos doentes na sua unidade/serviço, durante o seu último turno completo? _____

No total, quantos outros profissionais prestaram cuidados diretos aos doentes na sua unidade/serviço, durante o seu último turno completo? _____

No seu último turno completo, com que frequência realizou as seguintes tarefas?

	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente
Realizar cuidados não relacionados com a enfermagem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratar de burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de doentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportar doentes dentro do hospital, quer para realização de exames ou para outros serviços?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportar doentes para outro hospital ou para a realização de exames noutras instituições?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Providenciar materiais ou equipamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atender telefonemas ou realizar tarefas burocráticas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O questionário continua. Por favor vire a página.

No seu último turno completo, quais das seguintes atividades eram necessárias, mas não foram realizadas devido à falta de tempo? (assinale todas as respostas que se aplicam)

- Vigilância adequada dos doentes
- Cuidados com a pele
- Higiene oral
- Controlo da dor
- Confortar/falar com os doentes
- Educar doentes e familiares
- Tratamentos e procedimentos
- Administrar a medicação no horário (30 minutos antes ou depois da hora prescrita)
- Preparar os doentes e os familiares para a alta
- Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada
- Elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem
- Planear cuidados
- Mudar o doente de posição com a frequência necessária

O questionário terminou. Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE 3 – Autorização da Instituição



Exmo. Senhor
Enf. Pedro Pinto
Bloco Operatório

**ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação intitulado
“Resultados dos cuidados de enfermagem: qualidade e efetividade”**

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa., em 05/09/2017, para desenvolver o projeto de investigação identificado em epígrafe, informa-se que o Conselho de Administração aprovou a sua realização.

Mais se informa que o estudo deverá fazer referência à colaboração do IPO de Coimbra, assim como os seus resultados, após a sua conclusão, deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 03 de novembro de 2017

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO


Carlos Santos
(Presidente)

C/c: Diretora Serviço Cirurgia Geral, Dra. Isabel Cristina Ferrão
Diretor Serviço Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Dr. Carlos Cruz
Diretor Serviço Ginecologia, Dr. Luís Sá
Diretor Serviço Urologia, Dr. Amílcar Sismeiro
Diretor Serviço Estomatologia e Cirurgia Maxilo-Facial, Dr. José Eufrásio
Diretor Serviço ORL, Dr. Arnaldo Guimarães

CP

1 / 1

APÊNDICE 4 – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Autor: Pedro Manuel de Matos Lopes Pinto (enfpedropinto@gmail.com)

O atual trabalho de investigação, intitulado “Resultados dos Cuidados de Enfermagem – Qualidade e Efetividade”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, da Faculdade Economia de Coimbra, e tem como principal objetivo clarificar de que modo os ambientes de prática dos enfermeiros influenciam a qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação de Pessoas internadas, com mais de 18 anos, que saibam ler e escrever e não apresentem alterações cognitivas. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, será apresentado na Faculdade de Economia de Coimbra, em 2018, com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, por parte do autor. Se desejar, poderá contactar o autor do estudo para se inteirar dos resultados obtidos, através do email referido na identificação do autor.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações são recolhidas através de questionário. Caso pretenda qualquer esclarecimento no preenchimento pode solicitar ao autor do estudo. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Declaro que compreendo as informações acima descrita e aceito participar nesta investigação:

Data: / /

Se, após entregar o questionário, por algum motivo quiser ficar fora do estudo, contacte o investigador por email (enfpedropinto@gmail.com) a solicitar a sua exclusão, referindo o seguinte código:

CONSENTIMENTO INFORMADO

Autor: Pedro Manuel de Matos Lopes Pinto (enfpedropinto@gmail.com)

O presente trabalho de investigação, intitulado “Resultados dos Cuidados de Enfermagem – Qualidade e Efetividade”, insere-se num estudo que decorre no âmbito do Mestrado, em Gestão e Economia da Saúde tendo como principal objetivo clarificar de que modo os ambientes de prática dos enfermeiros influenciam a qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

Pretendemos contribuir para um melhor conhecimento sobre este tema, sendo necessário, para tal, incluir neste estudo a participação dos Enfermeiros dos serviços de internamento, que não exerçam funções de gestão. É por isso que a sua colaboração é fundamental.

O resultado da investigação, orientada pelo Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral, será apresentado na Faculdade de Economia, em 2018. Se desejar, poderá contactar o autor do estudo para se inteirar dos resultados obtidos, através do email referido na identificação do autor.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações são recolhidas através de questionário. Caso pretenda qualquer esclarecimento no preenchimento poderá solicitar ao autor do mesmo. Toda a informação recolhida será tratada de forma confidencial. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Declaro que compreendo as informações acima descrita e aceito participar nesta investigação:

Data: / /

