escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos

Filipe Manuel Paiva dos Santos

Coimbra, 2018

escola superior de enfermagem de coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM

ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE UNIDADES DE CUIDADOS

Influência do Ambiente de Prática na Individualização dos Cuidados e nos Cuidados Omissos

Filipe Manuel Paiva dos Santos

Dissertação orientada pelo
Professor Doutor António Fernando Salgueiro Amaral

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização em Gestão de Unidades de Cuidados

Coimbra, 2018

PENSAMENTO

"Podemos deixar que as Pessoas digam que somos deuses, só não podemos acreditar."

(Autor anónimo)

DEDICATÓRIA

Os doentes que se cruzaram no meu percurso profissional foram, e são, pessoas muito especiais. Por isso, dedico-lhes este trabalho como forma de gratidão por me terem feito crescer como enfermeiro e, principalmente, como pessoa.

AGRADECIMENTOS

O percurso realizado no âmbito deste trabalho foi recheado de inúmeros desafios, incertezas, dúvidas, surpresas, alegrias e vitórias. Foi construído com grande perseverança e estímulo de muitos intervenientes que direta ou indiretamente participaram.

Agradeço à minha família por sempre me ter incentivado a estudar.

Agradeço ao João Pedro, por todo o companheirismo, incentivo, paciência e críticas construtivas.

Agradeço ao Ivo Paiva, colega de profissão e amigo, por ter-me desafiado para voltar a estudar.

Um grande agradecimento, muito sentido, ao Professor Doutor António Amaral, orientador desta dissertação, que desde a primeira hora se mostrou disponível, acompanhou e "desafiou" o desenvolvimento da investigação, deu contributos científicos e técnicos, motivando-me sempre para a conclusão deste percurso.

Agradeço ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, instituição onde trabalho, por todas as oportunidades que me deu para eu desenvolver esta investigação.

Agradeço às minhas colegas de trabalho, que me incentivaram durante todo o percurso. Um agradecimento especial à Enfermeira Conceição Craveiro por todo o apoio, carinho e oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus amigos, sempre presentes, por compreenderem as minhas ausências, por todos os mimos, por todas as partilhas, pela sabedoria, pelo incentivo, pela leitura crítica e pelas ajudas em traduções.

Um profundo agradecimento a todas as pessoas internadas que, mesmo numa situação de vulnerabilidade de saúde, aceitaram participar neste estudo, e um agradecimento especial a todos os enfermeiros que participaram neste estudo que, além de responderem ao questionário, me orientaram durante a colheita de dados nas pessoas internadas.

Um agradecimento especial aos meus colegas de Mestrado, por todos os momentos proporcionados durante esta aprendizagem.

A todos, muito obrigado.

Sam.

ABREVIATURAS E SIGLAS

APE	Ambiente de prática de Enfermagem
CO	Cuidados Omissos
DGS	Direção-Geral de Saúde
DP	Desvio padrão
ICS_P	*Individualized Care Scale - patient*
IOM	Institute of Medicine
Máx.	Máximo
Mín.	Mínimo
MC	*Missed care*
NPE	*Nursing practice environment*
n.º	Número
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PES-NWI	*Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*
Prof.	Professor
SD	*Standard deviation*
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
$\bar{x}$	média

RESUMO

ENQUADRAMENTO: O ambiente de prática de enfermagem (APE) influencia os resultados, quer para os recetores dos cuidados como para os prestadores. A qualidade dos cuidados prestados passa, além de outros aspetos, por prestar cuidados seguros (sem cuidados omissos (CO)) e individualizados (com cuidados centrados na pessoa).

OBJETIVO: Este estudo tem como objetivo avaliar o APE, verificar se ficaram CO no último turno devido a falta de tempo, avaliar a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos e verificar de que forma o APE influencia os CO e a individualização dos cuidados.

METODOLOGIA: Estudo do tipo quantitativo com desenho descritivo-correlacional. Este estudo foi realizado com base na aplicação de questionários às equipas de enfermagem de 3 serviços de especialidades médicas de um hospital de oncologia, assim como às pessoas internadas nos respetivos serviços. Aos enfermeiros foi aplicado um questionário de autopreenchimento com a *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) e uma lista predefinida de CO. Às pessoas internadas foi aplicado um questionário com a *Individualized Care Scale – patient* (ICS_P). Foi obtido consentimento informado dos participantes e autorização da comissão de ética do hospital. Os dados foram tratados com recurso a médias, desvios padrão, mínimos, máximos, frequências, e a utilização de testes paramétricos e não paramétricos, consoante a normalidade das distribuições.

RESULTADOS: A amostra foi constituída por 66 enfermeiros e 40 pessoas internadas. Os valores médios da PES-NWI revelaram que o APE é desfavorável (PES-NWI < 2,5) em 2 serviços e favorável (PES-NWI > 2,5) num serviço. No global o APE é desfavorável ($\bar{x}$ = 2,48 e DP = 0,24), e não se observaram diferenças significativas nas médias dos 3 serviços (p = 0,26).

Os CO mais frequentes foram “confortar/falar com os doentes” (40,91%), “elaborar ou atualizar planos de cuidados” (39,39%), “educar doentes e familiares” (37,88%), “documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada” (33,33%), “higiene oral” (33,33%) e “vigilância adequada dos doentes” (28,79%). De todos os enfermeiros, 80,3% reportaram pelo menos 1 CO.

O serviço com APE favorável reportou menos CO ($\bar{x}$ = 1,67 e DP = 1,90) do que os serviços com APE desfavorável ($\bar{x}$ = 3,40 e DP = 2,23), sendo que esta diferença foi estatisticamente significativa (p = 0,002).

Os valores médios da ICS_P revelaram que as pessoas internadas têm a perceção que os enfermeiros se preocupam com a individualização dos cuidados ($\bar{x}$ = 3,81 e DP = 0,73) como têm a perceção que os cuidados recebidos são individualizados ($\bar{x}$ = 4,40 e DP = 0,50). Não se verificaram diferenças significativas nas duas dimensões da ICS_P consoante o APE (p = 0,775 e p = 0,516, respetivamente).

CONCLUSÕES: O APE é desfavorável e os CO reportados por falta de tempo podem colocar em causa a segurança das pessoas internadas e, por isso, devem ser objeto de reflexão. Mesmo com APE desfavorável, as pessoas internadas estão satisfeitas no que respeita à individualização dos cuidados.

Os resultados devem ser objetivo de reflexão pelos enfermeiros gestores, para que se adotem medidas que melhorem o APE, com o objetivo de reduzir os CO e tornar os cuidados mais seguros.

Palavras chave: Ambiente de prática de enfermagem; Individualização dos cuidados; Cuidados centrados na pessoa; Cuidados omissos.

ABSTRAT

BACKGROUND: The Nursing Practice Environment (NPE) affect the quality of nursing care outcome, either for the patients and for the nursing staff. The quality of nursing care is, among other factors, influenced by providing safety care (without missed nursing care) and individualized care.

OBJECTIVE: This study has as goal to analyze the NPE, to verify the existence of missed care (MC) reported by the nursing staff in their latest shift due to lack of time, to evaluate the perception about nursing care from hospitalized patients, and to verify the relation between NPE and MC and individualized care.

METHODS: A quantitative study with a descriptive correlational design was carried out. This study was performed at three clinical departments in an oncological hospital. Questionnaires were applied to the nursing staff as well as to the patients hospitalized in the same departments. To the nursing staff, a self-administered questionnaire composed by the Practice Environment Scale – Nursing Work Index (PES-NWI) and a predefined list of missed care was applied. To the patients was applied a self-administered questionnaire composed by the Individualized Care Scale – patient (ICS_P). This study was approved by the medical-ethical committee of the hospital. Written informed consent was obtained from patients and nursing staff. Data analysis included analysis of group means and standard deviations, minima, maxima, frequencies and outcomes of parametric and non-parametric tests, depending on the distribution of the groups.

RESULTS: A total of 66 nurses and 40 hospitalized patients have participated in this study. The PES-NWI mean values show that NPE has an unfavorable outcome (PES-NWI < 2,5) in two departments and a favorable outcome (> 2,5) in one department. Generally, the NPE has an unfavorable outcome ($\bar{x}$ = 2,48 and SD = 0,24) and no significative differences in the average PES-NWI from the 3 departments were found (p = 0,26).

The most frequent reported MC by the nursing staff were: “comfort/talk with patients” (40,91%), “develop or update care plans” (39,39%), “teach/counsel patients and family” (37,88%), “adequately document nursing care” (33,33%), “oral hygiene” (33,33%), and “adequate patient surveillance” (28,79%). From the 66 nurses that have participated, 80.3% reported that at least one care left undone in the last shift due to lack of time.

The only department that presented a favorable NPE outcome, showed less MC reported ($\bar{x}$ = 1,67 and SD = 1,90) in comparison with the other 2 departments that presented an unfavorable NPE outcome ($\bar{x}$ = 3,40 and SD = 2,23). This difference was statistically significant (*p* = 0,002).

The ICS_P average values have shown that the hospitalized patients perceived that the nursing staff were concerned about providing individualized care ($\bar{x}$ = 3,81 and SD = 0,73) and have perceived individualized nursing care ($\bar{x}$ = 4,40 and SD = 0,50). No statistically significant differences were found between the two ICS_P dimensions according to the NPE (*p* = 0,775 and *p* = 0,516, respectively).

CONCLUSION: The NPE has an unfavorable outcome. The reported MC due to lack of time may jeopardize the safety of patients and, therefore, should be object of reflection and intervention. Even with an unfavorable NPE outcome, the hospitalized patients are satisfied about individualized nursing care.

These results should be subject of a wide discussion and reflection by the nurse leaders/managers towards adoption of actions to improve the NPE, aiming to reduce the MC and increase care safety.

Key words: Nursing Practice Environment; Individualized Care; Person-centred care; Missed care; Care left undone.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo da qualidade dos cuidados de Donabedian 27
Figura 2: Resultados do APE favorável 42
Figura 3: Cuidados omissos no último turno 63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Intervalo das Médias do PES-NWI dos Magnet Hospital e dos não Magnet Hospital 42
Tabela 2: Caraterização dos serviços 49
Tabela 3: Caracterização da escala PES-NWI original 50
Tabela 4: Caracterização da escala PES-NWI utilizada 50
Tabela 5: Caraterização da escala ICS_P utilizada 51
Tabela 6: Dados sociodemográficos dos enfermeiros 56
Tabela 7: Dados sociodemográficos das pessoas internadas 57
Tabela 8: Médias das dimensões do PES-NWI por serviço 59
Tabela 9: Resumo do questionário “Cuidados omissos no seu mais recente turno” ... 61
Tabela 10: Tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados 62
Tabela 11: Número total de cuidados omissos referidos pelos enfermeiros 63
Tabela 12: Distribuição dos cuidados omissos consoante o último turno 64
Tabela 13: Distribuição dos cuidados omissos consoante o serviço onde foi omitido . 65
Tabela 14: Médias das dimensões e sub-dimensões do ICS_P consoante o serviço 67

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – QUALIDADE EM SAÚDE 25

1.1 – EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM *30*

1.2 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADOS NA PESSOA *33*

1.3 – CUIDADOS OMISSOS *36*

2 – AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM 41

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA 47

1.1 – OBJETIVOS E HIPÓTESES 47

1.2 – TIPO DE ESTUDO 48

1.3 – CONTEXTO E AMOSTRA 49

1.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS 49

1.4.1 – QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS 49

1.4.2 – QUESTIONÁRIO PARA AS PESSOAS INTERNADAS 51

1.5 – RECOLHA DE DADOS 52

1.6 – TRATAMENTO DE DADOS 52

1.7 – ASPETOS ÉTICOS 53

1.7.1 – COMISSÃO DE ÉTICA 53

1.7.2 – CONSENTIMENTO INFORMADO 53

2 – RESULTADOS 55

2.1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS 55

2.2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS INTERNADAS 56

2.3 – AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM MEDIDO PELA PES-NWI 57

2.4 – CUIDADOS OMISSOS 59

2.5 – INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MEDIDA PELA ICS_P 66

DISCUSSÃO 69

CONCLUSÕES 77

BIBLIOGRAFIA 79

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS
APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS INTERNADAS
APÊNDICE III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO
APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENFERMEIROS
APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PESSOAS INTERNADAS

INTRODUÇÃO

A recente crise económica mundial tem levado a que os serviços de saúde, públicos e privados, sejam pressionados para aumentar a sua eficiência. Esta pressão ocorre num contexto de crescente procura de cuidados de saúde devido à evolução demográfica, mas também aos avanços da tecnologia e dos tratamentos (Twigg, Geelhoed, Bremner, & Duffield, 2013).

Os sistemas de saúde, pelas suas especificidades e tendo em conta os recursos cada vez mais escassos, têm que fazer uma análise constante e comparativa dos vários programas de saúde, bem como dos seus custos e ganhos em saúde, para que a alocação de recursos garanta a maior efetividade. Por outro lado, a constante contenção de custos pode influenciar negativamente a qualidade dos cuidados, a satisfação dos doentes e a satisfação dos profissionais de saúde (Amaral & Ferreira, 2013).

Segundo Lake (2002) o ambiente de prática de enfermagem influencia os resultados, quer para os recetores dos cuidados como para os prestadores dos cuidados. A qualidade dos cuidados prestados passa por prestar cuidados seguros (sem causar danos para as pessoas) e cuidados centrados no doente, ou seja, individualizados (Fragata, 2011).

Nos últimos anos os enfermeiros têm denunciado condições de trabalho que colocam em causa a qualidade dos cuidados prestados. Por outro lado, a qualidade dos cuidados tornou-se um fenómeno de crescente interesse para as organizações de saúde, pelo que nos últimos anos têm-se submetido a processos de certificação. Destas duas realidades emergiu perceber que ambiente de prática têm os enfermeiros e que resultados têm os seus cuidados, quer na segurança como na individualização dos cuidados.

Esta investigação teve um desenho descritivo e correlacional, e pretendeu avaliar o ambiente de prática dos enfermeiros, também designados por ambiente de trabalho, avaliar a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, identificar e quantificar os cuidados que ficam omissos no último turno dos enfermeiros e verificar se existe relação entre o ambiente de prática e os resultados dos cuidados, quer na perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos como nos cuidados que os enfermeiros deixaram omissos.

Em Portugal existem investigações que avaliam o ambiente de prática e os cuidados omissos. No entanto, até agora, nenhum estabeleceu uma relação entre o ambiente de prática dos enfermeiros com a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos.

Garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem e a segurança dos doentes é um grande desafio para os enfermeiros gestores e para os enfermeiros que prestam cuidado diretos. Esta investigação revela-se importante, no contexto atual, porque poderá fornecer dados aos órgãos de gestão para um eventual ajuste nos ambientes de prática dos enfermeiros que, consequentemente, melhorarão a qualidade dos cuidados.

Este estudo apresenta-se dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo é exposto o enquadramento teórico acerca da temática, que facilita a compreensão da investigação. No segundo capítulo é apresentada a investigação empírica, com a descrição da metodologia, os resultados, a discussão e as conclusões mais importantes desta investigação.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – QUALIDADE EM SAÚDE

Falar de qualidade constitui um enorme desafio uma vez que são várias as definições, dimensões, perspetivas e problemáticas que lhe estão inerentes.

Qualidade surge do termo latim *qualitatem*, que significa propriedade ou condição natural das pessoas ou coisas pela qual as distingue de outras, que constitui a sua essência e maneira de ser (Porto editora, 2012). O termo está associado ao adjetivo grego *kalos*, sinónimo de palavras com conotação positiva, tais como os atributos de bom, bonito, atraente, admirável, credível e honorável. Assim, a qualidade está associada a sentimentos de satisfação e agrado proporcionada por determinada pessoa, produto, serviço ou objeto.

A Qualidade é um conceito de difícil objetivação devido à subjetividade e à dinâmica social, evolução da ciência e da tecnologia e devido às perspetivas dos vários envolvidos. Não existe, por isto, uma definição consensual de qualidade e, particularmente na área da saúde, é muitas vezes identificável pela sua ausência. Por outro lado, o que tem qualidade para uns pode não ter qualidade para outros. A qualidade "é difícil de definir, impossível de medir e fácil de reconhecer" (Kitchenham como referido por Pisco, 2001, p. 4)

Deming define qualidade como "tudo aquilo que melhora o produto do ponto de vista do cliente", Juran como "ausência de deficiências", Crosby como "conformidade do produto às suas especificações", Ishakawa como "desenvolver, projetar, produzir e comercializar um produto que é mais económico, mais útil e sempre satisfatório para o consumidor" e Taguachi como "maximização da eficiência" (Dale & Cooper, 1995).

Assim, podemos caraterizar qualidade apontando para a complexidade, polivalência e multidimensionalidade que se traduzem numa diversidade de definições que lhe estão associadas (Uchira & Bosi, 2002).

Embora a qualidade na saúde possa parecer um fenómeno recente, existem vários indícios de preocupação com a qualidade ao longo da história, sobretudo na época da revolução industrial, que foi quando a noção de qualidade obteve o seu maior incremento de importância.

Os primeiros vestígios de preocupação com a qualidade em saúde encontram-se no código de Hamurabi (1750 antes de Cristo) do império da Babilónia (Carapeto &

Fonseca, 2006). O código decretava que os médicos deviam ser penalizados pelos seus erros de igual forma que os seus erros penalizavam o corpo dos doentes. Sócrates (470-399 antes de Cristo) cria a base intelectual da garantia da qualidade com a célebre citação “conhecer a si mesmo” no sentido de que é preciso estar disposto a examinar os resultados do seu próprio trabalho. Hipócrates (460-370 antes de Cristo), o pai da medicina, reflete a preocupação da qualidade com o princípio *primum non nocere*, ou seja, acima de tudo não causar dano (Vuori, 1999). Florence Nightingale (1820-1919), a fundadora da enfermagem moderna, durante a guerra da Crimeia em 1854, instituiu um conjunto de medidas que acabaram por diminuir fortemente a mortalidade hospitalar (Fragata, 2011).

Em 1910, Abraham Flexner, autor do programa de padronização hospitalar que deu origem à *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, analisou a qualidade das escolas de medicina americanas com o objetivo de as tornar centros de excelência que produzissem excelentes médicos que, por sua vez, prestariam cuidados de excelência (Vuori, 1999).

Por volta dos anos 50 começaram as auditorias aos registos clínicos que permitiram verificar a adequação dos cuidados prestados às pessoas doentes. Emergiram evidências sobre as diferenças na qualidade dos cuidados prestados, os erros que tinham como consequência a morte dos doentes e os custos associados aos erros. A conotação negativa atribuída às auditorias fez com que, nos anos 80, o debate da qualidade deixasse de lado apenas a dimensão técnica e começou-se a focar mais nos aspetos organizacionais e nos processos (Vuori, 1999).

Desde então, tanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) como os departamentos da saúde dos vários governos e várias entidades e associações profissionais têm vindo a desenvolver programas que visam a melhoria contínua da qualidade.

Avedis Donabedian foi o impulsionador do movimento moderno da avaliação da qualidade em saúde. Por volta dos anos 60 do século XX, desenvolveu um modelo de avaliação da qualidade assente em três princípios fundamentais (estrutura, processo e resultados) que marcou as abordagens da qualidade no setor da saúde (Amaral, 2010).

Donabedian (1988) refere que a qualidade dos cuidados prestados é influenciada pelo contexto onde são prestados (estrutura), pela forma como são prestados os cuidados (processo) e pelas mudanças que os cuidados provocam nas pessoas (resultado), como ilustrado na Figura 1 (Modelo de qualidade dos cuidados de Donabedian). Este modelo permite avaliar sistematicamente os cuidados nos serviços de saúde e tem em

conta a interdependência entre a estrutura, o processo e o resultado. O objetivo deste modelo é identificar fatores organizacionais que afetem a qualidade dos cuidados.

A estrutura inclui todos os fatores que afetam o contexto em que os cuidados são realizados. Inclui as instalações físicas, equipamentos e recursos humanos, bem como características organizacionais, formação e pagamento aos colaboradores. A estrutura é muitas vezes fácil de observar e medir, podendo ser a causa a montante de problemas identificados no processo (Donabedian, 2003).

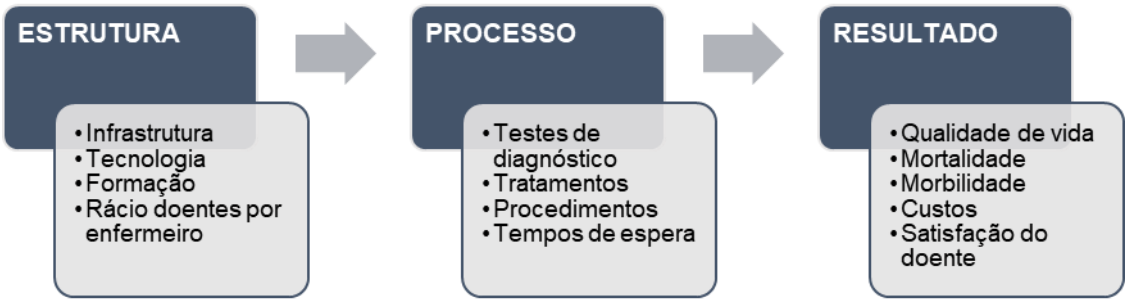

Figura 1: Modelo da qualidade dos cuidados de Donabedian (adaptado de Amaral, 2010)

O processo é a soma de todas as ações que compõem os cuidados de saúde. Estes comumente incluem diagnóstico, tratamento, cuidados preventivos e educação para a saúde, mas podem ser expandidas para incluir as ações tomadas pelos doentes ou pelos seus familiares. A medição do processo é quase equivalente à medição de qualidade dos cuidados porque o processo contém todos os atos de saúde. (Donabedian, 2003). As informações sobre o processo podem ser obtidas de registos, entrevistas com doentes e profissionais, ou em observações na prestação direta de cuidados de saúde.

O resultado contém todos os efeitos dos cuidados de saúde em doentes ou populações, incluindo alterações de estado de saúde, comportamento, conhecimento, bem como satisfação do doente e qualidade de vida. Os resultados são por vezes vistos como os mais importantes indicadores de qualidade, porque melhorar o *status* de saúde do doente é o principal objetivo dos cuidados de saúde. No entanto, medir com precisão os resultados que podem ser atribuídos exclusivamente aos cuidados de saúde é muito difícil. Encontrar relações entre o processo e os resultados requer, muitas vezes, amostras muito grandes, ajustes por *case mix* e grande acompanhamento a longo prazo para que os resultados sejam observáveis (Donabedian, 2003)

O modelo proposto por Donabedian foi criticado pelo facto da progressão entre a estrutura, processo e resultado ser linear, sendo difícil reconhecer em que medida um

domínio influencia os outros (Carayon, et al., 2006). O modelo não tem em conta as caraterísticas dos doentes que são importantes para avaliar a qualidade dos cuidados prestados (Coyle & Battles, 1999).

Como referem Irvine, Sidani e Hall (1998) e Amaral (2010) fatores genéticos, sócio-demográficos, hábitos de saúde, crenças, atitudes e preferências, além de fatores culturais, sociais, políticos, pessoais e físicos dos doentes, bem como fatores relacionados com as profissões de saúde, por si mesmos, são vitais para entender completamente a verdadeira eficácia de novas estratégias ou modificações dentro do processo de cuidados

O conceito de qualidade aplicado a cuidados de saúde é, na prática, abordado em termos de um conjunto de atributos desejáveis. Donabedian (1990) propõe sete atributos que, por ele, são os pilares da qualidade:

- Eficácia – capacidade de prestar cuidados técnico-científicos com o objetivo de melhorar a saúde, tendo em conta a segurança do doente;
- Efetividade – grau em que o doente melhorou a sua saúde utilizando os recursos disponíveis;
- Eficiência – capacidade de produzir os mesmos efeitos com menores recursos, ou maximizar os efeitos com os mesmos recursos;
- Otimização – capacidade de encontrar uma solução mais vantajosa tendo em conta os custos e benefícios;
- Aceitabilidade – aceitação dos cuidados por parte dos doentes tendo em conta a acessibilidade, a relação profissional de saúde e doente, a comodidade do tratamento, os efeitos dos cuidados e o custo dos cuidados;
- Legitimidade – visão que a sociedade tem a respeito da organização;
- Equidade – princípio que rege o que é justo na hora de distribuir os cuidados.

A qualidade em saúde é frequentemente percecionada segundo três pontos de vista: das organizações, dos profissionais de saúde e dos doentes. Na perspetiva das organizações, qualidade é utilizar os recursos disponíveis da melhor maneira, sem desperdício e dentro dos requisitos exigidos. Na perspetiva dos profissionais de saúde, qualidade é seguir procedimentos e métodos que são considerados mais eficazes para atender às necessidades clínicas do doente, conforme avaliado por eles próprios. Na perspetiva do doente, a qualidade é receber o tratamento que querem e esperam, durante e após o atendimento (OMS, 2008, p. 18)

A expansão do setor privado da saúde e a competitividade entre setor privado e setor público fez com que a exigência de qualidade na saúde tenha ganhado força e os

cidadãos começassem a percecionar a qualidade como um direito social (Manzo, Ribeiro, Brito, & Alves, 2011) e a constituir cada vez mais uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados (Sousa, 2010, p. 23)

Por outro lado, a necessidade de redução de custos que temos assistido nos últimos anos pode levar a políticas hospitalares potencialmente negativas, principalmente, no que respeita à qualidade dos cuidados prestados e na satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalsky, & Silber, 2002).

O Institute of Medicine (IOM), como referido por Fragata (2011), refere 6 componentes fundamentais para a qualidade em saúde:

- Segurança – não causar danos ao doente;
- Acesso – evitar demora na resposta às necessidades do doente;
- Eficácia – com práticas baseadas na evidência e voltada para os resultados;
- Eficiência – evitar desperdícios;
- Equidade – não discriminar os doentes;
- Cuidados centrados no doente – responder às necessidades dos doentes.

Fragata (2011) agrupa os componentes fundamentais para a qualidade em saúde definidos pelo IOM e agrupa-os de forma a simplificar o que deve ser a qualidade em saúde nos dias de hoje:

- Efetividade (eficácia e eficiência);
- Experiência dos doentes (satisfação);
- Segurança dos cuidados (ausência de complicações).

Tendo em conta estes componentes, e adaptando-os à Enfermagem, será pertinente abordar o *Nursing Role Effetiveness Model*, que em português se designa modelo da efetividade dos cuidados de enfermagem (MECE), os cuidados centrados na pessoa (experiência dos doentes) e os cuidados omissos (CO) (interferem com a segurança dos cuidados).

A garantia da qualidade é uma das competências dos enfermeiros gestores. Pode ler-se no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (Diário da República, 2015, p. 5949) que o enfermeiro gestor “garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem” e é gestor “da segurança dos cuidados”.

1.1 – EFETIVIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

De uma forma geral, a sociedade tinha uma visão sacralizada dos prestadores de cuidados atribuindo-lhes muitas vezes honras e privilégios. Hoje em dia os profissionais de saúde têm de justificar as suas intervenções e mostrar os resultados que as populações têm com as suas intervenções (Amaral, 2010).

O envelhecimento da população, o aumento de estados de dependência, o aumento das doenças crónicas e o aumento das expectativas nos processos de cura faz com que, na presença de recursos cada vez mais limitados, seja fundamental evidenciar quais as intervenções de saúde que melhores resultados produzem nas populações.

Na saúde, pela sua especificidade, é necessária a comparação de vários programas em simultâneo, quais os seus custos e quais os ganhos que têm na saúde das pessoas, para que a escolha garanta melhor rentabilidade (Ferreira, 2005, como referido por Amaral e Ferreira, 2013, p. 67) sem colocar em causa a qualidade dos cuidados oferecidos.

A efetividade diz respeito à capacidade de se atingir os resultados pretendidos, é a relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos.

Nos últimos anos têm surgido tentativas para evidenciar, na enfermagem, quais os cuidados que mais impacto têm na saúde das pessoas. Neste sentido, Irvine et al. (1998) propõem o MECE.

O MECE permite assumir que determinado resultado é relacionado com o papel dos enfermeiros. Apesar da dificuldade causada pela variedade dos resultados em saúde, o MECE promove a base teórica para explorar a relação entre variáveis estruturais das organizações, das unidades, dos utentes e dos enfermeiros, com as variáveis de processo e com os resultados em saúde dos utentes e providencia uma estrutura para guiar a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem assente em algumas proposições, que deverão ser confirmadas em diferentes contextos de cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

O MECE permite identificar o contributo dos cuidados de enfermagem, para os resultados atingidos pelos utentes, dentro da complexidade dos cuidados prestados por equipas multidisciplinares. Facilita a identificação e avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este modelo é também um desafio à responsabilização, uma vez que liga os fatores aos resultados, leva a que se assuma responsabilidade pela qualidade dos cuidados e pela contribuição para a saúde e

bem-estar das pessoas, vinculando os cuidados de enfermagem aos resultados atingidos (Doran et al., 2006).

O MECE assenta na análise de fatores de estrutura, de processo e de resultado, e defende que os diferentes tipos de papéis desempenhados pela enfermagem no processo de cuidados (dependente, interdependente e autónomas) é influenciado pelas varáveis estruturais que, por sua vez, vão-se refletir nos resultados (Irvine et al., 1998).

A componente estrutura refere-se aos fatores da pessoa sujeita a cuidados, do enfermeiro prestador de cuidados e da organização. As variáveis que influenciam o fator pessoa sujeita a cuidados são as características pessoais, como a idade, a relação com o estado de saúde, gravidade da doença e morbilidades. O fator enfermeiro prestador de cuidados é influenciado por características profissionais, como a experiência profissional e a formação. O fator organização é influenciado pela cultura organizacional, padrões de qualidade existentes e atividades que afetam diretamente os cuidados de enfermagem (Irvine et al., 1998).

O componente processo refere-se aos diferentes papeis que o enfermeiro assume na prestação de cuidados (Irvine et al., 1998):

- Intervenções autónomas (aquelas que são atribuíveis exclusivamente aos enfermeiros, ou seja, atividades que são iniciadas pelos enfermeiros e que não necessitam de uma prescrição médica);
- Intervenções interdependentes (atividades em que os enfermeiros participam, mas que estão, total ou parcialmente, ligadas a funções de outros profissionais de saúde);
- Intervenções dependentes (atividades e responsabilidades que têm que ver com a implementação de prescrições médicas).

O componente resultado é composto pelos efeitos dos cuidados prestados que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. As autoras agrupam os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem em 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 (Irvine et al., 1998).

O quadro conceptual foi testado e permite avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem em contextos de internamento de cuidados agudos e analisar a contribuição dos cuidados prestados pelos enfermeiros nesses contextos (Doran et al., 2002).

A respeito da efetividade dos cuidados de Enfermagem, Doran et al. (2002) concluíram que:

- O nível de formação da equipa de enfermagem relaciona-se positivamente com o desempenho autónomo e interdependente;
- O tempo de permanência dos enfermeiros, numa instituição, relaciona-se positivamente com a qualidade do desempenho autónomo e interdependente;
- Maior autonomia no trabalho relaciona-se positivamente com a qualidade do desempenho autónomo e interdependente;
- A tensão sentida no trabalho relaciona-se negativamente com o desempenho do papel autónomo e interdependente;
- O efeito do tempo adequado para prestar cuidados relaciona-se positivamente com o desempenho do papel autónomo e interdependente;
- A qualidade do desempenho autónomo dos enfermeiros relaciona-se com os resultados obtidos pelos pacientes;
- A qualidade da comunicação em enfermagem relaciona-se positivamente com os resultados obtidos pelos pacientes;
- A qualidade da coordenação dos cuidados relaciona-se positivamente com os resultados obtidos pelos pacientes.

Uma grande dificuldade, num contexto multidisciplinar e de intervenções interdependentes, é assumir que determinado resultado é consequência de determinado grupo profissional. Por isso, é necessária mais investigação que evidencie se existe relação entre os resultados e as variáveis estruturais e de processo.

A capacidade de medir ou avaliar os resultados dos cuidados de enfermagem é um dos mais importantes assuntos para os prestadores de cuidados de saúde e para as organizações uma vez que se relacionam com os custos da eficiência, com a qualidade dos cuidados, com a efetividade dos cuidados e com o desempenho organizacional.

Todos os profissionais têm o desafio de demonstrar que os cuidados que prestam conduzem a melhores resultados nas pessoas e têm o desafio de selecionar os cuidados mais relevantes, tendo em conta a multiplicidade de contextos da prática de Enfermagem. Isolar um resultado específico que demonstre o contributo exclusivo dos cuidados de enfermagem é de extrema complexidade. Há maior consenso na seleção de resultados para os quais os diferentes profissionais possam dar o seu contributo e

procurar identificar o contributo único da enfermagem em vez de identificar resultados exclusivos para os cuidados de enfermagem (Doran & Pringle, 2011).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem podem ser entendidos como os resultados que foram influenciados pelas decisões e ações dos enfermeiros (Amaral, 2010).

Para avaliar a sensibilidade dos resultados aos cuidados de enfermagem Moorhead, Johnson, Maas e Sawnson (2014, p. 9) estabeleceram os seguintes critérios:

- Uma intervenção de enfermagem produziu um resultado positivo;
- Uma intervenção de enfermagem influenciou um resultado positivo;
- Uma intervenção de enfermagem foi realizada com a intenção de produzir ou influenciar o resultado;
- Uma intervenção de enfermagem produziu melhoria ou manutenção do resultado ou impediu a deterioração ou a ocorrência de um desfecho negativo;
- A intervenção de enfermagem ocorreu antes da observação do desfecho;
- A incapacidade de fornecer intervenção de enfermagem resultou na incapacidade de alcançar um resultado positivo ou para evitar um resultado negativo;
- As intervenções que produziram ou influenciaram o resultado estão no âmbito da prática de enfermagem.

1.2 – Cuidados de Enfermagem centrados na pessoa

O cuidado centrado na pessoa é uma filosofia que vê as pessoas que necessitam de cuidados como parceiros no planeamento, desenvolvimento e avaliação para que os cuidados sejam os mais apropriados às suas necessidades. A pessoa está no centro de todas as decisões. Os serviços são reorientados para se focarem na pessoa de forma a promover autocontrolo, independência e autonomia (que engloba os cuidadores), para oferecer escolha e se basear numa filosofia de equipa colaborativa. Os cuidados centrados na pessoa podem ser demonstrados através da tomada de decisão compartilhada, do apoio à autogestão e da comunicação pró-ativa. Cuidado centrado na pessoa não é dar à pessoa o que ela quer, nem fornecer meramente informações. Trata-se de considerar as preferências das pessoas, valores, situações familiares, circunstâncias sociais e estilos de vida, assim como ver as pessoas como indivíduos e, em seguida, trabalhar em conjunto para desenvolver soluções apropriadas (Silva, 2014).

Como refere Amaral, Ferreira, e Suhonen (2014), a ideia de que cada ser é único e os cuidados devem ser individualizados é defendida nos modelos teóricos de enfermagem.

O conceito de cuidado centrado na pessoa é descrito de diferentes formas na literatura. No entanto, todos os conceitos enfatizam que os cuidados de saúde devem incidir sobre o indivíduo, que tem uma identidade distinta e com necessidades, desejos, experiências, preferências, comportamentos, sentimentos, perceções e compreensões específicas (Suhonen et al., 2000; Radwin & Alster, 2002; Hagsten et al., 2004; como referido por Amaral, 2014).

Os cuidados centrados na pessoa têm recebido muita atenção, principalmente desde a década de 1960, e são frequentemente citados como uma característica particularmente importante da Enfermagem, tornando-se uma norma quando se refere aos cuidados de enfermagem fornecidos com base em políticas de qualidade (Charalambous, Chappell, Katajisto, & Suhonem, 2012). Esta posição é defendida pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que afirma que os cuidados de Enfermagem incidem sobre a relação interpessoal entre enfermeiros e indivíduos, ou entre enfermeiros e grupos de indivíduos (como uma família ou comunidade). Neste relacionamento partilham-se valores, crenças e desejos, tendo como base a compreensão e respeito de uns pelos outros, reforçando a ideia de que cada indivíduo é único, com a sua própria dignidade e direito à autodeterminação (OE, 2012).

Os cuidados centrados na pessoa são considerados importantes quer pelos enfermeiros quer pelos que recebem cuidados de enfermagem, no entanto existem dificuldades na sua implementação que levam a que os cuidados centrados na pessoa sejam reduzidos, principalmente nos cuidados prestados às pessoas idosas. Este problema é relevante uma vez que os enfermeiros são os profissionais que passam 24 horas com as pessoas internadas (Charalambous et al., 2012).

Por outro lado, os cuidados centrados na pessoa promovem a satisfação das pessoas que recebem cuidados de enfermagem, melhoram a capacidade de gerir de forma independente os cuidados no domicílio, melhoram a qualidade de vida, aumentam a capacidade funcional e aumentam a adesão aos tratamentos (Suhonen et al., 2008, como referido por Amaral, 2014).

Segundo Suhonen, Välimäki, Leino-Kilpi e Katajisto (2004), o conhecimento que os enfermeiros têm sobre cada pessoa que cuidam está associado a atividades de enfermagem para satisfazer necessidades individuais. Conhecer a pessoa e as informações relativas a cada uma são pré-requisitos para a individualização dos

cuidados havendo evidências limitadas sobre como esse conhecimento foi usado para apoiar a individualidade da pessoa, mesmo quando todas as informações relevantes foram recolhidas e mesmo quando a pessoa é reconhecido como única. O cuidado não é genuinamente individualizado até que esse conhecimento seja aplicado para individualizar as atividades de enfermagem para cada paciente.

Segundo Silva (2014) os princípios base dos cuidados centrados na pessoa são:

- Conhecer a pessoa e reconhecer a sua individualidade e especificidade;
- Avaliar as necessidades e prestar os cuidados segundo uma abordagem holística;
- Reconhecer que a pessoa é perita na sua própria saúde e na sua necessidade de cuidados;
- Reconhecer a autonomia da pessoa e a sua capacidade para tomar decisões sobre aspetos relacionados com o seu estado de saúde;
- Garantir que os cuidados estejam disponíveis, fáceis de aceder e flexíveis às necessidades da pessoa;
- Garantir a continuidade dos cuidados, tendo por base as experiências e conhecimento da pessoa;
- Garantir que o ambiente físico, cultural e psicossocial dos serviços de saúde é propício para o cuidado centrado na pessoa;
- Garantir profissionais treinados e que tenham obtido competências na área da comunicação que se esforcem para colocar a pessoa no centro dos cuidados a ela prestados.

Os cuidados centrados na pessoa devem ser definidos de acordo com o que as pessoas podem avaliar, ver e perceber nos cuidados de enfermagem. Os temas comuns na literatura de cuidados individualizados incluem o reconhecimento da situação clínica da pessoa, da sua situação da vida pessoal e do poder de tomada de decisão sobre os seus cuidados. Portanto, no cuidado individualizado, as atividades de enfermagem devem ser aplicadas com visão específica para a situação clínica da pessoa, como unidade individual, reconhecendo o contexto individual do paciente ou a situação pessoal da vida e a capacidade de decidir sobre os seus próprios cuidados (Suhonen et al., 2004).

A **situação clínica da pessoa** inclui elementos diferentes, como necessidades de cuidados físicos individuais, habilidades, capacidades, recursos e condição de saúde. Outros aspetos da situação clínica incluem o significado da doença para a pessoa, as

suas reações ou respostas à saúde ou doença, medos e sentimentos, bem como estados afetivos (Suhonen et al., 2004).

O cuidado individualizado não pode ser alcançado sem considerar fatores associados à situação da vida pessoal da pessoa. A **situação da vida pessoal** inclui elementos específicos, como o conhecimento sobre cultura, crenças, tradições, hábitos, atividades, preferências e envolvimento familiar. Experiências anteriores de hospitalização também influenciam as expectativas e as atitudes da pessoa em relação aos cuidados (Suhonen et al., 2004).

Há indícios de que o cuidado individualizado se correlaciona positivamente com a participação da pessoa nos cuidados e na **tomada de decisões** relativamente aos cuidados que lhes são prestados. Cuidados centrados na pessoa incluem atividades de enfermagem que permitam às pessoas decisões baseadas na informação que lhes é dada. Assim, a pessoa torna-se participante dos cuidados e tem poder de decisão sobre os cuidados que quer receber. Relativamente às informações que são dadas às pessoas sobre a doença e sobre o tratamento, devem ser dadas alternativas para que a pessoa possa participar nos cuidados e na tomada de decisões relativas ao tratamento, expressando os próprios pontos de vista, opiniões, desejos e propostas. Este poder de controlo de decisão sobre o cuidado é importante para que a pessoa tenha uma palavra a dizer sobre os cuidados que lhes são prestados (Suhonen et al., 2004).

É importante medir até que ponto os resultados dos cuidados são centrados na pessoa uma vez que têm potencial para melhorar os processos dos sistemas de saúde e seus resultados. Os benefícios dos cuidados centrados na pessoa são defendidos pelas políticas e investigações do mundo ocidental (Silva, 2014, p. 7).

1.3 – CUIDADOS OMISSOS

A recente desaceleração da economia mundial aumentou a pressão sobre os serviços de saúde públicos e privados para aumentar a eficiência. Por outro lado, o avanço das tecnologias leva a um aumento da disponibilidade de tratamentos. Estes dois fatores têm levado a um aumento de eventos adversos (Twigg et al., 2013).

Reconhece-se que, em todo o mundo, o problema do erro em saúde ocorre com regularidade (Fragata, 2011).

Só com cuidados seguros é que o gozo do mais alto padrão de saúde é atingido e, o gozo do mais alto padrão de saúde, é um dos direitos fundamentais de todo ser humano (OMS, 2008).

Segundo Fragata (2011, p. 22), "os erros podem ser por comissão ou por omissão". Os erros por comissão são aqueles que são resultantes de uma ação errada e os erros por omissão são aqueles que são resultantes da não realização de todas as ações que deveriam ter sido tomadas.

Tanto os erros por comissão como os de omissão têm um potencial de causar dano nos doentes e, consequentemente, nos enfraquecer os resultados dos cuidados prestados pelas equipas de saúde.

A *Agency for Healthcare Research and Quality* (s.d.) enfatiza a problemática dos erros por omissão referindo que:

> *Errors of omission are more difficult to recognize than errors of commission but likely represent a larger problem. In other words, there are likely many more instances in which the provision of additional diagnostic, therapeutic, or preventive modalities would have improved care than there are instances in which the care provided quite literally should not have been provided. In many ways, this point echoes the generally agreed-upon view in the health care quality literature that underuse far exceeds overuse, even though the latter historically received greater attention.*[1]

Segundo Fragata (2011), os eventos adversos são ocorrências indesejáveis que causam danos, por atos cometidos ou por uma qualquer omissão, mas sendo sempre o resultado do tratamento e não da doença, implicando erros ou atitudes negligentes, podendo ser evitáveis ou não, causando danos físicos ou meros transtornos no fluxo de tratamento levando, consequentemente à perda de eficiência e aumento de custos.

Os CO começaram a ser estudados por Kalisch (2006) que desenvolveu o modelo teórico *Missed Nursing Care Model*, com base no modelo de Donabedian, para explicar o fenómeno. No seu modelo, a estrutura é composta por rácio doentes/enfermeiro, recursos materiais, condições de trabalho, relações com equipa

[1] Tradução do autor: Erros por omissão são mais difíceis de reconhecer do que erros por comissão, mas provavelmente representam um problema maior. Por outras palavras, é provável que existam mais casos em que se se tivesse providenciado medidas diagnósticas, terapêuticas ou preventivas adicionais ter-se-ía melhorado o cuidado, do que casos em que os cuidados fornecidos não deveriam ter sido literalmente fornecidos. Em muitos aspetos, este ponto faz eco da visão, geralmente aceitada na literatura sobre a qualidade de cuidados de saúde, que a subutilização excede em muito o uso excessivo, embora este último, historicamente, tenha recebido mais atenção.

multidisciplinar e comunicação; o processo é composto pela planificação, execução e avaliação dos cuidados, tendo em conta as crenças, hábitos e prioridades na decisão; os resultados são os CO (Kalisch, Landstrom, & Hinshaw, 2009).

Numa outra abordagem ao modelo de Donabedian, a estrutura é composta por tamanho do hospital, níveis de formação existentes, indíce de *case mix*, *skill mix* dos enfermeiros, experiência profissional dos enfermeiros, absentismo e duração dos turnos e o trabalho em equipa multidisciplinar; o processo são os CO; e o resultados repercutem-se nos enfermeiros (níveis de satisfação, desejo de mudança de local de trabalho ou profissão) e nos doentes (quedas, úlceras de pressão e infeções) (Kalisch & Xie, 2014).

Independentemente dos CO serem processo ou resultado, o importante é que colocam em causa a qualidade dos cuidados.

No estudo levado a cabo por Kalisch (2006), os CO mais frequentes estão relacionados com deambulação, posicionamentos, atraso na alimentação, ensinos, planeamento da alta, apoio emocional, cuidados de higiene, atualização de registos, planificação de cuidados e vigilância.

Os motivos, que os profissionais referiram, que levaram à omissão dos cuidados foram falta de enfermeiros, falta de tempo para realizar as intervenções de enfermagem, delegação ineficaz, hábitos, negação; falta de vinculação com o local de trabalho (Kalisch B. , 2006).

A falta de enfermeiros e a falta de tempo para realizar as intervenções de enfermagem assumem, num contexto de crise económica, uma dimensão maior uma vez que num contexto de baixos recursos ou pressões de tempo, os enfermeiros optam por omitir parte dos cuidados (Kalisch et al., 2009; Ausserhofer et al., 2014; como referido por Timmings, Parissopoulos, Plakas, e Fouka, 2017) e priorizam as atividades relativas às tarefas físicas e aos aspetos mais urgentes dos cuidados (Timmings et al., 2017) em detrimento da dimensão afetiva-relacional do cuidar.

Existe uma dificuldade em reconhecer abertamente que parte dos cuidados são omitidos (Kalisch et al., 2009) o que enfatiza a conclusão de Fairman (1992), como referido por Timmings et al. (2017), que a Enfermagem ainda permanece invisível na prática clínica.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (DGS), os enfermeiros são o maior grupo profissional no Serviço Nacional de Saúde Português, contando com 39.217 profissionais em junho de 2016 (DGS, 2016). Este facto denota a importância da verificação da existência de cuidados omissos e, caso existam, quantificá-los, uma vez

que colocam em causa a qualidade e os resultados dos cuidados de saúde. Estudá-los permite propor medidas de controlo e de atuação com vista à sua redução.

2 – AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Lake (2002) define Ambiente de Prática de Enfermagem (APE) como sendo o conjunto dos fatores que melhoram ou atenuam a possibilidade dos enfermeiros prestarem cuidados de enfermagem com base nas boas práticas e, por isso, oferecer cuidados de alta qualidade. Baumann (2007), como referido por Jesus, Roque e Amaral (2015), acrescenta que um ambiente favorável à prática de enfermagem maximiza a saúde e bem-estar dos enfermeiros, bem como a qualidade dos resultados e o desempenho da organização.

Na enfermagem, o reconhecimento do impacte de fatores externos associados ao envolvimento das pessoas na sua saúde e recuperação de doença foi realçado por Florence Nightingale. O interesse de Florence Nightingale pelo APE decorreu do reconhecimento do impacte do mesmo na segurança do doente e na qualidade dos cuidados de enfermagem (Norman, 2013).

Desde os anos 80 do século XX, tem sido crescente a preocupação com o APE devido à escassez de enfermeiros e à elevada rotatividade dos enfermeiros nos hospitais dos Estados Unidos da América. Nos anos 90 do século XX, a preocupação com o APE foca-se, sobretudo, na qualidade dos cuidados prestados e nos resultados obtidos (Jesus et al., 2015).

Para mensurar os ambientes de prática dos enfermeiros, Lake (2002) desenvolveu um instumento – Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) – que avalia a perceção dos enfermeiros relativamente à participação nas políticas hospitalares, aos fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, à capacidade de gestão, liderança e de apoio dos enfermeiros, à adequação dos recursos humanos e materiais, e à relação colegial entre médicos e enfermeiros.

O estudo do APE está relacionado com as discrepâncias dos resultados nos *Magnet Hospitals* em relação aos não *Magnet Hospitals*. Os *Magnet Hospitals* têm características comuns como a descentralização da tomada de decisão, forte liderança de enfermagem, reconhecimento da autonomia dos enfermeiros, contributo e responsabilidade dos enfermeiros e a adequação dos recursos humanos (Lake, 2002).

O estudo levado a cabo por Kelly, McHugh, & Aiken (2011), como referido por Jesus et al. (2015), revelam que ambientes de prática, qualificações profissionais e resultados

obtidos são melhores nos *Magnet Hospitals* comparativamente aos *Non-Magnet Hospitals*. O resultado da revisão, levada a cabo por Swiger et al. (2017) (ver tabela 1 – Intervalo das Médias do PES-NWI dos Magnet Hospital e dos não Magnet Hospital) evidencia as mesmas conclusões.

Tabela 1: Intervalo das Médias do PES-NWI dos Magnet Hospital e dos não Magnet Hospital (Adaptado de Swiger et al., 2017)

Dimensões de PES-NWI	**Média do PES-NWI**	
	Não magnet hospital	Magnet hospital
Participação nas politicas hospitalares	2,43 – 2,87	2,76 – 3,01
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	2,82 – 3,11	3,09 – 3,20
Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros	2,41 – 3,00	2,72 – 3,07
Adequação de recursos humanos e materiais	2,07 – 2,62	2,66 – 2,88
Relações colegiais entre médicos e enfermeiros	2,78 – 2,99	2,99 – 3,07
PES-NWI total	2,51 – 2,92	2,92 – 3,00

Ao longos destes anos, tem-se chegado à conclusão que o APE influencia os resultados dos cuidados de enfermagem. Por isso, o seu estudo é de grande importância para a gestão dos cuidados de enfermagem e para a otimização da qualidade dos cuidados (Amaral, Ferreira, Vidinha, & Cardoso, 2013).

Os APE favoráveis tem demonstrado relevância em vários estudos, quer nos resultados para os doentes, quer nos resultados para os profissionais e hospitais (Jesus et al., 2015). Esses resultados estão sintetizados na figura 2 (resultados do APE favorável).

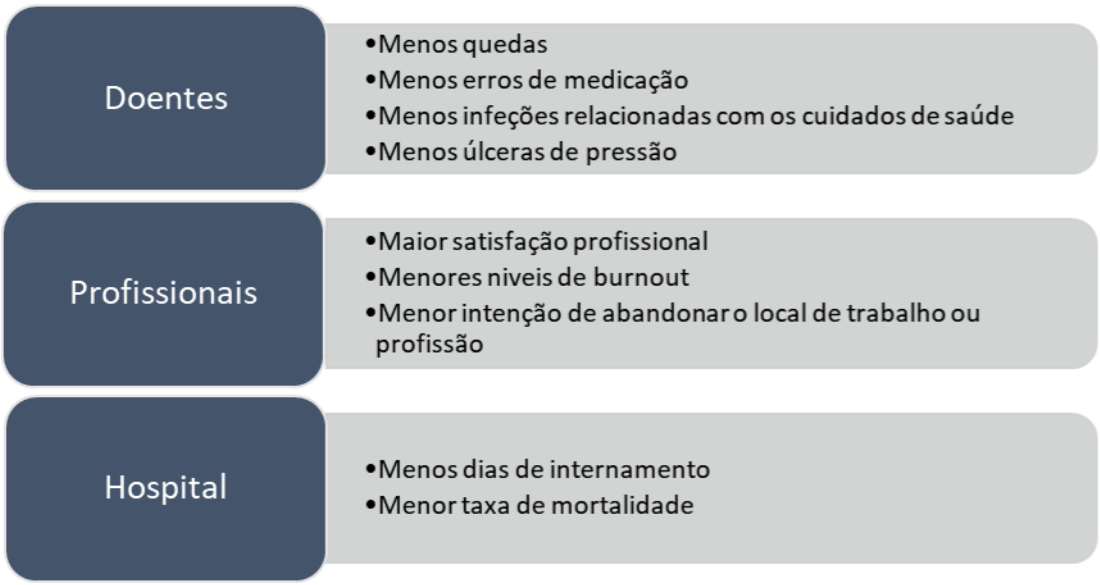

Figura 2: Resultados do APE favorável (adaptado de Jesus et al., 2015)

A promoção de um ambiente favorável à prática de enfermagem é uma das competências dos enfermeiros gestores. Pode ler-se no Regulamento do Perfil de

Competências do Enfermeiro Gestor (Diário da República, 2015, p. 5949) que o enfermeiro gestor é o motor “da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão, é gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação de recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros”.

Assim, a monitorização do APE é uma ferramenta fundamental para ajudar os enfermeiros gestores a melhorarem os resultados dos cuidados de enfermagem. Aiken et al. (2002), como citado por Jesus et al. (2015, p.28), refere que “a otimização do ambiente da prática pode ajudar a assegurar a qualidade dos cuidados, o que tem repercurssões positivas ao nível da gestão das organizações e da efetividade dos cuidados”.

CAPÍTULO II

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA

A metodologia é "o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação" (Fortin, 2009, p. 372).

Num processo de investigação deve-se explicar, detalhadamente, os princípios metodológicos e métodos utilizados. Neste capítulo, inclui-se toda a explicitação e fundamentação no que diz respeito às opções metodológicas e ao processo de construção de conhecimento seguido neste estudo.

1.1 – OBJETIVOS E HIPÓTESES

Os objetivos principais desta investigação são:

- Analisar a relação entre APE e os CO, num hospital de oncologia.
- Analisar a relação entre APE e a perceção que as pessoas internadas têm, nos serviços de especialidades médicas de um hospital de oncologia, acerca da individualização dos cuidados que lhes são prestados, medida pela escala *Individualized Care Scale – patient* (ICS_P).

Os objetivos específicos traçados para esta investigação foram:

- Avaliar o APE, em serviços de especialidades médicas de um hospital de oncologia;
- Analisar a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos;
- Caracterizar os CO reportados pelos enfermeiros;
- Analisar a relação entre o APE e o número total de CO que possam existir;
- Analisar a perceção que as pessoas internadas tÊm acerca da individualização dos cuidados que recebem;
- Analisar a relação entre o APE e a perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados que recebem.

De modo a dar resposta aos objetivos delineados, foram delineadas as seguintes hipóteses:

- Há diferenças no APE, medido pelo PES-NWI, consoante o serviço de internamento;
- Há diferenças no número (n.º) total de CO por falta de tempo, consoante o serviço de internamento;
- Há diferenças no n.º total de CO por falta de tempo, consoante o turno realizado;
- Há diferenças no n.º total de CO por falta de tempo, consoante o APE (favorável ou desfavorável) percecionado pelos enfermeiros;
- Há diferenças no n.º total de CO por falta de tempo, consoante o APE (favorável ou desfavorável) do serviço de internamento;
- Há diferenças na perceção que as pessoas internadas têm, acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, consoante o serviço de internamento;
- Há diferenças na perceção que as pessoas internadas têm, acerca da individualização dos cuidados recebidos, consoante o serviço de internamento;
- Há diferenças na perceção que as pessoas internadas têm, acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, e o APE (favorável ou desfavorável) do serviço de internamento;
- Há diferenças na perceção que as pessoas internadas têm, acerca da individualização dos cuidados recebidos, e o APE (favorável ou desfavorável) do serviço de internamento.

1.2 – TIPO DE ESTUDO

Esta investigação é do tipo quantitativo com um desenho descritivo-correlacional.

Segundo Fortin (2009) o desenho descritivo-correlacional serve para descrever fenómenos e para encontrar relações entre as variáveis.

1.3 – CONTEXTO E AMOSTRA

O estudo decorreu num hospital de oncologia, tendo sido estudada uma amostra de enfermeiros de 3 serviços de especialidades médicas, e uma amostra de pessoas que se encontravam internadas nesses serviços.

Para a constituição da amostra de doentes utilizou-se a amostragem consecutiva tendo como critérios de exclusão: apresentar alterações cognitivas, não saber ler nem escrever e ser menor de 18 anos. Para os enfermeiros optámos por incluir todos os que trabalhavam em 3 serviços de especialidades médicas que não ocupassem funções de chefia ou coordenação, que exerciam funções no serviço há mais de um ano e que aceitassem participar. Os serviços foram identificados como "Serviço-A", "Serviço-B" e "Serviço-C". Os serviços estão caraterizados, de uma forma geral, na Tabela 2.

Tabela 2: Caraterização dos serviços

Serviço	Número de camas	Motivos de internamento	Duração de internamento
Serviço-A	40	Tratamentos Controlo de sintomas	De 2 a 5 dias Até controlo dos sintomas
Serviço-B	24	Tratamentos Controlo de sinais e sintomas	Semanas Até controlo dos sinais e sintomas
Serviço-C	20	Controlo de sinais e sintomas	Até controlo dos sinais e sintomas

1.4 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Foram elaborados 2 questionários, um para os enfermeiros e outro para as pessoas internadas.

1.4.1 – *QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS*

O questionário para os enfermeiros inclui uma parte para caraterização demográfica e profissional, a escala PES-NWI versão portuguesa e uma parte com uma lista de cuidados a que se chamou "Cuidados omissos no seu último turno" (APENDICE I).

A escala PES-NWI foi desenvolvida por Lake (2002) para avaliar o APE. É uma escala de autopreenchimento, tipo *Likert*, de 1 a 4 e com *cut off point* de 2,5. *Scores* médios abaixo desse valor revelam ambientes desfavoráveis à prática de Enfermagem e *scores* acima revelam ambiente favoráveis, tanto para cada dimensão como para o global da escala. A escala original tem 5 dimensões, com um total de 31 itens e um

alfa de Cronbach global de 0,82. A tabela 3 faz uma caracterização da escala PES-NWI original.

Tabela 3: Caracterização da escala PES-NWI original (Fonte: Lake, 2002)

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

A escala PES-NWI foi traduzida e validada para a população portuguesa por Amaral et al. (2012), mantendo as 5 dimensões e os 31 itens, com um alfa de Cronbach global de 0,89. A tabela 4 resume a escala PES-NWI traduzida e validada para a população portuguesa.

A utilização dos instrumentos foi autorizada pelo autor da versão portuguesa, que é o orientador desta investigação.

Tabela 4: Caracterização da escala PES-NWI utilizada (Fonte: Amaral et al., 2014)

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

A parte do instrumento que contém uma lista de cuidados omissos tem também questões relacionadas com aspetos do último turno realizado pelos enfermeiros. A lista apresenta, 13 cuidados de enfermagem pré-definidos estudados noutras investigações, nomeadamente no estudo RN4Cast. Esta última questão pede para que sejam indicados quais os cuidados que, embora fossem necessários realizar, não foram realizados por falta de tempo no último turno. Os 13 tipos de CO são: vigilância adequada dos doentes, cuidados com a pele, higiene oral, confortar/falar com os doentes, educar doentes e familiares, tratamentos e procedimentos, administrar a medicação no horário, preparar os doentes e os familiares para alta, documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada, elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem, planear cuidados e, por último, mudar o doente de posição com a frequência necessária.

1.4.2 – *QUESTIONÁRIO PARA AS PESSOAS INTERNADAS*

O questionário para as pessoas internadas inclui uma parte para caraterização demográfica e obtenção de dados relacionados com o internamento, e uma parte com a *Individualized Care Scale – patient* (ICS_P) versão portuguesa (APENDICE II).

A escala ICS_P foi desenvolvida por Suhonen, Välimäki, e Katajisto (2000) que em 2010 foi adapatada para comparação intercultural (Suhonen et al., 2010). A escala tem duas dimensões. A Primeira dimensão (ICS_P-A) avalia a perceção que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados. A segunda dimensão (ICS_P-B) avalia a perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos.

Cada dimensão tem 17 itens divididos em 3 sub-dimensões, semelhantes nas dimensões, que avaliam aspetos da situação clínica, situação da vida pessoal e controlo de decisão (Suhonen et al., 2010). O alfa de Cronbach das dimensões e sub-dimensões variam entre 0,77 e 0,97 (Suhonen et al., 2010). É uma escala de autopreenchimento, tipo *Likert*, de 1 a 5 em que quanto maior é o *score*, melhor é a perceção. O *score* de cada dimensão e sub-dimensão é calculado pela média aritmética dos itens constituintes.

A escala ICS_P foi traduzida e validada para a população portuguesa por Amaral et al. (2014). As dimensões e sub-dimensões foram mantidas, bem como o número de itens em cada dimensão. A tabela 5 faz uma caraterização geral da escala utilizada.

Tabela 5: Caraterização da escala ICS_P utilizada (Fonte: Amaral et al., 2014)

Dimensão	Sub-dimensão	Número de itens	Alfa de Cronbach
ICS_P-A		17	0,93
	Clinical situation	7	0,86
	Person life situation	4	0,85
	Decisional control	6	0,86
ICS_P-B		17	0,86
	Clinical situation	7	0,65
	Person life situation	4	0,78
	Decisional control	6	0,85

A utilização dos instrumentos foi autorizada pelo autor da versão portuguesa, que é o orientador desta investigação.

1.5 – RECOLHA DE DADOS

A recolha de dados realizou-se entre 6 de novembro de 2017 e 2 de fevereiro de 2018. Os questionários foram distribuídos e recolhidos diretamente pelo investigador, de forma a não sobrecarregar os profissionais com essa tarefa.

Os questionários e os consentimentos foram distribuídos e recolhidos em envelope fechado. Na recolha foram depositados, pelo próprio participante, em urna fechada. A urna foi aberta no momento final da recolha de dados.

Inicialmente foram incluídos 3 serviços para recolha de dados. No período autorizado para colheita de dados (de 6 de novembro de 2017 a 2 de fevereiro de 2018) verificou-se que num dos serviços a maioria das pessoas internadas estavam excluídas do estudo, tendo em conta os critérios de exclusão definidos. No entanto, optou-se por distribuir os questionários aos enfermeiros desse serviço, de forma a estudar o APE e os CO.

Aos enfermeiros foram distribuídos 66 questionários e todos foram devolvidos completamente preenchidos (taxa de resposta de 100%). Às pessoas internadas foram distribuídos 41 questionários e foram devolvidos 40 questionários, todos completamente preenchidos (taxa de resposta de 97,56%).

1.6 – TRATAMENTO DE DADOS

Os dados recolhidos foram tratados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 22.

Foram utilizadas médias, desvios padrão, modas, cálculos de percentagem, assim como discriminação de mínimos e máximos para descrição das variáveis.

A normalidade da distribuição dos valores das variáveis foi estudada com recurso ao teste *Kolmogorov-Smirnov* ou *Shapiro-Wilk*, consoante o tamanho da amostra, análise da trimédia, coeficiente de assimetria e de curtose (Pestana & Gageiro, 2014). De acordo com os resultados desses testes, foram usados testes paramétricos (teste-t para duas amostras e ANOVA) ou testes não paramétricos (teste de *Mann-Whitney* ou teste de *Kruskal-Wallis*). As correlações entre as variáveis foram estudadas com recurso ao coeficiente de correlação de *Spearman*, uma vez que não se observou normalidade da distribuição dos valores das variáveis. Para a apresentação dos resultados utilizou-se a representação utilizada por Maroco (2011):

- ANOVA unifatorial: ***F* (***graus de liberdade***) =** *valor do teste*; ***p* =** *valor de p*;
- Teste-*t*: ***t* (***graus de liberdade***) =** *valor do teste*; ***p* =** *valor de p*;
- Teste de Mann-Whitney: ***U* =** *valor do teste*; ***W* =** *valor de Wilcoxon*; ***p* =** *valor de p*;
- Teste de Kruskal-Wallis: χ^2_{KW} **(***graus de liberdade***) =** *valor do teste*; ***p* =** *valor de p*;
- Correlação de Spearman: (***R_S* =** *valor da correlação*; ***p* =** *valor de p*; ***n* =** *tamanho da amostra*)

O nível de significância estabelecido em 5%.

A consistência interna das dimensões das escalas foi calculada com a utilização do alfa de Cronbach (Pereira & Patrício, 2016).

1.7 – ASPETOS ÉTICOS

Segundo Fortin (2009) qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões éticas e que, se por um lado, os conceitos em estudo, o método de colheita de dados e a divulgação de certos resultados podem contribuir para o avanço da ciência, por outro lado, podem lesar os direitos fundamentais das pessoas.

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

1.7.1 – *COMISSÃO DE ÉTICA*

Foi submetido o projeto de investigação à Comissão de Ética do hospital em causa a 3 de agosto de 2017, tendo recebido parecer favorável à sua realização, e a 3 de novembro de 2017 o conselho de administração do hospital finalizou o processo com a emissão de parecer favorável à realização da investigação (APENDICE III).

1.7.2 – *CONSENTIMENTO INFORMADO*

Todos os participantes foram informados dos objetivos e finalidades do estudo e foi-lhes assegurado o anonimato. Depois de informados consentiram em participar. Foi garantida a confidencialidade, a ausência de consequências e a possibilidade de desistência a qualquer momento até à publicação da investigação.

Os consentimentos informados dos enfermeiros (APENDICE IV) e das pessoas internadas (APENDICE V) foram distribuídos no mesmo envelope onde constavam os questionários. Os consentimentos informados continham uma parte destacável que ficava com o participante, onde constava informação sobre como proceder para o caso

de queres desistir da participação na investigação. Nessa informação constava um código pessoal e o correio eletrónico do investigador. Esse código pessoal encontrava-se imprimido, também, no questionário constante no envelope, de forma a poder eliminar o participante da investigação, caso fosse solicitado.

2 – RESULTADOS

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados desta investigação organizados da seguinte forma:

- Dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros;
- Dados sociodemográficos das pessoas internadas;
- APE medido pela PES-NWI;
- Cuidados omissos;
- Individualização dos cuidados medida pela ICS_P;

2.1 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PROFISSIONAIS DOS ENFERMEIROS

A amostra é construída por 66 enfermeiros, sendo 83,3% (*n* = 55) do sexo feminino. A média ($\bar{x}$) da idade é de 39,95 anos com desvio padrão (DP) de 8,87 anos, com mínimo (mín.) e máximo (máx.) de 25 e 60 anos, respetivamente. O tempo médio de exercício profissional é de 16,94 anos (DP = 8,46), com mínimo e máximo de 3 e 39 anos, respetivamente. Nas habilitações académicas verificou-se que 89,4% (*n* = 59) são licenciados, 9,1% (*n* = 6) são mestres e 1,5% (*n* = 1) é bacharel. Nove enfermeiros (13,8%) reportam deter o título de "Enfermeiro especialista" atribuído pela Ordem dos Enfermeiros. Dos 66 enfermeiros, 36,4% (*n* = 24) exercem funções no Serviço-A, o mesmo número no Serviço-B e 27,3% (*n* =1 8) no Serviço-C. Em média os enfermeiros exercem funções nesses serviços há 10,94 anos (DP = 7,26).

O resumo dos dados sociodemográficos e profissionais dos enfermeiros encontra-se na Tabela 6.

Tabela 6: Dados sociodemográficos dos enfermeiros

		n	%	Média	DP	Mín.	Máx.
Sexo	Feminino	55	83,3				
	Masculino	11	16,7				
	Total	66	100				
Idade				39,95	8,87	25	60
Habilitações académicas	Bacharelato	1	1,5				
	Licenciatura	59	89,4				
	Mestrado	6	9,1				
	Doutoramento	0	0				
Enfermeiro especialista	Não	56	86,2				
	Sim	9	13,8				
Anos de exercício profissional				16,94	8,46	3	39
Serviço	Serviço-A	24	36,4				
	Serviço-B	24	36,4				
	Serviço-C	18	27,3				
Anos no atual serviço	Serviço-A			10,67	7,97	1	30
	Serviço-B			11,12	7,24	1	30
	Serviço-C			11,06	6,66	1	17
	Total			10,94	7,26	1	30

2.2 – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DAS PESSOAS INTERNADAS

A amostra é constituída por 40 pessoas internadas, sendo 52,5% (*n* = 21) do sexo masculino. A média de idade é de 64,23 anos (DP = 13,21), com mínimo e máximo de 21 e 89 anos, respetivamente. Quanto à escolaridade verificou-se que 52,5% (*n* = 21) frequentaram a escola até ao 4.º ano, 20% (*n* = 8) entre o 5.º e 9.º ano, 7,5% (*n* = 3) entre o 10.º e 12.º ano e 20% (*n* = 8) frequentaram o ensino superior. Estavam internadas pela primeira vez 10% (*n* = 4).

As pessoas internadas estavam distribuídas de igual forma, 50% (*n* = 20), no Serviço-A e Serviço-B. O período de internamento médio foi de 12,80 dias (DP = 14,33) no Serviço-A, com mínimo e máximo de 3 e 61 dias, respetivamente. No Serviço-B o período médio foi de 15,30 dias (DP = 12,57), com mínimo de 3 dias e máximo de 46 dias.

O resumo dos dados sociodemográficos das pessoas internadas encontra-se na Tabela 7.

Tabela 7: Dados sociodemográficos das pessoas internadas

		n	%	Média	DP	Mín.	Máx.
sexo	Masculino	21	52,5				
	Feminino	19	47,5				
	Total	40	100				
Idade				64,23	13,21	21	89
Escolaridade	Até o 4.º ano	21	52,5				
	Entre o 5.º e o 9.º ano	8	20				
	Entre o 10.º e o 12.º ano	3	7,5				
	Ensino superior	8	20				
Primeiro internamento	Não	36	90				
	Sim	4	10				
Serviço de internamento	Serviço-A	20	50				
	Serviço-B	20	50				
N.º de dias de internamento decorridos	Serviço-A			12,80	14,33	3	61
	Serviço-B			15,30	12,57	3	46
	Total			14,05	13,37	3	61

2.3 – AMBIENTE DE PRÁTICA DE ENFERMAGEM MEDIDO PELA PES-NWI

Os resultados globais da aplicação da PES-NWI demonstraram uma média de 2,48 (DP = 0,24), indicando, de acordo com Lake (2002) um ambiente desfavorável à prática de enfermagem. Todas as dimensões do PES-NWI apresentam *scores* médios inferiores a 2,5, com exceção da dimensão "Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados" ($\bar{x}$ = 2,87 e DP = 0,24).

Na análise por serviço, verificou-se que a avaliação da PES-NWI no Serviço-A, Serviço-B e Serviço-C foi em média de 2,46 (DP = 0,25), 2,53 (DP = 0,23) e 2,41 (DP = 0,23), respetivamente. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (F (2) = 1,362; p = 0,26). Dicotomizando o valor médio da PES-NWI em favorável e desfavorável, pode-se dizer que o Serviço-A e Serviço-C têm um ambiente desfavorável à prática de enfermagem e o Serviço-B tem um ambiente favorável (Lake, 2002).

Evidencia-se que os enfermeiros do Serviço-B consideram que o seu ambiente é favorável à prática de Enfermagem e que 3 das 5 dimensões apresentam médias também favoráveis ("Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados" ($\bar{x}$ = 2,89 e DP = 0,28), "Capacidade de gestão, liderança e de suporte aos enfermeiros" com média de 2,71 (DP = 0,43) e "Adequação de recursos humanos e materiais" com média de 2,57 (DP = 0,40).

Em todos os serviços a dimensão “Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados” obteve uma média favorável à prática de Enfermagem, ou seja, superior a 2,5. Por outro lado, as dimensões “Participação nas políticas do hospital” e “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” obtiveram scores médios inferior a 2,5 nos 3 serviços.

Para a dimensão “Participação nas políticas do hospital” o score médio foi de 2,24 (DP = 0,32) e verificou-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (F (2) = 2,285; p = 0,11). Os enfermeiros que trabalhavam no Serviço-A reportaram melhor perceção, com um *score* médio de 2,31 (DP = 0,23).

Na dimensão “Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados” o *score* global médio foi de 2,87 (DP = 0,24) e não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (F (2) = 0,284; p = 0,75). Os enfermeiros dos serviços Serviço-B e Serviço-C reportaram melhor perceção, com *scores* médios de 2,89 (DP de 0,28 e 0,25, respetivamente).

Na dimensão “Capacidade de gestão, liderança e de apoio aos enfermeiros” o score global médio foi de 2,45 (DP = 0,45) e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (χ^2_{KW} (2) = 9,521; p = 0,01). O Serviço-B tem melhor perceção ($\bar{x}$ = 2,71 e DP = 0,43) e o Serviço-C tem pior perceção ($\bar{x}$ = 2,21 e DP = 0,55).

Na dimensão “Adequação de recursos humanos e materiais” o score global médio foi de 2,19 (DP = 0,48) e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (F (2) = 18,997; p = 0,00). O Serviço-B tem melhor perceção ($\bar{x}$ = 2,54 e DP = 0,40) e o Serviço-C tem pior perceção ($\bar{x}$ = 1,96 e DP = 0,48).

Na dimensão “Relações colegiais entre enfermeiros e médicos” o score global médio foi de 2,31 (DP = 0,44) e verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os serviços (F (2) = 3,413; p = 0,04). O Serviço-A tem melhor perceção ($\bar{x}$ = 2,49 e DP = 0,46) e o Serviço-C tem pior perceção ($\bar{x}$ = 2,17 e DP = 0,37).

O alfa de Cronbach global foi de 0,79 e o de cada dimensão varia entre 0,52 e 0,72, sendo que todas as dimensões apresentam uma consistência interna aceitável ou boa, com a exceção da dimensão “Fundamentos da Enfermagem para a qualidade de cuidados” que apresenta uma consistência interna baixa (Pereira & Patrício, 2016).

O resumo das médias por dimensão e serviço encontra-se na Tabela 8. As médias a negrito são as que são favoráveis à prática de enfermagem.

Tabela 8: Médias das dimensões do PES-NWI por serviço

Dimensão	Serviço-A		Serviço-B		Serviço-C			Total dos Serviços		
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	*p*	Média	DP	Alfa de Cronbach
Participação nas políticas do hospital	2,31	0,32	2,13	0,31	2,28	0,32	0,11	2,24	0,32	0,66
Fundamentos da enfermagem para a qualidade de cuidados	2,84	0,20	2,89	0,28	2,89	0,25	0,75	2,87	0,24	0,52
Capacidade de gestão, liderança e de suporte aos enfermeiros	2,37	0,58	2,71	0,43	2,21	0,55	0,01	2,45	0,55	0,73
Adequação de recursos humanos e materiais	1,98	0,29	2,57	0,40	1,96	0,46	0,00	2,19	0,48	0,72
Relações colegiais entre enfermeiros e médicos	2,49	0,46	2,24	0,43	2,17	0,37	0,04	2,31	0,44	0,70
PES-NWI global	2,46	0,25	2,53	0,23	2,41	0,23	0,26	2,48	0,24	0,79

2.4 – CUIDADOS OMISSOS

O último turno mais referido pelos enfermeiros foi o turno da manhã, com 42,42% (*n* = 28) dos casos. O turno da tarde foi referido por 28,79% (*n* = 19) da mesma forma que o turno da noite. Em média os turnos têm uma duração de 8h23 (DP = 0h55) e 34,85% (*n* = 23) dos enfermeiros referem que, no último turno, trabalharam mais horas do que as contratualizadas.

O número de pessoas internadas que os enfermeiros foram responsáveis no último turno foi, em média, 6,55 (DP = 2,15), com um mínimo e máximo de 3 e 13, respetivamente. Os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas sob a sua responsabilidade no turno da noite ($\bar{x}$ = 8,47 e DP = 2,34) e menos no turno da manhã ($\bar{x}$ = 4,89 e DP = 1,1). Se avaliarmos por serviço, os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas sob a sua responsabilidade no Serviço-B ($\bar{x}$ = 6,88 e DP = 1,75) e menos no Serviço-C ($\bar{x}$ = 6,00 e DP = 2,00). Estes números são considerados os habituais para 48,48% (*n* = 32) dos enfermeiros, mas 36,36% (*n* = 24) consideram que habitualmente estes números são superiores.

O número de pessoas internadas que necessitaram de ajuda em todas as atividades de vida diárias responsáveis no último turno foi, em média, 3,42 (DP = 2,23), com um mínimo e máximo de 0 e 11, respetivamente. Os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas que necessitaram de ajuda em todas as atividades de vida diárias no turno da noite ($\bar{x}$ = 4,89 e DP = 2,88) e menos no turno da manhã ($\bar{x}$ = 2,64 e DP = 1,19). Se avaliarmos por serviço, os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas que

necessitaram de ajuda em todas as atividades de vida diárias no Serviço-C ($\bar{x}$ = 5,39 e DP = 2,25) e menos no Serviço-B ($\bar{x}$ = 2,50 e DP = 1,41).

O número de pessoas internadas que necessitaram de supervisão ou tratamentos frequentes no último turno foi, em média, 3,48 (DP = 2,31), com um mínimo e máximo de 0 e 11, respetivamente. Os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas que necessitaram de supervisão ou tratamentos frequentes no turno da noite ($\bar{x}$ = 3,84 e DP = 3,37) e menos no turno da manhã ($\bar{x}$ = 3,00 e DP = 1,59). Se avaliarmos por serviço, os enfermeiros tiveram mais pessoas internadas que necessitaram de supervisão ou tratamentos frequentes no Serviço-A ($\bar{x}$ = 3,67 e DP = 2,58) e menos no Serviço-C ($\bar{x}$ = 3,31 e DP = 2,68).

Relativamente ao papel do enfermeiro na prestação dos cuidados, 53,85% (n = 35) dos enfermeiros referem que no último turno prestaram quase todos os cuidados sozinhos e 43,08% (n = 28) referem que supervisionaram os cuidados prestados por outros profissionais e prestaram cuidados sozinhos. 3,08% prestaram apenas alguns cuidados e a maioria dos cuidados diretos foram prestados por outros profissionais.

Tendo em conta o número de pessoas internadas e o número total de enfermeiros no último turno, o rácio de pessoas internadas por enfermeiro no último turno foi, em média, de um enfermeiro para 6,45 doentes (DP = 2,28), com um mínimo e máximo de 3,17 e 12,50, respetivamente. O rácio foi mais alto no turno da noite ($\bar{x}$ = 8,80 e DP = 2,39) e mais baixo no turno da manhã ($\bar{x}$ = 4,62 e DP = 0,69). Se avaliarmos por serviço, o rácio foi mais alto no Serviço-B ($\bar{x}$ = 7,08 e DP = 2,02) e mais baixo no Serviço-C ($\bar{x}$ = 5,52 e DP = 1,73).

O número de outros profissionais que prestaram cuidados diretos às pessoas internadas no último turno foi, em média, 3,19 (DP = 1,60), com um mínimo e máximo de 1 e 6, respetivamente. O número de outros profissionais que prestaram cuidados diretos aos doentes no último turno foi superior no durante da manhã ($\bar{x}$ = 4,00 e DP = 1,15) e menor no turno da noite ($\bar{x}$ = 1,00 e DP = 1,00). Se avaliarmos por serviço, o número de outros profissionais que prestaram cuidados diretos às pessoas internadas foi maior no Serviço-A ($\bar{x}$ = 3,89 e DP = 1,23) e menor no Serviço-B ($\bar{x}$ = 2,35 e DP = 1,35). O resumo dos dados anteriormente descritos encontra-se na tabela 9.

Tabela 9: Resumo do questionário “Cuidados omissos no seu mais recente turno”

		n	%	Média	DP	Mín.	Máx.
Último turno	Manhã	28	42,42				
	Tarde	19	28,79				
	Noite	19	28,79				
Duração do último turno	Manhã			8h08	0h52	6h00	9h00
	Tarde			7h41	0h20	7h30	8h30
	Noite			9h26	0h09	9h00	9h30
	Total			8h23	0h55	6h00	9h30
Duração superior à contratualizada	Sim	23	34,85				
	Não	43	65,15				
Número de pessoas que cada enfermeiro referiu ter a seu cargo no último turno	Manhã			4,89	1,10	3	8
	Tarde			7,05	0,97	5	9
	Noite			8,47	2,34	4	13
	Serviço-A			6,62	2,58	3	13
	Serviço-B			6,88	1,75	4	10
	Serviço-C			6,00	2,00	3	10
	Total			6,55	2,15	3	13
Número de pessoas que cada enfermeiro referiu ter a seu cargo no último turno comparativamente com o habitual	Superior	24	36,36				
	Inferior	10	15,15				
	Igual	32	48,48				
Número de pessoas internadas que necessitaram de ajuda em todas as atividades da vida diária	Manhã			2,64	1,19	1	5
	Tarde			3,11	2,02	1	8
	Noite			4,89	2,88	0	11
	Serviço-A			2,88	2,01	1	11
	Serviço-B			2,50	1,41	0	5
	Serviço-C			5,39	2,25	3	11
	Total			3,42	2,23	0	11
Número de pessoas internadas que necessitaram de supervisão ou tratamentos frequentes	Manhã			3,00	1,59	0	6
	Tarde			3,83	1,79	0	6
	Noite			3,84	3,37	0	11
	Serviço-A			3,67	2,58	0	11
	Serviço-B			3,42	1,79	0	6
	Serviço-C			3,31	2,68	0	10
	Total			3,48	2,31	0	11
Quem prestou os cuidados no último turno	Maioritariamente o enfermeiro	35	53,85				
	O enfermeiro supervisionou outros profissionais e prestou cuidados sozinho	28	43,08				
	Maioritariamente outros profissionais	2	3,08				
Rácio de pessoas internadas por enfermeiro no último turno	Manhã			4,62	0,69	3,17	6,00
	Tarde			7,26	1,42	5,00	11,33
	Noite			8,80	2,39	4,50	12,50
	Serviço-A			6,55	2,70	3,17	12,50
	Serviço-B			7,08	2,02	4,50	11,50
	Serviço-C			5,52	1,73	4,00	10,00
	Total			6,45	2,28	3,17	12,50

Relativamente às tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados, 54,55% (*n* = 36) dos enfermeiros referem prestar algumas vezes cuidados não relacionados com enfermagem. Raramente tratam de burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de pessoas internadas (69,70%, *n* = 46), assim como raramente transportam pessoas internadas, tanto dentro do hospital (75,76%, *n* = 50) como para fora dele (90,91%, *n* = 60). No que respeita a providenciar materiais e equipamentos, 54,55% (*n* = 36) dos enfermeiros referem que no último turno o fizeram algumas vezes. Frequentemente tiveram de atender telefonemas ou realizar tarefas burocráticas (56,06%, *n* = 21).

O resumo das tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados encontra-se na tabela 10.

Tabela 10: Tarefas realizadas no último turno não relacionadas com a prestação direta de cuidados

Outras tarefas	**Frequência**	***n***	**%**
Realizar cuidados não relacionados com enfermagem	Raramente	19	28,79
	Algumas vezes	36	54,55
	Frequentemente	11	16,67
Tratar de burocracias relacionadas com a transferência ou transporte de pessoas internadas	Raramente	46	69,70
	Algumas vezes	14	21,21
	Frequentemente	6	9,09
Transportar pessoas internadas para outros serviços ou para realizar exames dentro do hospital	Raramente	50	75,76
	Algumas vezes	13	19,70
	Frequentemente	3	4,55
Transportar pessoas internadas para outras instituições ou para realizar exames fora do hospital	Raramente	60	90,91
	Algumas vezes	5	7,58
	Frequentemente	1	1,52
Providenciar material e equipamentos	Raramente	18	27,27
	Algumas vezes	36	54,55
	Frequentemente	12	18,18
Atender telefonemas ou realizar tarefas burocráticas	Raramente	8	12,12
	Algumas vezes	21	31,82
	Frequentemente	37	56,06

Relativamente aos cuidados omissos, 19,70% dos enfermeiros não referiram qualquer cuidado omisso no último turno por falta de tempo, dentro da lista exposta. 16,67% deixaram 1 cuidado omisso, 40,92% deixaram entre 2 e 4 cuidados omissos e 22,74% deixaram entre 5 e 9 cuidados omissos no último turno, como verificado na Tabela 11.

Tabela 11: Número total de cuidados omissos referidos pelos enfermeiros

Número total de CO referidos	*n*	%
Sem referência a qualquer CO	13	19,70
1	11	16,67
2	9	13,64
3	9	13,64
4	9	13,64
5	5	7,58
6	6	9,09
7	3	4,55
9	1	1,52

No total dos enfermeiros, 40,1% (*n* = 21) referiram que, por falta de tempo, não confortaram/falaram com as pessoas internadas, 39,4% (*n* = 26) não elaboraram ou atualizaram os planos de cuidados de enfermagem, 37,9% (*n* = 25) não educaram as pessoas internadas ou seus familiares, 33,3% (*n* = 22) não documentaram os cuidados de enfermagem de forma adequada e, em igual percentagem, não prestaram cuidados de higiene oral. A vigilância adequada das pessoas internadas não foi realizada, por falta de tempo, por 28,8% (*n* = 28,8%) dos enfermeiros. A figura 3 esquematiza a percentagem de enfermeiros que referiram omissão dos cuidados no último turno.

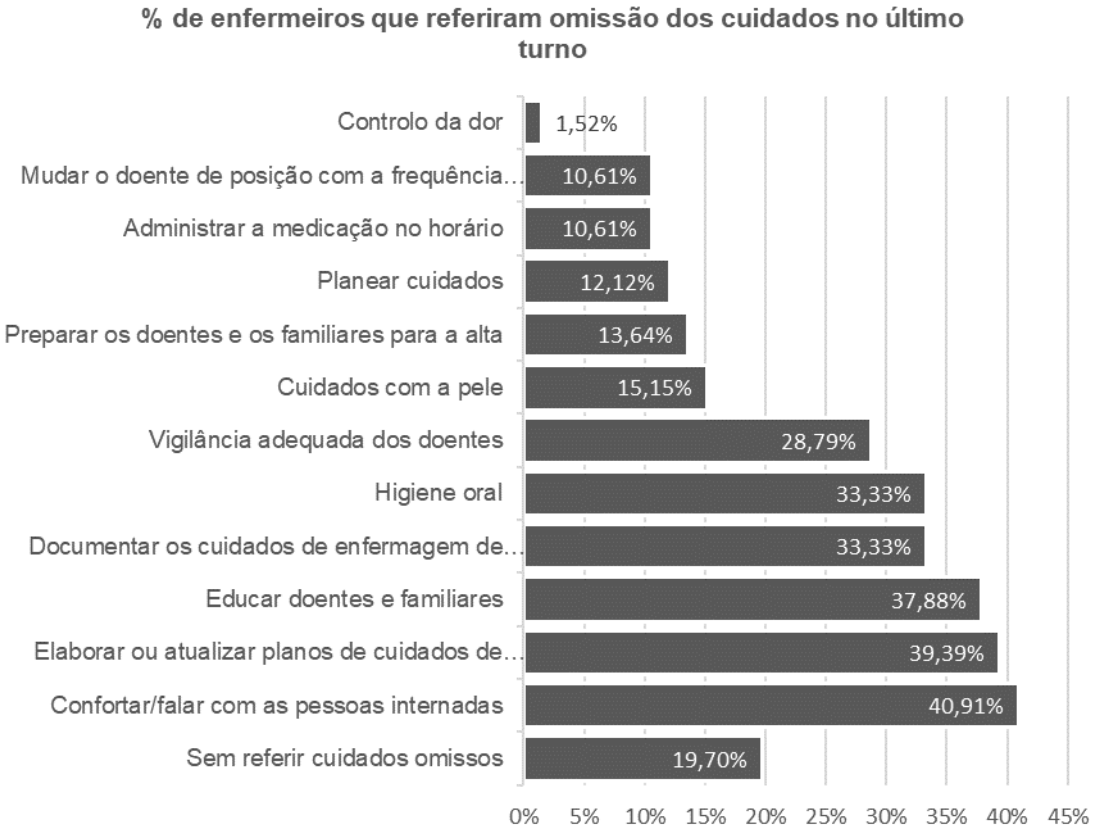

Figura 3: Cuidados omissos no último turno

No total foram omitidos 183 cuidados por falta de tempo no último turno, distribuídos pelo turno da manhã com 50,82% (*n* = 93), pelo turno da tarde com 33,33% (*n* = 61) e pelo turno da noite com 15,85 (*n* = 29). Os CO mais frequentes são "Confortar/falar com as pessoas internadas", "Elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem", "Educar doentes e familiares", "Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada", Higiene oral" e "Vigilância adequada de doentes". Verificou-se que no turno da noite "Administrar a medicação no horário" é um dos CO mais frequentes.

A Tabela 12 resume os CO do último turno, consoante o turno realizado.

Tabela 12: Distribuição dos cuidados omissos consoante o último turno

	Manhã	**Tarde**	**Noite**	**Todos os turnos**
Cuidado omisso	***n***	***n***	***n***	***n***
Confortar/falar com as pessoas internadas	13	11	3	27
Elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem	13	8	5	26
Educar doentes e familiares	17	6	2	25
Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada	15	4	3	22
Higiene oral	8	9	5	22
Vigilância adequada dos doentes	9	8	2	19
Cuidados com a pele	3	4	3	10
Preparar os doentes e os familiares para a alta	6	3	0	9
Planear cuidados	4	3	1	8
Administrar a medicação no horário	1	2	4	7
Mudar o doente de posição com a frequência necessária	3	3	1	7
Controlo da dor	1	0	0	1
Total de CO (% relativamente ao total de CO)	93 (50,82%)	61 (33,33%)	29 (15,85%)	183 (100%)

A média de CO por enfermeiro no turno da manhã foi de 3,32 (DP = 2,11), no turno da tarde foi de 3,21 (DP = 2,25) e no turno da noite foi de 1,53 (DP = 2,11). Observaram-se diferenças estatisticamente significativas do número total de CO, devido à falta de tempo, consoante o turno (χ^2_{KW} (2) = 10,009; *p* = 0,007).

Os 183 CO foram distribuídos pelo Serviço-A com 48,63% (*n* = 89), pelo Serviço-B com 21,86% (*n* = 40) e pelo Serviço-C com 29,51% (*n* = 54). Os CO mais frequentes consoante o serviço onde foram omitidos são os mesmos que foram descritos na tabela que distribuía os CO pelo último turno realizado (tabela 13), ou seja, "Confortar/falar com as pessoas internadas", "Elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem", "Educar doentes e familiares", "Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada", Higiene oral" e "Vigilância adequada de doentes".

A média de CO por enfermeiro foi de 3,71 (DP = 1,85) no Serviço-A, 1,67 (DP = 1,90) no Serviço-B e de 3,00 (DP=2,66) no Serviço-C. Existem diferenças estatisticamente significativas do número total de CO consoante o serviço (F (2) = 5,724; p = 0,005).

A tabela 13 resume os CO do último turno, consoante o serviço onde foi omitido.

Tabela 13: Distribuição dos cuidados omissos consoante o serviço onde foi omitido

	Serviço-A	**Serviço-B**	**Serviço-C**	**Todos os Serviços**
Cuidado omisso	***n***	***n***	***n***	***n***
Vigilância adequada dos doentes	13	2	4	19
Cuidados com a pele	6	1	3	10
Higiene oral	9	8	5	22
Controlo da dor	0	1	0	1
Confortar/falar com os doentes	15	5	7	27
Educar doentes e familiares	13	6	6	25
Tratamentos e procedimentos	0	0	0	0
Administrar a medicação no horário	2	1	4	7
Preparar os doentes e os familiares para a alta	6	3	0	9
Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada	8	5	9	22
Elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem	11	6	9	26
Planear cuidados	3	1	4	8
Mudar o doente de posição com a frequência necessária	3	1	3	7
Total de CO (% relativamente ao total de CO)	89 (48,63%)	40 (21,86%)	54 (29,51%)	183 (100%)

Os enfermeiros que consideram o APE favorável reportaram, em média, 2,53 (DP = 2,22) CO, enquanto que os que consideram o APE desfavorável reportam, em média, 2,97 (DP = 2,31) CO. Não se observaram diferenças estatisticamente significativas do número total de CO consoante o APE, favorável ou desfavorável, percecionado pelos enfermeiros (U = 481,50; W = 946,50; p = 0,446).

No Serviço-B, que têm um APE favorável, os enfermeiros reportam, em média, 1,67 (DP = 1,90) CO. No conjunto dos serviços que têm um APE desfavorável (Serviço-A e Serviço-C), os enfermeiros reportam, em média, 3,40 (DP = 2,23) CO. Observaram-se diferenças estatisticamente significativas do número total de CO consoante o APE, favorável ou desfavorável, do serviço (U = 272,00; W = 572,00; p = 0,002).

2.5 – INDIVIDUALIZAÇÃO DOS CUIDADOS MEDIDA PELA ICS_P

Na análise da individualização dos cuidados, com a aplicação da ICS_P, verificou-se uma média global de 3,81 (DP = 0,73) para a ICS_P-A (que avalia a perceção das pessoas internadas acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados), e de 4,40 (DP = 0,50) para a ICS_P-B (que avalia a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos). No ICS_P-A, a sub-dimensão "Situação clínica" foi a que obteve a média mais alta ($\bar{x}$ = 4,08 e DP = 0,74) e a sub-dimensão "Vida pessoal" a média mais baixa ($\bar{x}$ = 3,26 e DP = 1,09). Na ICS_P-B, a sub-dimensão que teve a média mais alta também foi a "Situação clínica" ($\bar{x}$ = 4,46 e DP = 0,56) e a que teve média mais baixa também foi a "Vida pessoa" ($\bar{x}$ = 4,29 e DP = 0,56). A sub-dimensão "Poder de decisão" obteve uma média de 3,26 (DP = 1,09) na ICS_P-A e de 4,29 (DP=0,56) na ICS_P-B.

O alfa de Cronbach da dimensão ICS_P-A foi de 0,89 e da dimensão ICS_P-B foi de 0,84, pelo que ambas as dimensões apresentam boa consistência interna. O alfa de Cronbach das sub-dimensões da ICS_P-A variaram entre 0,74 e 0,80 e da ICS_P-B ente 0,44 e 0,85. Todas as sub-dimensões apresentam boa consistência interna, com a exceção da sub-dimensão "Vida pessoal" da ICS_P-B que apresenta uma consistência interna muito baixa (Pereira & Patrício, 2016).

No que diz respeito aos aspetos relacionados com a "Situação clínica" da ICS_P-A, a perceção das pessoas internadas é igual nos dois serviços. Nas restantes sub-dimensões a perceção é superior no Serviço-A.

A perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos, assim como todas as suas sub-dimensões, é superior no Serviço-A.

Não se observaram diferenças, estatisticamente significativas, na perceção que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, consoante o serviço (t (38) = 0,287; p = 0,775), nem em qualquer uma das sub-dimensões. Também não se observaram diferenças estatisticamente significativas na perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos, consoante o serviço (U = 176,00; W = 386,00; p = 0,516), nem em qualquer uma das sub-dimensões.

A tabela 14 resumo as médias das dimensões e sub-dimensões do ICS_P, consoante o serviço.

Tabela 14: Médias das dimensões e sub-dimensões do ICS_P consoante o serviço

Dimensões e sub-dimensões	Serviço-A Média	Serviço-A DP	Serviço-B Média	Serviço-B DP	*p*	Todos os Serviços Média	Todos os Serviços DP	Alfa Cronbach
ICS_P-A Global	3,84	0,65	3,78	0,83	0,775	3,81	0,73	0,89
ICS_P-A Situação clínica	4,08	0,64	4,08	0,84	0,996	4,08	0,74	0,80
ICS_P-A Vida pessoal	3,26	1,04	3,25	1,16	0,981	3,26	1,09	0,74
ICS_P-A Poder de decisão	3,96	0,71	3,76	0,93	0,587	3,86	0,82	0,77
ICS_P-B Global	4,45	0,46	4,34	0,54	0,516	4,40	0.50	0,84
ICS_P-B Situação clínica	4,50	0,46	4,43	0,65	0,989	4,46	0,56	0,85
ICS_P-B Vida pessoal	4,39	0,58	4,19	0,53	0,271	4,29	0,56	0,44
ICS_P-B Poder de decisão	4,45	0,59	4,34	0,68	0,599	4,40	0,63	0,82

No que diz respeito à existência de diferenças, estatisticamente significativas, da ICS_P consoante o APE (favorável ou desfavorável) do serviço, e tendo em conta que o Serviço-A tem um APE desfavorável e o Serviço-B tem um APE favorável, obtemos exatamente os mesmos resultados encontrados na verificação de diferenças entre o ICS_P consoante o serviço. Ou seja, não se observam diferenças, estatisticamente significativas, tanto na perceção das pessoas internadas acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, como na perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, consoante o APE (favorável ou desfavorável).

Observou-se uma correlação moderada, estatisticamente significativa, entre a perceção que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualiz

ação dos cuidados e a perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos (R_S = 0,667; p = 0,000; n = 40).

DISCUSSÃO

A nossa investigação procurou analisar a relação entre o APE e os cuidados de Enfermagem que ficam omissos, assim como a relação entre o APE a perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos. Esta investigação foi a primeira a realizar-se em contexto exclusivamente oncológico em Portugal, pelo menos que seja do conhecimento do autor. Deste modo, sublinha-se a importância de analisar o APE em contextos específicos de cuidado, uma vez que pode ser influenciado pela cultura organizacional e pela tipologia dos cuidados (Lake, 2002).

Globalmente, os resultados demonstram que o APE é desfavorável à prática dos enfermeiros (PES-NWI global com $\bar{x}$ = 2,48), o que poderá refletir em resultados negativos para os utentes, profissionais e organização (Lake, 2002). Considerando os estudos internacionais, quanto mais favorável o é APE, melhores resultados de saúde são alcançados (Jesus et al., 2015) e, literatura internacional, verifica-se que os APE são, no global, favoráveis (Choi e Boyle (2014); Yang, Liu, Huang, e Zhu (2013), Fuentelsaz-Gallego, Moreno-Casbas, e González-María (2013), Hessels, Flynn, Cimiotti, Cadmus, e Gershon (2015) e Friese (2012)). Salienta-se este último, uma vez que se realizou em contexto de oncologia ambulatória, e obteve um PES-NWI médio de 3,59.

Em Portugal, o estudo de Amaral et al. (2013) revelou, embora *borderline*, um APE favorável (PES-NWI global com $\bar{x}$ = 2,57), o que diverge ligeiramente de PES-NWI global do encontrado nesta investigação. Este fato pode dever-se ao tamanho da amostra e contexto onde decorrem os estudos.

Contudo, outros estudos realizados em Portugal (Roque, e Amaral (2015), Tavares (2014) e Tavares, Silva, Sá-Couto, Boltz, e Capezuti (2017)), realizados em contextos diferentes, demonstraram APE desfavoráveis, corroborando os dados desta investigação. Independentemente do contexto, estes dados reforçam que o APE em Portugal se apresenta mais desfavorável do que favorável.

Este estudo, embora circunspecto a um contexto clínico específico, da oncologia, aponta para a necessidade de um maior investimento governamental, organizacional e de liderança de Enfermagem. Considera-se que a vulnerabilidade do doente oncológico requer APE favoráveis, tendo em conta a transição que estas pessoas

vivem (cirurgia, radioterapia, quimioterapia e cuidados paliativos). Assim, as organizações devem priorizar APE favoráveis, que se irão refletir na qualidade dos cuidados de Enfermagem, quer a nível técnico como relacional.

Dentro das dimensões da PES-NWI, a dimensão “fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados”, foi a que apresentou o *score* mais elevado, independentemente do serviço, corroborando os estudos de Yang et al. (2013), Amaral et al. (2013), Ferreira e Amendoeira (2014), Hessels et al. (2015) e Jesus et al. (2015). O que mais contribuiu para este resultado, foi o facto de os enfermeiros terem a perceção que existem programas de formação contínua, que trabalham com enfermeiros competentes, que utilizam diagnósticos de enfermagem e que existem planos de cuidados escritos e atualizados. Tendo em conta que o alfa de Cronbach nesta dimensão foi de 0,52, os enfermeiros não estão a avaliar da mesma forma que os itens constituintes querem efetivamente avaliar. Este facto pode estar relacionado com a preocupação individual dos enfermeiros em evidenciar aspetos da qualidade, mais como um modelo exposto do que o modelo em uso.

A dimensão da PES-NWI que obteve o *score* mais baixo foi a adequação de recursos materiais e humanos, o que sugere falta de enfermeiros (que tem sido referenciado um dos fatores que pode contribuir para resultado). Em Portugal o estudo de Roque e Amaral (2015) reporta resultados similares. Em relação aos recursos humanos, realça-se que rácios elevados de doentes por enfermeiro conduzem a piores resultados (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007).

Este estudo analisou o APE em 3 serviços e, apesar de 2 terem APE desfavoráveis (Serviço-A e Serviço-C) e 1 favorável (Serviço-B), não se verificaram diferenças estatisticamente significativas. Este facto é de grande importância, uma vez que não se esperam diferenças significativas no APE de uma organização, já que o APE é influenciado pela cultura organizacional (Lake, 2002).

Contudo, importa sublinhar que no Serviço-B os fatores relacionados com a adequação de recursos humanos (como rácios adequados para prestar cuidados de qualidade e serviços de apoio que permitem aos enfermeiros passar mais tempo com as pessoas internadas) e com a capacidade de gestão (o enfermeiro chefe ser bom gestor e líder, apoiando a equipa de enfermagem na tomada de decisões) contribuíram para perceções mais favoráveis do APE.

O último turno realizado pelos enfermeiros foi maioritariamente o da manhã. Em média, os turnos têm 8h23 e 34,85% dos enfermeiros referem que, no último turno realizado, trabalharam mais do que o contratado.

Verifica-se uma sobrecarga dos enfermeiros no turno da noite, uma vez que se verifica um aumento do rácio de doentes por enfermeiro assim como um aumento do número de pessoas dependentes por enfermeiro. O rácio encontrado nesta investigação é de difícil comparação com os estudos internacionais, visto as diferentes competências dos enfermeiros nos diversos países.

Nesta investigação, 53,8% dos enfermeiros consideram que realizam os cuidados maioritariamente sozinhos, essencialmente no turno da manhã. Decorrente dos modelos organizacionais, o turno da manhã ainda surge associado a uma maior intervenção de Enfermagem (sejam elas autónomas ou interdependentes). Este dado pode implicar uma maior sobrecarga para os enfermeiros contribuindo de algum modo para perceções de APE mais desfavoráveis, neste domínio. Tavares (2014) acrescentou que a sobrecarga, dificuldade nos cuidados e gratificação associam-se com a perceção dos APE. Explorar estas variáveis em futuros estudos poderá contribuir para uma melhor compreensão. Estas perceções podem ser estudadas em futuras investigações em contextos oncológicos. Esta mesma análise pode-se estender-se aos cuidados omissos.

Os resultados demonstram que os enfermeiros caracterizarem os 3 serviços de forma similar, no que diz respeito ao rácio de pessoas internadas por enfermeiro. Contudo, no Serviço-C os enfermeiros reportam que têm mais pessoas a seu cargo com necessidade de ajuda em todas as necessidades ou tratamentos frequentes. Este dado pode decorrer da especificidade do serviço e contribuir para os resultados obtidos na dimensão “adequação de recursos humanos e de materiais” da PES-NWI, no Serviço-B.

Dentro das atividades que não estão relacionadas diretamente com o cuidar, os enfermeiros reportam que atendem muitos telefonemas ou realizam tarefas burocráticas e que algumas vezes têm que pedir material e equipamento ou realizar atividades não relacionadas com a Enfermagem. Este facto pode contribuir para que os enfermeiros tenham menos disponibilidade para estar com as pessoas internadas, uma vez que despendem de tempo para realizar estas tarefas. Segundo Aiken et al. (2018), despender tempo com atividades não realizadas com a Enfermagem pode contribuir para o aumento de CO.

Os CO mais frequentes foram “confortar/falar com as pessoas internadas” (40,91%), “elaborar ou atualizar planos de cuidados de enfermagem” (39,39%), “educar doentes e familiares” (37,88%), “documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada” (33,33%), “higiene oral” (33,33%) e “vigilância adequada dos doentes” (28,79%). Estes

resultados são similares a estudos internacionais (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths (2013), Hessels et al. (2015) e Aiken et al. (2018)). A nível nacional, o estudo de Braga, Jesus, e Araújo (2018) identifica os mesmos CO e com valores percentuais similares, com exceção de "falar e confortar os doentes" (com 50,1%).

A média global de CO por enfermeiro foi de 2,77, inferior ao estudo de Aiken et al. (2018), que obteve uma média de 3,5 CO por enfermeiro. Há que salientar a elevada percentagem de enfermeiros que reportaram pelo menos um CO (80,3%) que, embora inferior, não é distante dos 87% verificados no estudo de Ball et al. (2013).

Os CO mais reportados na literatura são "confortar/falar com os doentes", "educar doente e família", "planear e atualizar planos de cuidados", "vigilância adequada de doentes" e "documentar os cuidados de enfermagem" (Aiken et al., 2018). Contudo, as percentagens encontradas na presente investigação são mais baixas, comparativamente ao estudo supracitado, no que diz respeito aos CO "confortar/falar com as pessoas internadas" e "educar os doentes e família". Uma possível explicação pode dever-se ao contexto em que decorreu esta investigação. Em oncologia, a filosofia do cuidar passa por diminuir o sofrimento das pessoas internadas, confortando-as e falando com elas. Por outro lado, a gestão da dor é o cuidado menos omisso tal como em todos os estudos, embora neste estudo se observe valores percentuais claramente inferiores comparativamente aos estudos de Aiken et al. (2018) e Braga et al. (2018), 1,45% versus 7% e 6%, respetivamente. Este resultado pode refletir a preocupação da gestão da dor dos doentes oncológicos.

Os CO encontrados vão ao encontro do APE global, encontrado nesta investigação. Ambientes desfavoráveis levam os enfermeiros a optarem por dimensões do cuidado mais do domínio do interdependente desvalorizando as atividades autónomas. É necessário trabalhar o APE, de forma a torná-lo mais favorável, para que os enfermeiros valorizem mais as intervenções autónomas.

Há que salientar que o facto de as percentagens de CO reportados serem inferiores aos estudos apresentados pode dever-se ao facto dos CO não serem valorizados pelos enfermeiros que responderam na presente investigação. Se os cuidados não forem valorizados pelos enfermeiros, mesmo que não sejam realizados, não serão considerados como omissos.

Verificou-se que no serviço com APE favorável, Serviço-B, se reportaram menos cuidados omissos ($\bar{x}$ = 1,67) relativamente ao conjunto dos serviços com APE desfavorável ($\bar{x}$ = 3,40). Este resultado, que é estatisticamente significativo, encontra-se em consonância com os estudos de Hessels et al. (2015) e de Aiken et al. (2018),

que revelam menos CO à medida que o APE é mais favorável. Este resultado é de extrema importância, uma vez que reforça a importância que o APE tem nos resultados obtidos (ou seja, nos CO). Hessels et al. (2015) reforça que resultados como este, são relevantes para a alta gestão do hospital, uma vez que a omissão de cuidados põe em causa a segurança do doente.

Para melhorar o APE (e consequentemente reduzir os CO) Aiken et al. (2018) sugere que os hospitais devem implementar estratégias que promovam: a participação dos enfermeiros nas políticas do hospital, o desenvolvimento da profissão focado na qualidade dos cuidados, a adequação de recursos humanos e materiais, boas relações entre enfermeiros e médicos, e que tenham líderes com boas capacidades de liderança e de gestão para dar suporte aos enfermeiros. Promover um APE favorável tem um custo baixo e, além disso, é custo-efetivo, uma vez que melhora os resultados.

Em relação às perceções que as pessoas internadas têm acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, obteve-se uma média global de 3,81 (num intervalo entre 1 e 5), sendo que a sub-dimensão com maior média foi “situação clínica” (que avalia aspetos como sentimentos das pessoas, necessidade de cuidados, responsabilidade no autocuidado, verificação de alterações da situação clínica, ter em conta os medos e ansiedade das pessoas, perguntar como a doença afeta a pessoa internada e o significado que a doença tem para a pessoa), com uma média de 4,08 nos dois serviços. A dimensão com menor média foi “vida pessoal” (que avalia aspetos como atividades habituais fora do hospital, internamentos anteriores, hábitos diários e participação da família nos cuidados), com 3,25 no Serviço-B e 3,23 no Serviço-A.

Estes valores estão abaixo dos encontrados por Amaral et al. (2014), com ICS_P-A médio de 4,03, no entanto as sub-dimensões com melhor e pior média são as mesmas.

No que respeita à perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados recebidos, obteve-se uma média global de 4,40 (num intervalo de 1 a 5), sendo que as dimensões com maior e menor média então em consonância com a avaliação que as pessoas fizeram acerca da preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados, sendo que o Serviço-A obteve melhores médias que o Serviço-B em cada dimensão (4,50 versus 4,43 relativamente à “situação clínica”, e 4,39 versus 4,19 relativamente à “vida pessoal”).

Estes valores são superiores ao encontrados por Amaral et al. (2014), com ICS_P-B médio de 4,32, e as dimensões com melhor e pior médias também são as mesmas.

Em estudo internacionais, salientamos o estudo de Gurdogan, Findik, e Arlan (2015), com uma amostra de 425 pessoas internadas, em serviços de especialidades médicas e serviços de especialidades cirúrgicas, num hospital universitário da Turquia. Os valores médios de ICS_P-A e ICS_P-B do estudo de Gurdogan et al. (2015) foram de 3,65 e 3,88, respetivamente, inferiores aos valores encontrados na presente investigação.

Os resultados do ICS_P-A e do ICS_P-B encontrados nesta investigação, comparativamente aos resultados do estudo de Amaral et al. (2014), sugere-nos que as pessoas internadas percecionam que os cuidados recebidos são mais individualizados, mesmo que os enfermeiros não tenham tanta preocupação quanto os de outros contextos.

Verificamos que não existem diferenças na ICS_P-A nem na ICS_P-B consoante o APE, o que contradiz Papastavrau et al. (2015), que refere que o APE (principalmente no que respeita à relação entre enfermeiros e médicos) é preditor para a uma melhor individualização dos cuidados prestados às pessoas. No entanto, a compaixão que os enfermeiros têm pelos doentes oncológicos e a fragilidade emocional dos doentes oncológicos podem ter contribuído para uma melhor perceção das pessoas internadas sobre a individualização dos cuidados recebidos. Há que ressalvar que o estudo de Papastavraus et al. (2015) não estudou a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados, mas sim a perceção dos enfermeiros acerca da individualização dos cuidados, utilizando uma escala que tem exatamente os mesmos itens que o ICS_P, mas numa perspetiva de quem presta os cuidados.

A relação entre o ICS_P-A o ICS_P-B desta investigação sugere que quanto maior é a preocupação dos enfermeiros em prestar cuidados individualizados, maior é a satisfação das pessoas internadas. Por isso, de forma a melhorar a perceção que as pessoas internadas têm acerca da individualização dos cuidados recebidos, os enfermeiros devem prestar mais atenção aos aspetos relacionados com a vida pessoal das pessoas internadas (já citados anteriormente) e aos aspetos relacionados com o poder de decisão das pessoas internadas (verificar se as pessoas internadas desejam informações, verificação a compreensão das informações dadas às pessoas, ter em conta os desejos pessoais das pessoas, deixar as pessoas expressarem a sua opinião acerca dos cuidados que lhes são prestados e ter alternativas aos cuidados prestados).

É de referir que esta investigação é inédita, uma vez que não encontramos nenhum estudo, nacional ou internacional, que relacione o APE com a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados, utilizando a ICS_P. Acreditamos

que fatores como o tamanho da amostra e o próprio contexto onde foi desenvolvida a investigação (oncologia) possa ter influenciado o resultado. Seria importante, em estudos futuros, aumentar o tamanho da amostra e alargar o contexto de estudo, para procurar uma possível relação entre o APE e a perceção das pessoas internadas acerca da individualização dos cuidados de enfermagem (medida pela ICS_P).

O período de colheita de dados pode ter influenciado os resultados (uma vez que a colheita de dados foi realizada após meses de protestos dos enfermeiros, em clara manifestação de descontentamento com questões de valorização profissional) resultando em perceções do APE mais desfavorável do que verdadeiramente são, o que pode constituir uma limitação.

Outra limitação é que a consistência interna da dimensão do PES-NWI "fundamentos da enfermagem para a qualidade dos cuidados" é baixa (alfa de Cronbach = 0,52), assim como a consistência interna da sub-dimensão do ICS_P-B "Vida pessoal" (alfa de Cronbach = 0,44), ou seja, os respondentes não estão a interpretar os itens da mesma forma.

O tamanho da amostra pode ser considerado uma limitação. No entanto, se se considerar que participaram todos os enfermeiros elegíveis, a presente investigação acabou por ser um estudo de caso no que respeita aos APE e aos CO. Importa referir que a presente investigação está a ser replicada nos serviços de especialidades cirúrgicas do mesmo hospital, pelo que a limitação do tamanho da amostra pode vir a ser minimizada com a junção das duas investigações.

Como referido, todos os enfermeiros elegíveis para esta investigação disponibilizaram-se para participar, e 100% dos mesmos entregaram os questionários preenchidos. No que respeita às pessoas internadas, foi necessário cingir a colheita de dados a dois serviços, uma vez que num dos serviços as pessoas internadas apresentavam os critérios de exclusão De todas as pessoas internadas que foram abordadas para participar nesta investigação, apenas 1 pessoa recusou a participação e as restantes entregaram o questionário preenchido.

Esta linha de investigação encontra-se enquadrada com o consórcio RN4Cast, que recolhe dados relativos à satisfação dos enfermeiros, ambientes de prática, recursos disponíveis, aspetos da qualidade e da segurança, entre outros, com o objetivo de contribuir para as políticas nacionais e internacionais de enfermagem.

Sugere-se fazer estudos comparativos entre hospitais de oncologia e hospitais gerais de agudos, com o intuito de verificar se existem alterações nas perceções do APE bem como verificar se há necessidade de adaptar à especificidade de oncologia.

Futuros estudos deveriam analisar o motivo pelo qual os enfermeiros deixam CO numa jornada de trabalho, assim como o motivo pelo qual priorizam os cuidados interdependentes em detrimento das ações autónomas de Enfermagem, para que se possam desenvolver estratégias com vista à sua redução e, consequentemente, prestar cuidados mais seguros.

Também seria importante, tentar perceber porque é que os enfermeiros dispensam o seu tempo com atividades não relacionadas com a Enfermagem, como pedir material e equipamento ou realizar tarefas burocráticas, analisando o tempo real despendido nas mesmas, procurando estabelecer relações com o impacte que tem nos resultados para as pessoas internadas.

CONCLUSÕES

A qualidade dos cuidados é uma exigência nos dias de hoje, tanto pela competitividade como pela necessidade de cuidados cada vez mais complexos. A qualidade está relacionada, entre outras coisas, com a segurança do doente e com a individualização dos cuidados.

Sendo importante medir a qualidade dos cuidados, também é necessário medir o que a pode influenciar. Os estudos revelam que o APE pode influenciar a qualidade dos cuidados, sendo que ambientes favoráveis são mais propícios a melhores resultados, tanto para os recetores dos cuidados, como para os enfermeiros e organizações, reduzem os CO e permite desenvolver os cuidados centrados nas pessoas.

O APE nos serviços estudados é, no global, desfavorável à prestação de cuidados de qualidade, e não foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os três serviços. Apenas a dimensão “Fundamentos para a prática de enfermagem” obteve pontuações médias que se revelam favoráveis à prática de enfermagem, em todos os serviços.

As pessoas internadas têm a perceção que os cuidados recebidos são individualizados, embora menos expressiva em relação à preocupação dos enfermeiros com a individualização dos cuidados. No entanto, observou-se que existe uma correlação positiva entre a perceção que as pessoas têm acerca da preocupação dos enfermeiros em prestar cuidados individualizados e a perceção que têm acerca da individualização dos cuidados recebidos. A perceção das pessoas internadas foi independente do APE existente nos serviços (favorável ou desfavorável).

Verificaram-se reportes de omissão de cuidados que são importantes para a manutenção da qualidade dos cuidados de enfermagem de qualidade. No último turno, por falta de tempo, 80,3% dos enfermeiros referiram ter deixado pelo menos 1 CO. Os CO mais frequentes foram “confortar/falar com as pessoas internadas”, “elaborar ou atualizar os planos de cuidados de enfermagem”, “educar os doentes e familiares”, “documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada”, “higiene oral” e “vigilância adequada de doentes”. Verificou-se que os CO são dependentes do APE, sendo que no serviço onde o APE é favorável são reportados menos CO. Também existe dependência entre os CO e o turno realizado, sendo que no turno da manhã são reportados mais CO.

Tendo em conta a participação de todos os enfermeiros elegíveis para o estudo, esta investigação acabou por ser um estudo caso em relação ao APE e aos CO nos serviços. No entanto, é importante salientar que o período de recolha de dados desta investigação coincidiu com um período de revindicações profissionais por parte destes profissionais. Este fator pode ter contribuído para a perceção dos enfermeiros sobre os APE e CO.

Realça-se que esta investigação foi realizada paralelamente a uma outra, com a mesma metodologia, nos serviços de especialidade cirúrgica do mesmo hospital. 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.

Este estudo não deve ser generalizado para todos os cenários de prática uma vez que foi desenvolvido num cenário particular de oncologia, mais especificamente em serviços de especialidades médicas. Seria interessante que fossem desenvolvidos estudos com a mesma metodologia, em hospitais ou serviços exclusivamente oncológicos, a fim de comparar resultados e, porventura, aferir conclusões mais precisas.

O aspeto mais relevante deste estudo é que foram identificadas as dimensões dos ambientes de prática passíveis de melhoria, de forma a direcionar e reestruturar os ambientes de prática para que sejam mais favoráveis à prática de enfermagem.

Também foram identificados os cuidados omissos mais frequentes que devem ser objeto de reflexão por parte dos enfermeiros, gestores ou profissionais de saúde, com vista a adotar medidas corretivas que visem a diminuição da frequência dos mesmos.

Tendo em conta os resultados encontrados, sugere-se uma discussão alargada sobre o APE, principalmente no que respeita à adequação dos recursos humanos e materiais, participação nas políticas do hospital e na relação colegial entre médicos e enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

Agency for Healthcare Research and Quality. (n.d.). Glossary. Retrieved from https://psnet.ahrq.gov/glossary/e

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalsky, J., & Silber, J. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse bournout, and jon dissatisfaction. *Journal of American Medical Association, 288*(16), 1987-1993.

Aiken, L., Sloane, D., Ball, J., Bruyneel, L., Rafferty, A., & Griffiths, P. (2018). Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2017-019189

Amaral, A. (2010, Fevereiro). A efectividade dos cuidados de enfermagem - modelos de análise. *Revista Investigação em Enfermagem*, 96-105.

Amaral, A., & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 66-74.

Amaral, A., Ferreira, P., & Lake, E. (2012). Validation of the practice environment scale of the nursing work index (PES-NWI) for the portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences, 7*, pp. 280-288.

Amaral, A., Ferreira, P., & Suhonen, R. (2014). Translation and validation of the individualized care scale. *International Journal of Caring Sciences*, pp. 90-101.

Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T., & Cardoso, M. (2013). A perceção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados em quatro hospitais da região centro. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 75-78.

Ball, J. E., Murrells, T., Rafferty, A. M., Morrow, E., & Griffiths, P. (2013). 'Care left undone' during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care. *BMJ Quality & Safety*. doi:10.1136/bmjqs-2012-001767

Braga, C., Jesus, É., & Araújo, B. (2018). RN4Cast study in Portugal: nurses and care left undune. *Journal of Hospital Administration, 7*(2), 58-66. doi:10.5430/jha.v7n2p58

Carapeto, C., & Fonseca, F. (2006). *Administração pública - Modernização, qualidade e inovação.* (2.ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Carayon, P., Hundt, A. S., Karsh, B., Gurses, A., Alvarado, C., Smith, M., & Brennan, P. (2006, dezembro). Work system design for patient safety: the SEIPS model. *Quality and Safety in Health Care, 15*, pp. i50-i58. doi:10.1136/qshc.2005.015842

Charalambous, A., Chappell, N., Katajisto, J., & Suhonem, R. (2012). The conceptualization and measurement of individualized care. *Geriatric Nursing*, 17-27. doi:10.1016/j.gerinurse.2011.10.001

Choi, J., & Boyle, D. K. (2014). Differences in nursing practice environment among US acute care unit types: a descriptive study. *International Journal of Nursing Studies, 51*, 1441-1449. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.03.001

Coyle, Y., & Battles, J. (1999). Using antecedents of medical care to develop valid quality of care measures. *Journal of the International Society for Quality in Health Care, 11*, pp. 5-12.

Dale, B., & Cooper, C. (1995). *Qualidade total e recursos humanos: um guia para executivos.* (A. S. Carvalho, Trans.) Lisboa: Presença.

DGS. (2016, junho). SNS Recursos Humanos. Retrieved janeiro 28, 2018, from https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/08/SNSRecursosHumanos.pdf

Diário da República. (2015). Regulamento N.º 101/2015. *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro gestor*, 5948- 5952. Portugal.

Donabedian, A. (1988). The Quality of CareHow Can It Be Assessed? *JAMA, 260*, 1743–1748. doi:10.1001/jama.1988.03410120089033

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, pp. 1115-1119.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford University Press.

Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing, 38*, 29-39. doi:10.1046/j.1365-2648.2002.02143.x

Doran, D., & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. In D. Doran, *Nursing outcomes - The state of the science* (2ª ed., pp. 1-23). Jones & Bartlett Learning.

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., … Cranley, L. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in

acute care settings. *Research in Nursing & Health*, pp. 61-70. doi:10.1002/nur.20110

Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., . . . Tourangeau, A. (2006). Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term-care settings. *Nursing Research, 55*, pp. S75-S81.

Ferreira, M. R., & Amendoeira, J. (2014). Estudo de adaptação e validação da escala ambiente de trabalho da prática de enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo, 48*(4), 690-696. doi:10.1590/S0080-623420140000400017

Fortin, M-F. (2009). *O processo de investigação - da concepção à realização* (5.ª ed.). (N. Salgueiro, Trans.) Lusociência.

Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes.* Lisboa: Lidel.

Friese, C. R. (2012). Practice Environments of Nurses employed in ambulatory oncology settings: measure refinement. *Oncology Nursing Forum*. doi:10.1188/12.ONF.166-172

Fuentelsaz-Gallego, C., Moreno-Casbas, M. T., & González-María, E. (2013). Validation of the Spanish version of the questionnaire Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies* (50), 274-280. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.08.001

Gurdogan, E. P., Findik, U. Y., & Arlan, B. K. (2015). Patients' perception of individualized care and satisfaction with nursing care levels in Turkey. *International Journal of Caring Sciences, 8* (2), 369-275. doi:10.1097/NOR.0000000000000194

Hessels, A., Flynn, L., Cimiotti, J., Cadmus, E., & Gershon, R. (2015). The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. *Clinical Nursing Studies, 3* (4), 60-65. doi:10.5430/cns.v3n4p60

Irvini, D., Sidani, S., & Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economic$, 16*, 58-64.

Jesus, É., Roque, S., & Amaral, A. (2015). Estudo RN4CAST em Portugal: ambientes de prática de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 26-44.

Kalisch, B. (2006). Missed nursing care: A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality, 21*, pp. 306-313.

Kalisch, B., & Xie, B. (2014). Errors of omission: Missed nursing care. *Western Journal of Nursing Research, 36*, 875-890. doi:10.1177/0193945914531859

Kalisch, B., Landstrom, G., & Hinshaw, A. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 65*, pp. 1509-1517. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05027.x

Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care, 45* (12). doi:10.1097/MLR.0b013e3181468ca3

Lake, E. (2002). Development of the practice environment scale of the nurse work index. *Research in Nursing & Health, 25*, pp. 176-188. doi:10.1002/nur.10032

Manzo, B., Ribeiro, H., Brito, M., & Alves, M. (2011). As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ, 19*, pp. 571-576.

Maroco, J. (2011). *Análise estatatística - com utilização do SPSS* (5.ª ed.). Sílabo.

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Sawnson, E. (2014). *Nursing Outcomes Classification* (5ª ed.). Elsevier.

Norman, I. (2013). The nursing practice environment. *International Journal of Nursing Studies*, 1577-1579. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.006

OMS. (2008). *Guidance on developing quality and safety strategies with health system approach.* Recuperado a 06/02/2018 de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96473/E91317.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos* (2ª ed.).

Papastavrau, E., Acaroglu, R., Sendir, M., Berg, A., Efstathiou, G., Idvall, E., . . . Suhonen, R. (2015). The relationship betwen individualized care and the practice environment: an international study. *International Journal of Nursing Science* (52), 121-133. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.05.008

Pereira, A., & Patrício, T. (2016). *SPSS - Guia prático de utilização* (8.ª ed.). Sílabo.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais* (6.ª ed.). Sílabo.

Pisco, L. (2001). Perspectivas sobre a qualidade na saúde. *Qualidade em saúde, 5*, pp. 4-6.

Porto editora. (2012). Dicionário da língua portuguesa. Porto editora.

Silva, D. d. (2014). *Helping measure person-centred care.* Londres: The health foundation. Recuperado a 08/01/2018 de http://www.health.org.uk/sites/health/files/HelpingMeasurePersonCentredCare.pdf

Sousa, P. (2010). Qualidade em saúde: da definição de políticas à avaliação de resultados. *TMQ Qualidade, 1*.

Suhonen, R., Berg, A., Idvall, E., Kalafati, M., Katajisto, J., Land, L., … Leino-Kilpi, H. (2010). Adapting the Individualized Care Scale for cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* (24), 392-403. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00712.x

Suhonen, R., Välimäki, M., & Katajisto, J. (2000). Developing and testing an intrument for the measurement of individual care. *Journal of Advanced Nursing, 32*, 1253-1263. doi:10.1046/j.1365-2648.2000.01596.x

Suhonen, R., Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., & Katajisto, J. (2004). Testing the indivivualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 18*, pp. 27-36. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00255.x

Swiger, P., Patrician, P., Miltner, R., 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*, 76-84. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.06.003

Tavares, J. A., Silva, A. d., Sá-Couto, P., Boltz, M., & Capezuti, E. (2017). Nurse perception of care of hospitalized older adults - a comparative study between northern and central regions of Portugal. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (25). doi:10.1590/1518-8345.0839.2757

Tavares, J. P. (2014). *Avaliação do perfil de cuidado em Enfermagem geriátrico em hospitais de Portugal.* Tese de doutoramento, Universidade de Aveiro, Secção autónoma de ciências da saúde, Aveiro.

Timmings, F., Parissopoulos, S., Plakas, S., & Fouka, G. (2017). Economic recession in Greece and effects on quality nursin care. *Journal of Nursing Management*, pp. 163-166. doi:10.1111/jonm.12477

Twigg, D., Geelhoed, E., Bremner, A., & Duffield, C. (2013). The economic benefits of increased levels of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, pp. 2253-2261. doi:10.1111/jan.12109

Uchira, K., & Bosi, M. (2002). Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 18*, pp. 1561-1569.

Vuori, H. (1999). Development of quality assurance in health services. In *43rd European Quality Congress - Proceedings Book* (pp. 61-67). Madrid: Forum Calidad.

Yang, J., Liu, Y., Huang, C., & Zhu, L. (2013). Impact of empowerment on professional practice environments and organizational commitment among nurses: a structural equation approach. *International Journal of Nursing Practice, 19*, 44-55. doi:10.1111/ijn.12016

APÊNDICES

APÊNDICE I – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Código:___

Género:

☐ 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?

☐ Oncologia Médica

☐ Radioterapia

☐ Cuidados Paliativos

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.

1. Qual destes tipos descreve melhor o seu último turno completo?

☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite

2. Por favor, indique o número de horas que trabalhou no seu último turno completo? _____h _____m

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

☐ Sim ☐ Não

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

5. O número de doentes que referiu na pergunta anterior é habitual na sua carga de trabalho? (escolha apenas uma opção)

☐ Habitualmente é superior ☐ Habitualmente é inferior ☐ Habitualmente é igual

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

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

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

7. 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

☐ Supervisionei 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

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

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

O questionário continua. Por favor vire a página.

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

11. No seu último turno completo, com que frequência realizou as seguintes tarefas? (escolha apenas uma opção para cada uma das alíneas)

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

12. 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 II – QUESTIONÁRIO PARA PESSOAS INTERNADAS

CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Código:___

Género:

☐ Masculino

☐ Feminino

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

Em que serviço decorreu este período de internamento?

☐ Oncologia Médica

☐ Radioterapia

☐ Cuidados Paliativos

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: 1 – Discordo totalmente 2 – Discordo parcialmente 3 – Nem concordo, nem discordo 4 – Concordo parcialmente 5 – Concordo totalmente		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-se 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: 1 – Discordo totalmente 2 – Discordo parcialmente 3 – Nem concordo, nem discordo 4 – Concordo parcialmente 5 – Concordo totalmente		Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo, nem discordo	Concordo parcialmente	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 III – AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO

[redacted]

Exmo. Senhor
Enf. Filipe Santos
[redacted]

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 03/08/2017, 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 [redacted] 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
[redacted]
(Presidente)

APÊNDICE IV – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ENFERMEIROS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Autor: Filipe Manuel Paiva dos Santos (xxxxxxxxxx@outlook.pt)

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 Enfermagem, na área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, e tem como principal objetivo clarificar de que modo os ambientes de pática dos enfermeiros influenciam a qualidade e efetividade dos cuidados prestados.

Pretende-se, com este estudo, 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 Escola Superior de Enfermagem, 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 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 (xxxxxxxxxx@outlook.pt) a solicitar a sua exclusão, referindo o seguinte código: _____

APÊNDICE V – CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PESSOAS INTERNADAS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Autor: Filipe Manuel Paiva dos Santos (filipe_santos@outlook.pt)

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 Enfermagem, na área de Especialização em Gestão de Unidades de Cuidados, da Escola Superior de Enfermagem 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.

Pretende-se, com este estudo, 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 Escola Superior de Enfermagem 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 (filipe_santos@outlook.pt) a solicitar a sua exclusão, referindo o seguinte código: _____