



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**De Gestão em Enfermagem**

## **Gestão do Tempo dos Enfermeiros numa Unidade Cirúrgica de um Hospital da área de Lisboa**

**Pedro Moisés Gaspar da Silva**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**De Gestão em Enfermagem**

## **Gestão do Tempo dos Enfermeiros numa Unidade Cirúrgica de um Hospital da área de Lisboa**

**Pedro Moisés Gaspar da Silva**

**Professora Maria Teresa Ramalhal**

**2015**



*“Há quatro maneiras de perder tempo: nada fazer, não fazer o que se deve, fazê-lo mal, fazê-lo inoportunamente”*

Voltaire

## AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo **Tempo** investido no meu crescimento ao longo dos **Anos**,

Aos meus amigos: pela amizade mantida ao longo dos **Tempos**,

À Professora Teresa Ramalhal, pelo **Tempo** despendido comigo,

Aos meus colegas de turma, pelos **Meses** em que estivemos juntos

e por serem o compasso na gestão do meu **Tempo**,

À Rita Teles, pelas longas **Horas** em telefonemas motivadores,

À minha irmã mais velha, excelente gestora do **Tempo**, por  
me recordar o trabalho a fazer e por ter dispensado os seus **Minutos** preciosos

na resposta às minhas dúvidas,

A Deus, pelos **Anos, Meses, Semanas, Dias, Horas, Minutos** e **Segundos** de

vida! A Ele... o meu louvor em todo o **Tempo!**

## RESUMO

A crise económica que se fez sentir nos últimos anos em Portugal, levou à adoção de medidas de contenção de despesa nos serviços de saúde. Apesar do papel fundamental dos enfermeiros nesses serviços de saúde, a pressão das administrações em conter a despesa tem influência no dimensionamento da equipa de enfermagem. Sendo o tempo percecionado como um recurso valioso, torna-se premente o desenvolvimento de instrumentos que permitam compreender de que forma os enfermeiros o gerem. A literatura revela que os enfermeiros distribuem o seu tempo em intervenções de cuidados diretos, indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais, salientando ainda que o tempo despendido em cuidados diretos é determinante na qualidade dos cuidados, embora exista uma tendência atual para a diminuição de contacto entre enfermeiro/cliente. Partindo destes pressupostos, emergiu a seguinte questão de investigação: De que forma é que os enfermeiros distribuem o seu tempo durante um turno de trabalho?

Adotou-se a metodologia de estudo de caso, tendo como contexto uma unidade cirúrgica, de um hospital da área de Lisboa. O objetivo geral deste estudo visou identificar a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais. Como objetivos específicos foram definidos: observar o tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais durante um turno de trabalho e analisar as intervenções de enfermagem em que os enfermeiros despendem mais tempo durante um turno de trabalho.

Foi construída uma grelha de observação dividida em períodos de 15 minutos, que permitiu observar o turno de 16 enfermeiros e identificar a distribuição do seu tempo.

Concluiu-se que os enfermeiros nesta unidade cirúrgica despenderam 40% do seu tempo em cuidados diretos, 52% em cuidados indiretos, 4% em atividades associadas ao serviço e 4% em atividades pessoais. As intervenções que absorveram mais tempo à equipa de enfermagem foram registar (21,1%), passar e

receber informações do turno (18,5%), preparar medicação (10,2%) e administrar medicamento (9,6%).

**Palavras-chave:** Gestão do tempo; Recursos humanos em Enfermagem; Atividades de Enfermagem; Amostragem do Trabalho

## **ABSTRACT**

The economic crisis that emerged in recent years in Portugal has led to the adoption of some expense reduction measures in healthcare systems. Despite the fundamental role of nurses on those systems, the administrator's pressure in reducing expenses has influenced the dimensioning of nursing teams. Being time a valuable resource, it's urgent the development of instruments that allow understanding the way nurses manage it. Research reveals that nurses distribute their time in direct care interventions, indirect care, unit related activities and personal activities, referring that time used in direct patient care is fundamental in care quality, however there is a tendency to shorten the contact between nurses and patients. Reflecting this issue allowed the investigation question to develop: how do nurses distribute their time during a working shift?

It has been adopted the methodology of a Study Case, having as a context a surgical inpatient ward from a Lisbon area hospital. The main objective of this research was to identify nurses' time distribution in their direct care interventions, indirect care, unit related activities and personal activities. It was also defined as specific objectives observe the time spent by nurses in direct care interventions, indirect care, unit related activities and personal activities during a working shift and analyze the dispended time on the more frequent activities.

It was developed an observation grid divided in 15 minutes periods, which allowed observing the shift of 16 nurses and identifying their time distribution.

From the analysis it was concluded that nurses uses 40% of their time in direct patient care, 52% in indirect care, 4% in unit related activities and 4% in personal activities. The interventions that absorbed more time from the nursing team were

nursing records (21,1%), handovers (18,5%), preparing medicines (10,2%) and administering the medicines (9,6%).

**Keywords:** Time management; Nursing human resources; Nursing activities; Work sampling

## **ABREVIATURAS**

**Ed.** – Edição

**p.** – página

**Enf.º**- Enfermeiro

## **SIGLAS**

**AP** - Atividades Pessoais

**AS** - Atividades Associadas ao Serviço

**CIE** - Conselho Internacional de Enfermeiros

**CIPE®** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**DGS** - Direção Geral de Saúde

**ID** - Intervenções de Cuidados Diretos

**II** - Intervenções de Cuidados Indiretos

**MS** - Ministério da Saúde

**NIC** - *Nursing Interventions Classification*

**NGP** – Nova Gestão Pública

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**OPSS** - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**WHO** - World Health Organization

<b>ÍNDICE</b>	
AGRADECIMENTOS	iv
RESUMO	v
ABSTRACT	vi
ABREVIATURAS	viii
SIGLAS	viii
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>1. O IMPACTO DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE E A NOVA GESTÃO PÚBLICA</b>	<b>14</b>
1.1 Os Recursos humanos em Enfermagem	17
<b>2. AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	<b>19</b>
<b>3. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>23</b>
<b>4. A GESTÃO DO TEMPO</b>	<b>27</b>
4.1 Leis e Princípios da Gestão de Tempo	28
4.2 O tempo dos Enfermeiros	30
4.3 A Distribuição do Tempo dos Enfermeiros	32
<b>PARTE II- FASE METODOLÓGICA</b>	<b>35</b>
<b>1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO</b>	<b>36</b>
1.1 Tipo de Estudo	36
1.1 Questão de Investigação e objetivos do estudo	36
1.2 Construção do Instrumento de colheita de dados	38
1.3 Aplicação do Instrumento de colheita de dados	39
1.4 Questões Éticas	41
<b>2 APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>41</b>
2.1 Distribuição do tempo dos enfermeiros em intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais	43
2.2 Distribuição do tempo dos enfermeiros despendido em cada atividade	53

2.2.1	Os registos de Enfermagem	55
2.2.2	A passagem de turno	56
2.2.3	A preparação e administração de medicação	57
2.2.4	Outras atividades	59
<b>CONCLUSÕES</b>		60
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>		63
<b>APÊNDICES</b>		72
<b>APÊNDICE I – Grelha de Observação de Atividades</b>		73
<b>APÊNDICE II – Termo de Consentimento Informado</b>		76
<b>ÍNDICE DE GRÁFICOS</b>		
<b>Gráfico 1</b>	– Distribuição por género	42
<b>Gráfico 2</b>	– Distribuição por vínculo à instituição	42
<b>Gráfico 3</b>	– Distribuição por tempo profissional	43
<b>Gráfico 4</b>	– Distribuição por grau académico	43
<b>Gráfico 5</b>	– Número de atividades observadas	44
<b>Gráfico 6</b>	– Distribuição das Intervenções dos Enfermeiros	45
<b>Gráfico 7</b>	– Distribuição do tempo segundo o turno	47
<b>Gráfico 8</b>	– Distribuição do tempo segundo função do enfermeiro	48
<b>Gráfico 9</b>	– Distribuição do tempo segundo vínculo à instituição	49
<b>Gráfico 10</b>	– Média de valor de Barthel dos clientes atribuídos	50
<b>Gráfico 11</b>	– Distribuição do tempo segundo a dependência dos clientes atribuídos	51
<b>Gráfico 12</b>	– Número de clientes atribuídos aos enfermeiros	51
<b>Gráfico 13</b>	- Distribuição segundo o número de clientes atribuídos	52
<b>Gráfico 14</b>	- Distribuição do tempo segundo atividades	54

## INTRODUÇÃO

“Tempo é dinheiro”. Esta afirmação proferida por Benjamin Franklin, representa a urgência atual da nossa sociedade em perceber e gerir o tempo que temos, de forma a torná-lo produtivo (Stalk & Hout, 1993). Na verdade, o conceito e o valor do tempo são objetos de estudo dos filósofos há mais de dois milénios e dividem os sociólogos contemporâneos: uns defendem um paradigma “linear quantitativo”, outros um paradigma “cíclico qualitativo” (Chanlat, 1991). Com a revolução industrial e o crescimento da economia industrial, o tempo ganha um novo valor, sendo que para “os teóricos como Marx e Engels, o tempo, como o próprio homem, tornava-se uma mercadoria no processo de produção, porque a equação decisiva que associa aceleração e acumulação conferia, daí em diante, um valor humano ao tempo (Chanlat, 1991, p.179).

Sendo o tempo percebido como um recurso de valor nas organizações, torna-se essencial estudá-lo e desenvolver “ferramentas que sejam capazes de instrumentalizar as tomadas de decisão relacionadas ao controle de custos (...) aumento da produtividade e otimização dos recursos” (Mello, Fugulin e Gaidzinski, 2007, p.89).

O estudo do tempo e a valorização do mesmo torna-se premente, uma vez que paralelamente à crise económica que fustigou o nosso país nos últimos anos, assistimos a um aumento “das despesas em saúde em termos de consumo de recursos, quer em termos globais, quer em termos de despesa pública (...) refletindo os avanços tecnológicos da medicina, e o volume de recursos que a economia dedica ao sector da saúde” (Barros, 2009, p.20), ameaçando a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A Ordem dos Enfermeiros (OE) alerta que devido a estas despesas crescentes “que incluem os custos associados à prestação de serviços de enfermagem, os enfermeiros devem tomar a iniciativa na definição, análise e avaliação dos resultados de saúde e custos das suas atividades” (OE, 2001, p.1) defendendo ainda a importância destes profissionais se envolverem na investigação e desenvolvimento de modelos inovadores que contribuam para a evidência da eficácia da enfermagem no planeamento, gestão e desenvolvimento de políticas.

Apesar do papel fundamental dos enfermeiros nos serviços de saúde, a pressão das administrações para reduzir a despesa, tem implicações nas políticas de recursos humanos, com conseqüente diminuição da equipa de Enfermagem. Para fazer face a este problema, os enfermeiros gestores necessitam de instrumentos e indicadores que lhes permitam adotar estratégias e métodos de trabalho mais eficientes, garantindo sempre a qualidade dos cuidados prestados (Bordin & Fugulin, 2009). Estas mudanças nos serviços de saúde têm tido implicações no papel dos enfermeiros enquanto profissionais, no uso do seu tempo e das suas qualificações (Duffield, Gardner & Catling-Paull, 2008), levando estes profissionais a despendem tempo em funções para o qual não estudaram ou tiveram formação, enquanto atividades que exigem competências e perícia específicas de enfermagem são deixadas para segundo plano (Aiken et al, 2001).

Apesar do tempo que os enfermeiros despendem em atividades de cuidados diretos ser considerado determinante para a melhoria de *outcomes* de doentes e diminuição de erros (Westbrook, Duffield, Li & Creswick, 2011), existe cada vez mais uma tendência para a diminuição do tempo de contacto entre enfermeiro/doente (Duffield et al, 2008). Da reflexão desta problemática, emergiu a questão de investigação: De que forma é que os enfermeiros distribuem o seu tempo durante um turno de trabalho?

Para melhor compreender a problemática e dar resposta à questão de investigação, procedeu-se à revisão bibliográfica através da plataforma online EBSCO, sendo estendida à bibliografia dos artigos analisados e a documentos de entidades de referência nacional e internacional.

O objetivo geral deste estudo visa identificar a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais. Como objetivos específicos foram definidos: observar o tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais durante um turno de trabalho e analisar as intervenções de enfermagem em que os enfermeiros despendem mais tempo durante um turno de trabalho.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. O IMPACTO DA CRISE ECONÓMICA NA SAÚDE E A NOVA GESTÃO PÚBLICA

Vivemos atualmente uma crise económica grave que ameaça a sustentabilidade do SNS, pondo em risco a segurança dos clientes e o trabalho dos profissionais de saúde. O financiamento e a gestão dos serviços de saúde em Portugal sempre foi uma preocupação dos governos portugueses, levando António Arnaut, considerado o fundador do SNS, em 1978, a salientar a importância da criação de um serviço público e universal, fazendo uma promessa em nome do governo: “Eliminaremos as despesas supérfluas e em alguns casos sumptuosas. Administraremos com rigor os dinheiros públicos. E assim, com ligeiro acréscimo orçamental, no próximo ano poderemos realizar o milagre da saúde em Portugal” (Arnaut, Mendes, Guerra, 1979, p.20).

Desde a criação do SNS, foram sendo identificadas lacunas que necessitam ser trabalhadas, como por exemplo o controlo dos gastos e eficiência na prestação de cuidados de saúde hospitalares, melhorar a qualidade da prescrição e da utilização dos meios complementares de diagnóstico, diminuir gastos com medicamentos e melhorar a qualidade da governação (OPSS,2011), já detetadas na década de 80 por Correia de Campos, que denunciou o desperdício, o abuso e a fraude como fatores preocupantes na área da saúde (Campos, 1983).

Portugal tem vivido uma crise económica grave nos últimos anos, tendo havido a necessidade de uma intervenção externa, com negociações periódicas com a *Troika*, e que levou à realização de um programa de ajustamento que se estendeu à área da saúde. Esta

crise económico-financeira que o nosso país tem vindo a conhecer desde 2009, tem reduzido o nível de bem-estar da população, com quebras na produção, no consumo, no investimento e no rendimento, acompanhadas por um elevado nível de desemprego e de precariedade nas relações laborais. Neste contexto macroeconómico, o SNS conheceu uma redução nos recursos financeiros (OPSS, 2014, p.22)

As medidas relativas à saúde no memorando de Entendimento negociado com a *Troika* previstas para 2012 passavam por estabelecer um sistema de

*benchmarking* para comparar o desempenho das instituições, continuar a reorganização e racionalização da rede hospitalar, estabelecer e implementar regras de prescrição do medicamento, entre outras (OPSS, 2013). Como medidas propostas para serem desenvolvidas no ano de 2013, o Governo apresentou no Orçamento de Estado medidas que respeitavam a mesma linha de pensamento, tais como, utilização de medicamentos genéricos, reforçando a monitorização da prescrição de medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica assim como a racionalização da despesa com os mesmos, implementação de medidas de reforço de controlo e de acompanhamento da performance económico-financeira dos hospitais (Ministério das Finanças, 2012). O mesmo documento refere ainda que “as políticas na área da saúde têm sido condicionadas pela necessidade de correção dos diversos desequilíbrios orçamentais, caracterizados por excessos estruturais da despesa pública quando comparados com receitas disponíveis para as financiar” (p.188). Para o ano 2014, o governo salientou a importância da racionalização das despesas em saúde lembrando que devido a “desequilíbrios financeiros acumulados ao longo dos anos, o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tinha, em finais de 2011, uma dívida a fornecedores de cerca de 3 mil milhões de euros” (Ministério das Finanças, 2013, p.184), justificando assim, a necessidade de dar continuidade a medidas já implementadas, para reforçar a sustentabilidade financeira do SNS. Por outro lado, o *Relatório de Primavera 2014* (OPSS, 2014), acusa as crises económicas e financeiras de afetar “a saúde das pessoas por múltiplos mecanismos e com intensidade diversa” (p.12), lembrando ainda que “se nada for feito para o evitar ficam assim criadas as condições para, por esta via, se sair da crise com uma população menos saudável e o desenvolvimento económico sacrificado” (p.12). O documento acusa ainda a *Troika*

de desenhar e aplicar as medidas que considerou adequadas através de um programa que não acautelava as repercussões dos mesmos sobre a saúde das pessoas. Ignoraram-se assim, os princípios expressos nos tratados, mas também a evidência acumulada relativa aos efeitos da crise sobre as pessoas e comunidades. Torna-se assim urgente a discussão e a adoção, a nível europeu, de medidas concretas e de recomendações, principalmente aos países mais afetados pela crise. (OPSS, 2014, p. 20)

Apresentando uma despesa total consolidada para 2014 de 8.203,9 milhões de euros, uma redução de 9,4% face à estimativa para o ano precedente, o governo destaca que a sustentabilidade do SNS é essencial para que este se mantenha universal, de forma a assegurar “que nada de essencial falta aos que mais precisam, e aumentando o acesso dos mais vulneráveis aos cuidados de saúde” (Ministério das Finanças, 2013, p.184). Esta última afirmação vem de encontro a uma preocupação atual, uma vez que o país tem uma população cada vez mais envelhecida, necessitando cada vez mais de cuidados de saúde, quando é expectável que

em 2050 a percentagem de idosos seja de cerca de 32%. Por sua vez a percentagem de jovens será de cerca de 13%, o que originará uma dupla pressão: por um lado um aumento percentual do número de idosos onera os custos com os cuidados, por outro, uma diminuição do número de jovens, que se traduz na redução do número total de pessoas em idade ativa e a contribuir para a segurança social, invocando-se assim questões de sustentabilidade potencial (OPSS, 2011, p.16)

As alterações das estruturas etárias, a distribuição geográfica da população e o crescimento acelerado da inovação relativo ao diagnóstico e à terapêutica, são motivos que levam o nosso país a carecer de reformas na área da saúde, incitando “uma maior exigência quanto à atuação dos decisores políticos, técnicos de saúde e gestores públicos no sentido da reorganização das redes existentes, do aumento da prestação de cuidados de saúde e do acompanhamento da inovação” (Tribunal de Contas, 2013, p. 31).

Com o objetivo de atingir a eficiência e manter o SNS sustentável, têm sido realizados esforços nos últimos anos, principalmente ao nível das instituições hospitalares, com o encorajamento da “aplicação de conceitos de gestão privada, que incluem a descentralização, a definição de objetivos mensuráveis, a avaliação de desempenho e a responsabilização” (Carvalho, 2006, p.2). Esta procura de eficiência, com o objetivo de obter um melhor serviço público com um custo mais baixo, advém de uma filosofia administrativa, a Nova Gestão Pública (NGP), que se desenvolveu a partir da década de 80 do século XX, caracterizada pela aplicação de métodos empresariais na administração pública tradicional (Gonçalves, 2013),

baseando-se numa “fé inabalável na crença de que as técnicas analíticas colocadas ao serviço dos gestores lhes permitem resolver todos os problemas com que o sistema e as organizações se confrontam” (Carvalho, 2006, p.29).

Esta preocupação com a eficiência das unidades de saúde e com o respetivo financiamento levou a que a gestão pública de unidades hospitalares fosse alvo de alterações ao nível das práticas de gestão, tendo-se desenvolvido projetos em regime de Parceria Público-Privada (PPP) nos últimos anos, convidando o setor privado para a gestão e financiamento de projetos na área da saúde (Tribunal de Contas, 2013).

### **1.1. OS RECURSOS HUMANOS EM ENFERMAGEM**

Ao nível dos recursos humanos, assiste-se a uma procura desenfreada da diminuição de custos, particularmente através da redução de enfermeiros e médicos, prestadores diretos de cuidados, que além de constituírem os grupos mais numerosos nos serviços de saúde, são também os mais qualificados, e portanto, considerados um peso económico (Carvalho, 2006), tornando-se um alvo fácil, uma vez que a poupança pode ser feita de uma forma rápida com a diminuição das dotações (Aiken et al, 2014). Segundo Carvalho (2006), a gestão de recursos humanos tem tido uma aproximação às instituições privadas, com uma gestão baseada na avaliação do desempenho, qualidade dos resultados, valorização do consumidor, mas também na consolidação de contratos temporários, ausência de participação dos trabalhadores e desvalorização dos sindicatos.

De uma forma geral, a crise económica atual levou ao desenvolvimento e implementação de estratégias com o objetivo de reduzir os gastos com os recursos humanos nos serviços públicos. As *Grandes Opções do Plano* para 2014, inseridas nas estratégias de consolidação orçamental, preconizavam um redimensionamento das Administrações Públicas, compreendendo medidas como a implementação de programas de rescisões por mútuo acordo e ainda o aumento do período normal de trabalho dos trabalhadores em funções públicas de 35h/semana para 40h/semana com o objetivo de “acomodar a redução do número de trabalhadores” (Proposta de Lei n.º 177/XII, 2013, p. 32).

Os serviços de saúde, reconhecidos internacionalmente como uma área de grande responsabilidade, têm dificuldade em mantê-la quando “há um fornecimento inadequado em pessoal de cuidados de saúde, tal como no caso dos enfermeiros” (Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), 2006, p.1), quando é largamente reconhecido que “dotações seguras refletem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, das vidas profissionais dos enfermeiros e dos resultados da organização” (CIE, 2006, p. 6). Ainda assim,

a quantidade de pessoal reflete frequentemente contingências de financiamento e não as necessidades do pessoal ou dos doentes. Em resultado, há frequentemente uma má adequação entre a necessidade de enfermeiros, as necessidades dos enfermeiros e os requisitos do trabalho (CIE, 2007, p.22)

Judith Shamian, Presidente do CIE, aquando de um encontro com o atual Bastonário da Ordem dos Enfermeiros, o Enf<sup>o</sup> Germano Couto, em Julho de 2014, defendeu que “faltam pelo menos 25.000 enfermeiros nos serviços e se se quer defender a saúde da população e investir no futuro do país é imperativo que as unidades de saúde implementem uma enfermagem baseada na evidência e um planeamento de recursos humanos com base nas necessidades da população”, defendendo ainda a adequação dos recursos humanos para fazer face não só à vertente curativa, mas também preventiva e de promoção da saúde. Também a Comissão da Plataforma Gulbenkian para um Sistema de Saúde mais Sustentável defendeu, no mesmo ano, a importância da promoção do estatuto dos enfermeiros, reforçando o seu papel nas organizações e aumentando o seu número “tanto quanto o orçamento permita” (Crisp, 2014, p.164).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), apesar de Portugal apresentar um aumento relativamente ao rácio enfermeiro-doente entre 2000 e 2008, de 3.6 para 5.3 (para 1000 habitantes), apresentando um aumento de 40%, em 2007, com um valor de 5.1, mantinha-se abaixo dos outros países da União Europeia, tendo apenas a Grécia como exceção (WHO, 2010). Esta situação é constatada na prática dos serviços de saúde no nosso país, tendo vindo a acentuar-se nos últimos anos e apresentando-se como um desafio às chefias de Enfermagem.

Segundo o documento *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área de Gestão*, os enfermeiros gestores são “profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação” (p. 1). O mesmo documento identifica as competências esperadas destes profissionais, defendendo que o enfermeiro gestor prevê necessidades e gere pessoas, garante dotações seguras, promove dotações seguras de acordo com os padrões de qualidade da profissão, otimiza os recursos humanos existente em função das competências e das necessidades de cuidados, assegura o planeamento, organização e coordenação, a previsão e a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa e ainda garante práticas seguras, mediante a utilização de planos de gestão de risco, entre outros. Cabe, portanto, ao enfermeiro gestor a responsabilidade de dimensionar a equipa de enfermagem, consoante as necessidades de cuidados de enfermagem, sendo muitas vezes necessário apresentarem indicadores e evidências aos gestores de topo, que justifiquem a contratação de novos enfermeiros. Ao longo dos anos, a “construção, validação e utilização de indicadores na área da saúde e, especialmente, na enfermagem têm estimulado muitas ações para melhorar a assistência, refletindo sobre os diferentes contextos da prática” (Cucolo & Perroca, 2010, p. 498), sendo essenciais numa altura em que se procura melhorar a relação custo/benefício, assegurar a qualidade dos cuidados prestados e justificar a contratação de mais profissionais (Kakushi & Évora, 2014).

## **2. AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Para a identificação de indicadores que facilitem o cálculo da necessidade de enfermeiros nos serviços de saúde, é essencial conhecer a evolução da profissão e as suas intervenções, uma vez que “a natureza da prestação de cuidados de enfermagem, pela sua especificidade, conteúdo funcional e autonomia científica e técnicas, impõe um melhor enquadramento e caracterização das intervenções decorrentes das necessidades dos clientes” (OE, 2014, p.6).

Carecendo de uma definição clara ao longo dos anos, a Enfermagem vê no século XIX, com Florence Nightingale, iniciar-se a Enfermagem Moderna, sendo que Florence

acrescenta atributos a um campo de atividades de cuidado à saúde desenvolvidas, milenarmente, por indivíduos ou grupos com diferentes qualificações e em diferentes cenários. Com Florence, o cuidado ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social, é reconhecido como um campo de atividades especializadas e necessárias/úteis para a sociedade e que, para o seu exercício, requer uma formação especial e a produção de conhecimentos que fundamentem o agir profissional. (Pires, 2009, p.740)

Convencida que os conhecimentos de enfermagem se distinguiam dos de medicina, Florence defende a importância de “colocar o doente nas melhores condições para que a natureza atue sobre ele e expôs a ideia de que a enfermagem era baseada no conhecimento das pessoas e do seu ambiente, que era uma base de conhecimento diferente da que os médicos usam na sua prática” (Tomey & Alligood, 2004, p.5). Salientou a importância da manipulação do ambiente (ventilação, aquecimento, luz, dieta, limpeza e barulho) para a saúde do doente e foi pioneira na análise de estatísticas aplicadas à saúde e à enfermagem profissional, motivo pelo qual é considerada uma personalidade tão importante para o seu tempo e para as ciências da saúde em geral (Tomey & Alligood, 2004).

Carvalho (2006) defende a existência de três fases na construção da Enfermagem enquanto profissão. A primeira fase, de submissão da Enfermagem, decorreu entre a segunda metade do século XIX e a 1ª guerra mundial, e era caracterizada pela subordinação das enfermeiras à classe médica. Nesta fase já existia uma procura de autonomia dentro dos hospitais, tendo a evolução médica contribuído, uma vez que atividades menos atrativas aos médicos, passaram a ser delegadas nos profissionais de Enfermagem. Esta fase é ainda caracterizada pelo enfoque na vocação, sendo que os profissionais eram recrutados não pelas competências técnico-científicas, mas pelas qualidades do seu carácter. A segunda fase é chamada de fase do cientismo e tecnicismo, iniciada com a 1ª guerra mundial, onde os profissionais beneficiaram da intenção dos governos em compensar as mulheres pelo seu esforço durante a guerra, reconhecendo-lhes mais poder dentro

dos hospitais. A tentativa de instituir um serviço nacional de saúde em Inglaterra e o crescimento das ciências sociais, que permitiu à Enfermagem usar o conhecimento gerado em diversas disciplinas, ajudaram a desenvolver a Enfermagem enquanto profissão neste período. Foi também uma época baseada nas atividades técnicas, tarefas fragmentadas, típico de um modelo taylorista de organização do trabalho. A terceira fase diz respeito ao movimento “Nova Enfermagem” e dá-se com a introdução da Enfermagem no sistema de ensino superior, exigindo-se desde então a certificação das qualificações. Nesta fase o modelo profissional é “representado como devendo ser legitimado pelo conhecimento científico e técnico, em articulação com uma visão mais humanista do cuidar, de cariz mais ideológica, que tenta romper as fronteiras em que a visão biomédica encerrou a Enfermagem” (Carvalho, 2006, p.144).

Uma das principais impulsionadoras na teorização da “Nova Enfermagem” foi Virginia Henderson, que defendeu que é função da enfermeira

assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a sua recuperação (ou para a morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários. E fazê-lo de modo a ajudá-lo a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível (Tomey & Alligood, 2004, p.114)

Remetendo-nos para a realidade portuguesa, o documento *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros* (REPE), proveniente do Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, define a Enfermagem como

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (OE, 2012, p.15)

De acordo com o REPE, as intervenções dos enfermeiros são definidas como intervenções autónomas e intervenções interdependentes. As intervenções autónomas são “ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva

iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (OE, 2012, p. 18). Por outro lado, as intervenções interdependentes são “as ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (OE, 2012, p. 18).

A *Nursing Interventions Classification* (NIC), classificação de intervenções de enfermagem proposta por enfermeiros da Universidade de Iowa, EUA, define intervenções de enfermagem como “qualquer tratamento, que tenha por base o julgamento clínico e o conhecimento, que a enfermeira execute para melhorar os resultados do paciente” (Guimarães & Barros, 2001, p. 131). Segundo a NIC, as intervenções de enfermagem incluem cuidados diretos e indiretos. As intervenções de cuidados diretos são aquelas que são realizadas através da interação com o doente, englobando as intervenções de enfermagem relativas às dimensões fisiológica e psicossocial. Por outro lado, as intervenções de cuidados indiretos são aquelas que são realizadas sem a presença do doente mas em função do mesmo. Aqui estão incluídas intervenções relacionadas com a gestão do ambiente do doente e a colaboração do enfermeiro com a equipa multidisciplinar (Bulechek et al, 2013).

Apesar do crescimento da Enfermagem enquanto profissão nas últimas décadas, existem hoje ameaças à autonomia já alcançada. Carvalho (2006) revela mudanças nos últimos anos nas intervenções dos Enfermeiros devido a aplicação de medidas próprias da NGP. Essas medidas reconhecem-se facilmente na gestão e no volume de trabalho. Ao nível da gestão é possível afirmar que a atribuição de mais responsabilidades aos médicos permitiu a perda de poder dos enfermeiros na administração hospitalar. Por outro lado, houve um aumento no volume de trabalho destes profissionais, com o aumento do número de tarefas, com a taylorização do trabalho de enfermagem e conseqüente delegação de tarefas menos especializadas a profissionais com menos qualificações. A autora defende ainda que algumas técnicas da NGP são semelhantes às práticas fordistas, como o aumento da

rotinização, a diminuição do nível de competências exigidas e o aumento do controle da gestão sobre o processo de trabalho; aponta ainda a flexibilidade, a polivalência e a mobilidade, próprias do pós-fordismo.

### **3. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

A evolução da profissão de enfermagem e das organizações de saúde, a procura de melhoria de qualidade dos cuidados prestados, as dificuldades financeiras e a escassez de recursos humanos, exigiram ao longo dos anos o desenvolvimento de novos modelos de organização dos cuidados de enfermagem (Costa, 2004). A enfermagem funcional, centrada em tarefas, deu lugar a outros modelos de prestação de cuidados, como o método em equipa, por responsável, individual e gestão de caso (Phipps, Sands & Marek, 2003) que foram enriquecendo com novas conceções orientadas para a pessoa, aliando a competência técnica ao cuidado humano e social (Costa, 2004). No entanto, a contenção de despesas com horas de cuidados de enfermagem entra em conflito com a satisfação das necessidades dos clientes e com a sua segurança, tendo levado a mudanças nos serviços de saúde americanos: os estados de Nova Iorque e Massachusetts criaram legislação para a utilização de fórmulas que garantam a segurança do cliente; Nova Jérquia tem regulamentos que estabelecem que os enfermeiros devem prestar pelo menos 65% das horas de cuidados e a Califórnia tem rácios mandatórios nos hospitais (Seago, 2001). Estudos indicam que uma proporção mais elevada de tempo dos enfermeiros com os clientes está associada a melhores resultados, como a diminuição das quedas e maior satisfação com a gestão da dor (CIE, 2007). O mesmo documento defende que as organizações de saúde devem “garantir que os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes podem concentrar-se nos cuidados aos doentes, em vez das tarefas administrativas” (CIE, 2007, p.27).

Na procura de aumentar o tempo dos enfermeiros em cuidados diretos, a *Robert Wood Johnson Foundation* e o *Institute for Healthcare Improvement* desenvolveram um programa, denominado de *Transforming Care at Bedside*. Este programa auxilia serviços de saúde americanos a remover desperdícios e ineficiências nos processos em unidades médico-cirúrgicas, para que os enfermeiros

e restantes profissionais de saúde possam passar mais tempo juntos dos clientes. Para tal, são adotados instrumentos, técnicas e estratégias no *Lean Manufacturing*, utilizadas em organizações como a Toyota, que permitem a poupança em tempo, energia e materiais. Exemplo do sucesso deste programa é a *Cedars-Sinai Medical Center*, em Los Angeles, que depois de integrar o projeto, aumentou o tempo despendido em cuidados diretos em 19% (passando de 52 para 71%), e diminuiu em 23% o tempo gasto na documentação (de 36 para 13%) (Rutherford et al, 2008).

Para que seja possível um aumento de cuidados diretos, é essencial adequar o rácio enfermeiro-cliente, sendo que existem estudos que provam que melhores rácios promovem não só a melhoria na qualidade dos cuidados prestados, mas também a melhoria no bem-estar dos enfermeiros, diminuição nas lesões no local de trabalho, aumento na satisfação profissional e redução de *stress* e melhoria do recrutamento e retenção dos enfermeiros (CIE, 2006).

O projeto RN4CAST (Registered Nurse Forecasting), financiado pela Comissão Europeia, desenvolveu um estudo, publicado em 2014, que teve como objetivo avaliar as diferenças de rácio enfermeiro/doente e as habilitações académicas dos enfermeiros em doze países, associando-os à mortalidade hospitalar após procedimentos cirúrgicos. Os resultados mostraram que o aumento de um doente por enfermeiro está associado a aumento de 7% de probabilidade de morte em doente cirúrgico no prazo de 30 dias a contar da admissão, enquanto um aumento de 10% na percentagem de enfermeiros com bacharelato num hospital (tendo em conta que em certos países não é obrigatório o curso de enfermagem ser superior), promove uma diminuição de 7%. Estes dados sugerem que os clientes em hospitais com 60% de enfermeiros com bacharelato e em que os enfermeiros estejam responsáveis, em média, por seis clientes, têm menos cerca de 30% de mortalidade do que doentes internados em hospitais em que apenas 30% dos enfermeiros têm bacharelato e em que cada um está responsável, em média, por 8 clientes. Os autores alertam ainda, que as medidas de austeridade e as reformulações em sistemas de saúde para minimizarem despesas, afetam gravemente os *outcomes* dos clientes, algo injustificável quando já existe muita investigação que prova a importância dos enfermeiros para a diminuição da mortalidade e de outros *outcomes* negativos (Aiken et al, 2014).

Segundo Doran (2011), a falta de evidência da importância da enfermagem para a segurança dos doentes, levou os enfermeiros a realizar estudos sobre eventos adversos, mais propriamente os relacionados com a Enfermagem, como as quedas, úlceras de pressão, erros de medicação, infeções nosocomiais, erro de tratamentos e mortalidade. Segundo a autora, este tipo de eventos ocorre em cerca de 10% dos doentes internados. Um estudo realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública em hospitais portugueses, no ano de 2011, revela que a taxa de incidência de eventos adversos é de 11.1%, sendo que 53.2% são considerados evitáveis e levam, em média, ao prolongamento dos episódios de internamento em 10,7 dias (Sousa et al, 2011).

Intimamente relacionada à segurança dos clientes, encontra-se o aumento da carga de trabalho dos profissionais de enfermagem. Segundo Carayon & Gurses (2008), este aumento deveu-se a quatro razões: 1- o aumento da procura de enfermeiros, uma vez que a população está a aumentar e há maior necessidade de cuidados de enfermagem; 2- a oferta insuficiente de enfermeiros, sendo que a escassez destes profissionais tem tendência a aumentar; 3- a redução de pessoal e aumento das horas extra, devido aos problemas económicos nas instituições de saúde que levou à diminuição das equipas e à implementação de políticas de extensão de horário, que permitam fazer face a períodos de maior procura de cuidados; 4- a redução do tempo de internamento motivada pela necessidade de diminuir os custos associados aos internamentos.

Em Portugal, apesar de a oferta de enfermeiros ser suficiente, existe um mau aproveitamento destes recursos, sendo que “enfermeiros desempregados e muitos jovens, assim como alguns profissionais mais idosos, estão a deixar o país e a procurar melhores oportunidades noutros lugares” (Crisp, 2014, p.20). Em muito contribui a crise económica nacional que procura um “emagrecimento” da despesa com recursos humanos, não procedendo à contratação de novos enfermeiros em vista à substituição de profissionais que se reformam ou se encontram em situação temporária de incapacidade (Ascensão, 2010), levando à sobrecarga dos profissionais que se mantêm nos serviços, justificando por vezes, situações de *burnout* e *turnover*. A sobrecarga de trabalho exige maior controlo do tempo por parte do profissional, que por vezes executa tarefas sem ter em conta as práticas de

segurança, ignorando protocolos e pondo em causa a segurança e a qualidade dos cuidados (Carayon & Gurses, 2008). O documento *Ambientes favoráveis à prática* refere ainda que

a ausência de adequação entre o trabalho exigido aos enfermeiros e aquele que estes conseguem prestar razoavelmente, ameaça a saúde dos enfermeiros e coloca os doentes em riscos. As pressões de tempo, exigências contraditórias, interrupções, défices de aptidões e de conhecimentos e recursos insuficientes ou indisponíveis são exacerbados pelas elevadas cargas laborais (CIE, 2007, p.26)

O mesmo documento reforça que é um desafio para os administradores estabelecer cargas laborais que otimizem a produtividade, não comprometendo o bem-estar dos profissionais e dos clientes. É por isso essencial desenvolver instrumentos eficazes na medição da carga laboral (CIE, 2006), uma vez que os existentes, embora tenham sido “úteis na identificação das tarefas dos enfermeiros, a maior parte não foi capaz de capturar os aspetos cognitivos/intelectuais do seu papel” sendo que, “funções importantes, tais como a coordenação, a facilitação e a tomada de decisão, não foram descritas ou quantificadas de forma adequada” (CIE, 2006, p. 20).

A 12 de Janeiro de 2006 o Ministério da Saúde (MS) emitiu uma Circular Normativa relativa aos critérios de regime de trabalho de horário acrescido com o principal objetivo de se transformar num instrumento de trabalho para as chefias de Enfermagem e direções das instituições de saúde. Neste documento é identificada a necessidade de “num futuro próximo, se disponha de rácios e indicadores de desempenho que permitam quantificar as necessidades de pessoal para todos os grupos profissionais visados” (MS, 2006). Em 2011, o MS em parceria com a OE criou um grupo de trabalho com o objetivo de elaborar o *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde*, respondendo a uma “necessidade de refletir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação dos cuidados e à segurança associada, contribuindo para o reforço na prestação de cuidados de enfermagem no SNS, como um todo coeso e coerente e um projeto sustentável” (MS/OE, 2011, p. 5). Em 2014, a OE, por considerar que o anterior documento era insuficiente como instrumento regulador, decidiu transformá-lo em norma, tendo sido aprovada em

Assembleia Geral a 30 de Maio de 2014. A 2 de Dezembro do mesmo ano, é publicada em Diário da República a *Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Com esta publicação, a OE salienta que a “Ordem, os enfermeiros e os enfermeiros gestores estão munidos deste instrumento para exigir que os conselhos de administração possuam os recursos humanos adequados aos serviços, tendo sempre em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados ao cidadão”.

#### **4- A GESTÃO DO TEMPO**

Vivemos atualmente numa sociedade em que “os calendários, relógios, computadores, relógios de pulso, jornais, televisão e rádio fazem-nos lembrar a nossa posição no tempo – o quanto já utilizámos e o quanto nos resta” (Tappen, 2005, p. 186), sendo que somos confrontados com maiores níveis de pressão no exercício das nossas atividades profissionais, onde nos é exigido que façamos cada vez melhor e em menor período de tempo (Abreu & Moreira, 2002). O tempo tem sido amplamente estudado no último século, sendo reconhecido como um recurso fundamental numa organização, e sendo que a sua gestão adequada “contribui para a melhoria dos processos de trabalho, dos desempenhos coletivo e individual e, conseqüentemente, da produtividade” (Mello et al, 2007, p.88).

Desde o final do século XIX, com a industrialização, e início do século XX, com o impulso de Taylor, começam a desenvolver-se estudos do tempo de trabalho e ritmos ao qual o mesmo decorre (Chanlat, 1991), com o objetivo de estimular a produtividade dos operários e evitar a queda de ritmos da produção (Mello et al, 2007). Ainda hoje, os estudos dos tempos e movimentos são utilizados por empresas para avaliar o custo de certas operações, revelando-se um instrumento essencial à tomada de decisão e permitindo assim, um melhor controlo de custos através de uma melhoria da eficiência e aumento da produtividade (Mello et al, 2007). Segundo estas autoras, a análise da produção em saúde é complexa, existindo diversos fatores que afetam o desenvolvimento do processo de trabalho como: “o tempo gasto no desempenho de atividades, a motivação e o desempenho do trabalhador, o uso da tecnologia, máquinas e ferramentas e os métodos de

trabalho que sustentam e auxiliam o desenvolvimento do trabalho e a qualidade da assistência prestada” (p. 90).

#### **4.1- Leis e Princípios da gestão de tempo**

Por ser um recurso cada vez mais valorizado é essencial aprender a geri-lo. Segundo Abreu & Moreira (2002), existem princípios de gestão de tempo incontornáveis, e por isso aceites como leis, que devem ser levados em conta no planeamento de atividades tanto pessoais, como profissionais:

- Lei de Pareto: 20% dos nossos esforços geram 80% dos nossos resultados (Abreu & Moreira, 2002), sendo por isso importante distinguir o essencial do acessório através do estabelecimento de prioridades (Nova Etapa, 2003)
- Lei das sequências homogêneas de trabalho: O trabalho interrompido é menos eficaz e consome mais tempo do que se for executado de modo contínuo (Abreu e Moreira, 2002), uma vez que depois de cada interrupção é necessário retomar o encadeamento dos pensamentos anteriores (Nova Etapa, 2003)
- Lei de Parkinson: O tempo investido num trabalho varia em função do tempo disponível e não do necessário (Abreu & Moreira, 2002)
- Lei dos ritmos biológicos: Cada pessoa é atravessada por múltiplos ritmos biológicos (Abreu & Moreira, 2002), sendo que é reconhecido que o rendimento máximo é normalmente atingido na manhã. A tarde começa com uma quebra, e depois de uma fase intermédia de eficácia no fim da tarde, há um novo

decréscimo no início da noite, atingindo o ponto mais baixo depois da meia-noite. (Nova Etapa, 2003)

- Lei da alternância: Existe um tempo para tudo e um tempo para cada coisa, sendo importante fazer uma coisa de cada vez, para fazê-la bem (Abreu & Moreira, 2002)
- Lei da contraprodutividade: A produtividade do tempo investido pode decrescer e tornar-se negativa quando vai para além de um certo limite (Abreu & Moreira, 2002).

Abreu & Moreira (2002) salientam ainda a importância de reconhecer os desperdiçadores de tempo para uma correta gestão do mesmo, nomeando exemplos: interrupções telefónicas constantes, interrupções frequentes para atender a “urgências”, delegação ineficaz, cálculos irrealistas do tempo, deficiente triagem da informação recebida e transmitida, serviços atrasados, responsabilidade e autoridade confusas, dificuldade em dizer “não”, colaboradores denotando cansaço, entre outros.

Existem também certos critérios de distribuição do tempo que usamos habitualmente sem nos apercebermos. Fazemos normalmente:

- O que gostamos antes do que não gostamos
- O que é mais rápido antes do que demora mais tempo
- O que é mais fácil antes do que é mais difícil
- O que sabemos antes do que é novo
- O que é urgente antes do que é importante
- O que os outros nos impõem antes do que nós escolhemos
- O que está anotado na agenda antes do que não está anotado
- O que provém dos outros antes das nossas prioridades
- O que está à nossa frente antes do que é importante
- Adiamos a execução de uma tarefa até ao limite máximo
- Fazemos as coisas em função das suas consequências

(Nova Etapa, 2003)

## 4.2- O Tempo dos Enfermeiros

Os enfermeiros enquanto funcionários de uma organização, sofrem pressões das administrações para trabalhar de uma forma cada vez mais eficiente (Jones, 2010; Duffield et al, 2008), sendo o tempo reconhecido como um recurso dispendioso. Desta forma, o tempo de cuidados de enfermagem torna-se relevante para quem os presta, para quem os recebe e para quem os paga (Jones, 2010).

Jones (2010) defende que o *Nursing time* é constituído por três dimensões: física, psicológica e sociológica. O tempo físico, medido pelo relógio, refere-se a métricas como “horas de cuidados” e “rácios enfermeiro-doente”, importantes na determinação do número de enfermeiros necessários e no número de doentes que cada enfermeiro assume num turno. O tempo psicológico tem caráter subjetivo, sendo definido pelo que é experienciado pelo prestador de cuidados e por quem os recebe e é influenciado pela história, experiência e expectativas dos participantes. Mesmo que o enfermeiro disponibilize muito tempo físico na prestação de cuidados a um doente, este pode considerar que as suas necessidades e expectativas não foram satisfeitas, encarando o tempo como insuficiente. O tempo sociológico, vivido por ambos os intervenientes dos cuidados de enfermagem através de estruturas temporais compartilhadas, é caracterizado pela ordem sequencial de eventos na rotina diária de um determinado serviço.

Bowers, Luring & Jacobson (2001) e Waterworth (2003) desenvolveram estudos na procura de compreender a forma como os enfermeiros organizam e gerem o seu tempo. Os primeiros, realizaram um estudo em duas unidades de longa duração nos EUA, concluindo que os profissionais para fazer face à falta de tempo, adotam estratégias como: 1- Minimizar o tempo gasto em tarefas necessárias, mantendo a mesma atribuição de doentes, que permite estar mais familiarizado com os doentes e perder menos tempo e organizar os cuidados por doente ou por tarefa; 2- Criar novo tempo quando este é escasso, ou seja, trabalhando mais rapidamente, realizando tarefas simultaneamente, alterando a sequência de tarefas, mostrando-se inacessíveis para comunicar com os clientes, convertendo tempo desperdiçado e maximizando o tempo através da redução de tempo pessoal, saltando refeições e ficando no local do trabalho depois do fim do turno; 3- Alterando responsabilidades no trabalho, através da delegação de tarefas noutros profissionais ou deixando

trabalho para o turno seguinte. Os autores referem ainda que estas estratégias adotadas pelos profissionais têm implicações éticas, legais e emocionais, uma vez que por vezes os levam a prestar menos atenção ao controlo de infeção, algumas tomas de medicação não são administradas, o contacto com os clientes e famílias é insuficiente, contribuindo para a ocorrência de eventos adversos e diminuindo a qualidade dos cuidados prestados.

Waterworth (2003) realizou um estudo qualitativo em cinco organizações de cuidados de saúde no Reino Unido, onde concluiu que a gestão de tempo é complexa e que leva os profissionais de Enfermagem a adotar estratégias facilitadoras. A rotinização e a priorização são tidas como as principais estratégias. Pensar nas atividades que têm de ser realizadas e na sua sequência consome tempo. Desta forma, a rotinização é facilitadora do desenvolver das atividades e permite uma melhor gestão do tempo individual e da equipa. É largamente utilizada em organizações complexas e é defendida pelos enfermeiros apesar da clara oposição aos desejados cuidados individualizados. A segunda estratégia apresentada pela autora é a priorização, reconhecendo a capacidade de priorizar essencial a um desempenho eficaz. Um enfermeiro tendo vários doentes sob a sua responsabilidade, necessita avaliar a necessidade de cuidados que tem de prestar a cada um, assim como o tempo que despende com cada um deles. Priorizar faz parte da rotina do enfermeiro.

Os serviços de saúde têm sido alvo de grandes mudanças nas últimas décadas, sendo que muitas delas afetam direta ou indiretamente os enfermeiros. O seu papel enquanto profissional, o uso do seu tempo e das suas qualificações têm sofrido transformações significativas a nível internacional (Duffield et al, 2008), como prova o estudo realizado por Aiken et al (2001), que se serviu de uma amostra de mais de 43,000 enfermeiros dos Estados Unidos da América, Canadá, Inglaterra, Escócia e Alemanha, que teve como objetivo obter informações sobre clima organizacional, equipa de enfermagem e *outcomes* dos doentes. O estudo revelou que muitos enfermeiros referem despende tempo em funções para o qual não estudaram ou tiveram formação, enquanto atividades que exigem competências e perícia específicas de enfermagem foram deixadas para segundo plano. Cerca de 71.8% dos enfermeiros alemães, 42.5% dos americanos e 39.7% dos canadianos

referem ter entregado e levantado tabuleiros de alimentação no seu último turno. O transporte de doentes apresenta valores entre 45.7% e 53.7% e as tarefas domésticas entre 34.3% e 42.9%. Por outro lado, atividades como preparar o doente e a família para a alta ou prestar cuidados à pele, apresentaram valores bastante inferiores: 12.7-13.7% e 13-31%, respetivamente. O facto de os enfermeiros terem de prestar estas tarefas secundárias, deve-se por vezes à diminuição de colaboradores de áreas como o transporte de doentes, limpeza, *catering* e farmácia, sendo que passado algum tempo, passam a ser reconhecidos como parte do trabalho de enfermagem (Duffield et al, 2008).

### **4.3 - A distribuição do tempo dos enfermeiros**

Ao longo dos anos, a utilização do tempo de trabalho pelos enfermeiros tem sido estudado, sendo estes por vezes acusados de passar pouco tempo junto do doente e mais tempo à secretária (Lundgren & Segesten, 2001), quando as organizações exigem um aumento do tempo gasto em atividades como a documentação, levando à diminuição do tempo de contacto entre enfermeiro/doente (Duffield et al, 2008).

O tempo que os enfermeiros despendem em atividades de cuidados diretos tem sido considerado determinante para a melhoria de *outcomes* de doentes e diminuição de erros, além de proporcionar maiores níveis de satisfação por parte dos clientes (Westbrook et al, 2011).

Em 2004, Williams, Harris & Turner-Stokes (2009), realizaram um estudo com o intuito de averiguar a distribuição e proporção das atividades de enfermagem de cuidados diretos e indiretos e outras atividades, como as relacionadas com a unidade de saúde e atividades pessoais. A investigação foi realizada através de observação não participante numa unidade de internamento de reabilitação neurológica. Os investigadores concluíram que os enfermeiros despenderam 46% do seu tempo em atividades de cuidados diretos, 25% em atividades de cuidados indiretos, 10% em atividades relacionadas com o serviço e 19% em atividades pessoais. A investigação concluiu ainda que a proporção de cuidados diretos flutua

ao longo do dia, havendo maior concentração de atividades de cuidados diretos no turno da manhã.

Também Munyisia, Yu e Hailey (2011) estudaram a forma como os enfermeiros despendem o seu tempo num lar de idosos. Concluíram que os enfermeiros despendem 48.4% do seu tempo em atividades relacionadas com a comunicação, 18.1% na gestão da medicação, 17.7% em documentação e apenas 7.7% em cuidados diretos. De ressaltar que existem várias categorias de enfermagem na Austrália, onde foi realizado o estudo. Apesar do estudo envolver as diversas categorias profissionais: *registered nurses*, *Endorsed Enrolled Nurses*, *personal Carers* e *Recreation Activity Officers*, apresenta-se aqui apenas os resultados da categoria mais elevada e similar à portuguesa (*registered nurses*). Talvez por isso a percentagem de tempo em cuidados diretos é tão baixa (7.7%), devido ao facto de atividades de maior contacto com os clientes serem realizadas por profissionais de categorias mais baixas.

Lundgren & Segesten (2001) realizaram um estudo num hospital universitário sueco, que se encontrava a implementar um método de prestação de cuidados centrado no cliente e em que todos os profissionais da prestação eram enfermeiros, com o intuito de compreender as mudanças tanto na distribuição do tempo como na organização das atividades de enfermagem. Foram realizadas duas observações com dois anos de intervalo. Conclui-se que o tempo despendido em cuidados diretos aumentou de 33% para 37%, enquanto o tempo de cuidados indiretos diminuiu, caindo de 8% para 5%. O estudo concluiu ainda que ao final da segunda observação, o facto de os cuidados serem centrados no cliente, e não focados na tarefa como anteriormente, permitiu a cada enfermeiro gerir melhor o seu tempo, dando-lhes liberdade para decidir como e quando realizar cada atividade, segundo as necessidades e preferências dos clientes. O aumento do tempo de cuidados de diretos permitiu também aos enfermeiros aperceberem-se melhor do estado clínico dos clientes, dando-lhes uma maior sensação de segurança e controlo sobre os cuidados prestados.

Um estudo mais alargado, realizado em 36 hospitais norte americanos, com uma amostra de 767 enfermeiros, teve como objetivos inferir o tempo que estes despendem em atividades, a distância média percorrida por eles num turno e o

impacto fisiológico do ambiente de trabalho nesses profissionais. Os resultados mostram que os enfermeiros passam 38.6% do seu tempo no balcão de enfermagem, 30.8% no quarto dos clientes, 23.7% na unidade e 6.9% fora desta. Os autores destacam, dentro das atividades de prática da enfermagem, o tempo gasto na documentação (35.3%), na administração de medicação (17.2%) e na coordenação de cuidados (20.2%), identificando-os como alvos de possível melhoria de eficiência (Hendrich et al, 2008).

Estudos similares foram realizados no Brasil em diferentes contextos. Bordin e Fugulin (2009) desenvolveram um estudo numa unidade médico-cirúrgica onde verificaram que os enfermeiros empregam 22% do seu tempo em intervenções de cuidados diretos, 50% em intervenções de cuidados indiretos, 18% em atividades de tempo pessoal e 10% em atividades associadas, sendo que os autores definem estas últimas como “relacionadas ao trabalho, porém, não específicas da enfermeira e da enfermagem e que, portanto, podem ser realizadas por qualquer outro profissional da unidade” (p. 836). Já num contexto de Unidade de Emergência, Garcia e Fugulin (2010) obtiveram resultados diferentes: 35% do tempo em intervenções de cuidados diretos, 35% em intervenções de cuidados indiretos, 18% em atividades de tempo pessoal e 12% em atividades associadas. Este último estudo conclui ainda, que as intervenções e atividades de enfermagem que mais utilizaram tempo de trabalho aos enfermeiros foram: passagem de turno (8.79%), cuidados na admissão (7.40%), documentação (6.74%), troca de informações sobre cuidados de saúde (5.42%), delegação (4.36%) e transporte (3.44%).

Em Portugal, numa unidade de cuidados paliativos, Bragança (2011) investigou o tipo e o tempo das intervenções dos enfermeiros. Estes profissionais despenderam 29% do tempo observado em intervenções diretas, 53% em intervenções indiretas e 18% em atividades pessoais. 71% do tempo foi utilizado em atividades relacionadas a perturbações físicas, 6% em apoio social e 5% em atividades associadas a perturbações psicológicas. Quanto à perceção dos enfermeiros em relação à forma como despendem o seu tempo, 86% afirma que o seu tempo é maioritariamente despendido em atividades de cuidados diretos, quando a observação provou o contrário.

## **PARTE II – FASE METODOLÓGICA**

## **1. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

### **1.1 Tipo de Estudo**

O estudo de caso consiste numa investigação aprofundada “de um fenómeno ligado a uma entidade social. A entidade pode ser um indivíduo, um grupo, uma família, uma comunidade ou uma organização” (Fortin, 2009, p. 241). Durante muitos anos este método de investigação foi acusado de falta de rigor e de objetividade, sendo que muitos “investigadores demonstram um certo desprezo para com a estratégia” (Yin, 2001, p. 28), talvez porque frequentemente os investigadores são negligentes e permitem que se aceitem “evidências equivocadas ou visões tendenciosas para influenciar o significado das descobertas e das conclusões” (p. 29).

Nos últimos anos tem sido largamente utilizado em investigações nas ciências sociais como a psicologia ou a sociologia, em áreas como a administração pública, a política e em estudos organizacionais e gerenciais (Yin, 2001). Também as ciências da Enfermagem têm produzido vários estudos com esta metodologia, uma vez que “são úteis, sobretudo, porque podem abrir caminho para estudos de maior envergadura” (Fortin, 2009, p.242).

Yin (2001) alerta para a importância de não confundir a estratégia de estudo de caso com “pesquisa qualitativa”, uma vez que existem vários autores que não aceitam a dicotomia investigação qualitativa/quantitativa. Este autor salienta a importância de aliar ambas e refere ainda que “os estudos de caso são uma estratégia abrangente e podem incluir as evidências quantitativas e ficar até limitados a essas evidências” (Meirinhos & Osório, 2010, p. 53).

### **1.2- Questão de Investigação e objetivos do estudo**

Estudos realizados nos últimos anos concluem que existe espaço para a otimização do tempo dos enfermeiros, revelando ser importante compreender a

forma como os enfermeiros distribuem o seu tempo ao longo do turno (Garcia & Fugulin, 2010). De forma a clarificar esta ideia, foi elaborada a questão de investigação, orientadora do presente estudo: De que forma é que os enfermeiros distribuem o seu tempo durante um turno de trabalho?

Para nortear a investigação foram definidos como:

Objetivo geral:

- Identificar a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais

Objetivos Específicos:

- Observar o tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais durante um turno de trabalho
- Analisar as intervenções de enfermagem em que os enfermeiros despendem mais tempo durante um turno de trabalho.

Foi selecionado aleatoriamente um serviço, pretendendo-se incluir no estudo os enfermeiros que desempenham funções na prestação de cuidados, no serviço de internamento cirúrgico de um hospital da área de Lisboa, quer fossem contratados (40H semanais) quer se encontrassem em regime de prestação de serviços (fazendo entre 20 a 100H mensais).

O internamento tem capacidade para 31 clientes, sendo que em períodos de maior afluência há a necessidade de converter a sala de tratamentos e a sala de espera em quartos, e duplicar os 3 quartos de isolamentos existentes, perfazendo um total de 36 camas.

Os clientes internados são maioritariamente de cirurgia geral, sendo que por vezes, por uma questão de gestão de camas no hospital, o internamento recebe clientes de outras especialidades cirúrgicas e por vezes de medicina.

### 1.3- Construção do Instrumento de Colheita de dados

De forma a compreender o fluxo de trabalho e as práticas laborais, com o objetivo de melhorar a produtividade, os gestores tiveram a necessidade de identificar o tempo que os profissionais despendiam em atividades específicas (Chanlat, 1991). A amostragem do trabalho, mais conhecida na literatura como *work sampling*, desenvolvida pela engenharia industrial, permite conhecer as atividades através da realização de observações espaçadas aleatoriamente dos trabalhadores (Pelletier & Duffield, 2003). Para estas autoras, um instrumento de colheita de dados para ser bem-sucedido tem de incorporar um *timeframe* e uma grelha clara e compreensível.

De forma a identificar as atividades realizadas pelos enfermeiros foi então necessário construir uma grelha de observação. Esta foi construída depois de realizada observação de campo e depois de consultada a enfermeira responsável e a enfermeira 2º elemento do internamento selecionado, tendo sido desenvolvida uma lista de atividades realizadas pelos enfermeiros do internamento. Depois de discutidas as atividades com estas enfermeiras, as atividades foram adequadas aos termos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2. Proposta pelo CIE em 1989, a CIPE® foi desenvolvida devido à necessidade da existência de uma terminologia que permitisse uma melhor articulação da prática da Enfermagem, utilizando “a tecnologia científica mais moderna” e que envolvesse “a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica” (OE, 2011, p.13).

As atividades foram também catalogadas, segundo a NIC, em atividades de cuidados diretos (que são realizadas através da interação do cliente), atividades de cuidados indiretos (que são realizadas sem a presença do cliente, mas em função do mesmo ou de um grupo de doentes), atividades associadas ao serviço e atividades pessoais (como alimentação, eliminações fisiológicas, etc.).

A grelha de observação (**APÊNDICE I**) é então constituída pela lista de atividades catalogadas, como anteriormente referido. A primeira coluna encontra-se dividida por sistemas (circulatório, neurológico, tegumentar, gastrointestinal, respiratório, músculo-esquelético, urinário), por períodos (acolhimento, pré-cirúrgico, pós-cirúrgico), avaliação de sinais vitais, administração de medicação, transporte na

instituição, segurança do cliente, planeamento alta/ensinos, colheita de espécimens, cuidados pós-morte, colaboração com a equipa, documentação e passagem de turno. Na segunda coluna encontra-se o código CIPE® correspondente às atividades. A terceira coluna diz respeito às atividades. A quarta coluna foi dividida em períodos de 15 minutos (8-15.45h no caso do turno da manhã e 15:30h às 22.45h no turno da tarde). O intervalo de 15 minutos já tinha sido utilizado em investigações idênticas de Bordin & Fugulin (2009) e Garcia e Fugulin (2010). Bordin (2008) refere que durante o treino dos observadores de campo, foram registadas as atividades realizadas pelos enfermeiros de 5 em 5 minutos, tendo concluído que nos intervalos de 5 e 10 minutos as atividades observadas se repetiam, uma vez que os enfermeiros continuavam a executar a mesma atividade. Também Pelletier & Duffield (2003) mencionam que o intervalo de tempo deve ser de 10 ou 15 minutos, referindo existir vantagens em evitar uma colheita intensa de dados no espaço de uma hora.

No fim da tabela de atividade, existe ainda um quadro destinado à caracterização dos enfermeiros, que inclui o tempo de serviço, a função exercida (Enfermeiro ou Enfermeiro responsável de turno), grau académico, vínculo com a instituição (contrato ou prestação de serviços), número de clientes atribuídos no turno e valor médio de Barthel dos doentes atribuídos (grau de dependência).

Para Pelletier & Duffield (2003) é essencial a realização da revisão da literatura e testar a lista de atividades no ambiente clínico para a validação do instrumento. Assim sendo, em Agosto de 2014 foi realizado o pré-teste, através da observação das atividades de 4 enfermeiros. Devido à existência de limitações, a grelha de observação sofreu alterações mínimas, com o acrescento de atividades que foram observadas e que ainda não se encontravam catalogadas e inseridas na grelha. O instrumento foi novamente sujeito a pré-teste, com a observação de 3 enfermeiros, sem revelar limitações.

#### **1.4- Aplicação do instrumento de colheita de dados**

As observações decorreram entre Setembro de 2014 e Janeiro de 2015. Foram realizadas pelo próprio investigador, que é enfermeiro no mesmo hospital

onde decorreu a investigação e que, apesar de desempenhar funções noutra internamento cirúrgico, conhece a equipa de enfermagem. Ao longo de uma semana, o investigador apresentou os objetivos do trabalho no final das passagens de turno à equipa. Foi salientado que o objetivo não era vigiar, controlar ou interferir na gestão do tempo de cada profissional, tendo a equipa reconhecido a pertinência da investigação para a prática. Todos estes fatores foram determinantes para evitar que a equipa se sentisse observada e objeto de julgamento ao longo do período das observações.

O início de cada observação coincidiu com o início de cada turno (manhã - 8h/ tarde - 16h) e terminou às 15.45h e às 22.45h, respetivamente. Durante as observações foi utilizado um relógio digital. A cada 15 minutos o investigador apontou na grelha de observações, através de uma cruz, a atividade que o enfermeiro se encontrava a realizar. Quando não foi perceptível ao investigador a atividade desempenhada no momento, foi questionado o enfermeiro em questão para evitar imprecisões.

Como investigador e observador, foi essencial ter consciência que os enfermeiros passam algum tempo do seu trabalho em *multitasking*, realizando várias intervenções simultaneamente. Por exemplo, durante a prestação dos cuidados de higiene, o enfermeiro poderá fazer o exame físico, avaliar a integridade cutânea, a perfusão dos tecidos, etc. Westbrook et al (2011) concluíram que estes profissionais passam cerca de 6% do seu tempo em *multitasking*. Já Munyisia et al (2011) relatam 27,6% do tempo dos enfermeiros a realizar duas ou mais atividades simultaneamente. Pelletier & Duffield (2003) defendem que o observador tem de ter claro a informação a registar. Para estas investigadoras, deve ser registada a razão principal para a realização da atividade. Dão o exemplo de um enfermeiro que administra medicação e que simultaneamente realiza ensinamentos ao cliente e à família, defendendo que a informação a registar é a administração da medicação.

As informações que caracterizam cada enfermeiro, como o tempo de profissão e grau académico, foram obtidas através do diálogo com os mesmos. Os dados relativos ao número de clientes atribuídos a cada enfermeiro foram conseguidos através da observação do documento de distribuição de enfermeiros, realizado pelo enfermeiro responsável de turno, que se encontra afixado no balcão

de enfermagem. O grau de dependência dos clientes foi apurado através da análise do documento de passagem de turno que contém a listagem dos clientes internados.

### **1.5- Questões Éticas**

Qualquer projeto de investigação tem de ter em conta aspetos éticos, inerentes ao processo investigativo. Na área da saúde, a investigação envolve normalmente pessoas, e devido a isso “as considerações éticas entram em jogo desde o início da investigação. A escolha do tema, o tipo de estudo, o recrutamento dos participantes, a forma de recolher os dados e de os interpretar são alguns dos muitos elementos que podem interessar à ética” (Fortin, 2009, p.180).

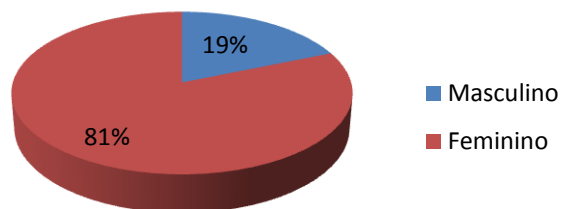
Foi solicitada a autorização do estudo à comissão de ética do hospital e à chefia de Enfermagem, segundo as normas internas da instituição, tendo obtido um parecer positivo.

Aos participantes do estudo foi proporcionada toda a informação relativa ao estudo, tendo a autorização sido obtida através do consentimento livre e esclarecido **(APÊNDICE II)**.

## **2- APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

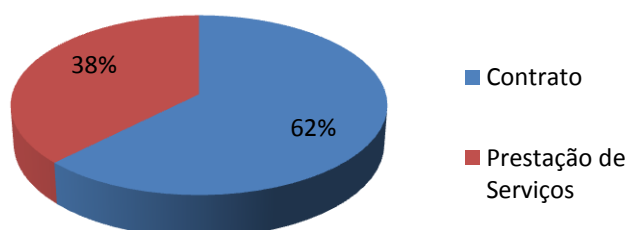
Como apresentado anteriormente, a investigação envolveu a equipa de enfermagem de um internamento cirúrgico de um hospital da área de Lisboa. Esta equipa é constituída por 20 enfermeiros. Deste grupo foram excluídos a enfermeira chefe por não desempenhar funções na prestação direta de cuidados; duas enfermeiras com horário de amamentação, com horário adaptado às suas necessidades; e uma enfermeira que se encontrava em licença de maternidade. O grupo em estudo foi assim constituído por 16 enfermeiros, sendo 81% (16) do sexo feminino e 19% (3) do sexo masculino.

**Gráfico 1 – Distribuição por género**



Além dos enfermeiros que apresentam contrato por tempo indeterminado de 40h com a instituição, para satisfazer as necessidades do serviço, a equipa é reforçada com enfermeiros em regime de prestação de serviços (recibos verdes). Estes enfermeiros têm como trabalho principal outro hospital, desempenhando funções no presente internamento, com horário compreendido entre as 20h e as 100h mensais. Desta forma, podemos caracterizar a população alvo consoante o vínculo com a instituição: 62% (10) destes profissionais são contratados e 38% (6) encontram-se em regime de prestação de serviço.

**Gráfico 2- Distribuição por vínculo à instituição**



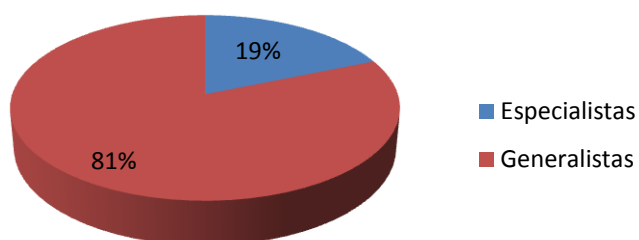
O tempo profissional dos enfermeiros deste estudo varia entre 2 e 10 anos, sendo possível referir que nos encontramos perante uma equipa jovem na profissão de enfermagem.

**Gráfico 3-** Distribuição por tempo profissional

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo Profissional	16	2	10	4,4667	2,58752

Foi possível ainda caracterizar a equipa quanto ao grau académico. Dos 16 enfermeiros incluídos no estudo, 81% (13) eram enfermeiros generalistas e 19% (3) especialistas em enfermagem médico-cirúrgica.

**Gráfico 4-** Distribuição por grau académico



### **2.1- Distribuição do tempo dos enfermeiros em intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais**

Como explicado anteriormente, realizou-se uma observação a cada 15 minutos. Assim sendo, em cada turno da manhã com 8h, foram observadas 32 atividades. No turno da tarde, com 7,5h foram observadas 30 atividades. No total foram realizadas observações em 9 turnos da manhã e 7 turnos da tarde. Desta forma, o total de atividades observadas durante a colheita de dados foi de 498.

**Gráfico 5-** Número de atividades observadas

Enfermeiro	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
Observações	30	30	30	32	32	32	32	30	30	30	30	32	32	32	32	32	498

Os dados obtidos durante a colheita de dados foram introduzidos em tabelas do programa Microsoft Office Excel, de forma a organizá-los e a extrair os gráficos necessários à apresentação e discussão dos resultados.

Como resposta ao objetivo geral da investigação, que passava por compreender a distribuição do tempo dos enfermeiros, constata-se através do **gráfico 6**, que esta equipa de profissionais despendeu 52% (n=259) do seu tempo em intervenções de cuidados indiretos (**II**), 40% (n=198) em intervenções de cuidados diretos (**ID**), 4% (n=19) em atividades associadas ao serviço (**AS**) e 4% (n=22) em atividades pessoais (**AP**).

O resultado obtido nas intervenções de cuidados indiretos (52%) vai de encontro a duas investigações anteriores: 50% (Bordin, 2008) e 53% (Bragança, 2011), ficando, no entanto, distante de 37% (Williams et al, 2009) e de 26% e 24% (Lundgren & Segesten, 2001). A diferença de resultados entre o presente estudo e estes dois últimos poderá estar relacionado com o modelo de gestão de cuidados adotado nos internamentos em estudo. Apesar do resultado apresentado no estudo de Williams et al (2009) ser apenas relativo aos *registered nurses*, equiparados aos enfermeiros portugueses, a existência de enfermeiros de outros graus a trabalhar simultaneamente na equipa, tem influência na forma como o tempo é gerido. No caso do estudo de Lundgren & Segesten (2001), a equipa é exclusivamente formada por *registered nurses*, sem outros graus de enfermagem ou auxiliares. Talvez por este motivo, despendam mais tempo em ID (34% e 39%) do que em II (26% e 24%), uma vez que atividades relacionadas com a higiene e a alimentação dos clientes é realizada por enfermeiros, aumentando o tempo de contacto com os mesmos, diminuindo conseqüentemente as II.

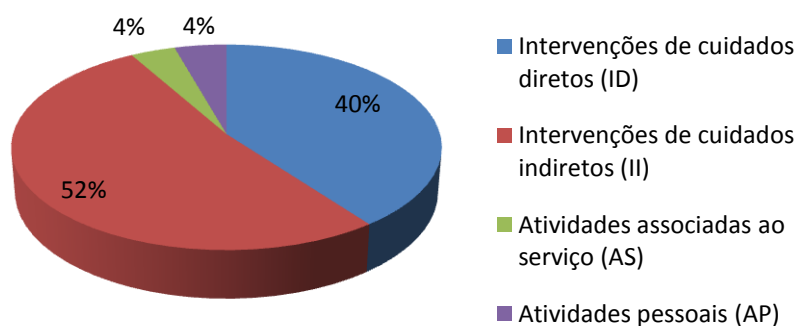
No presente estudo, o tempo despendido pelos enfermeiros em intervenções de cuidados diretos foi de 40%, tendo-se obtido um valor semelhante ao 37% (Williams et al, 2009) e 39% (Lundgren & Segesten, 2001), distanciando-se de forma

significativa de outros: 28% (Bragança, 2011), 22% (Bordin, 2008), 20% e 25% (Westbrook et al, 2011). Os valores baixos obtidos em intervenções de cuidados diretos por Westbrook et al (2001) devem-se à categorização das atividades no instrumento de colheita de dados, uma vez que não incluem atividades como a administração de medicação na categoria de intervenções de cuidados diretos. Não obstante, a mesma investigação revela que os enfermeiros despenderam 37% e 35,7% do seu tempo junto aos clientes.

Cerca de 4% do tempo dos profissionais foi gasto em atividades associadas ao serviço, como “gerir vaga de enfermaria” e “atender o telefone”, revelando um resultado não muito diferente de 2,3% e 3,9% (Westbrook et al, 2011) e de 2,8% (Hendrich et al, 2008). Bordin (2008) e Williams et al (2009) obtiveram ambos 10%, enquanto Lundgren & Segesten (2001) obtiveram o resultado mais elevado nesta categoria: 26% e 24%.

Por fim, os restantes 4% do tempo dos enfermeiros foram despendidos em atividades pessoais como “alimentação”, “eliminações fisiológicas” e “descanso”. Todos os estudos encontrados apresentaram resultados bem mais elevados nesta categoria: 12,1% e 10,4% (Westbrook et al, 2008), 14% e 13% (Lundgren & Segesten, 2001), 16% (Williams at al, 2009), 18% (Bragança, 2011) e 18% (Bordin, 2008).

**Gráfico 6-** Distribuição das Intervenções dos enfermeiros

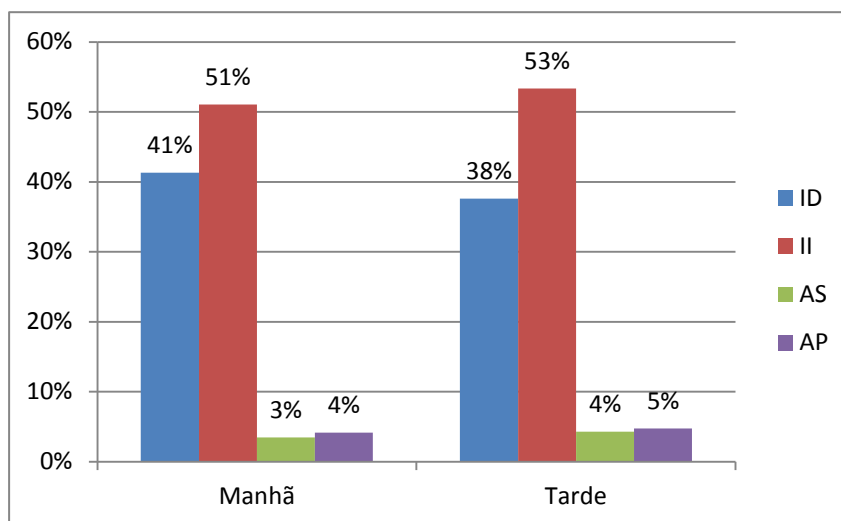


De forma a apurar se o tempo dos enfermeiros era despendido de forma semelhante no turno da manhã (8h-16h) e no turno da tarde (15:30h-23h), foram separados os dados obtidos em cada um deles. Observa-se que os profissionais despendem em intervenções de cuidados indiretos 51% do seu tempo nas manhãs e 53% nas tardes, 41% e 38% em intervenções de cuidados diretos, 3% e 4% em atividades associadas ao serviço e 4% e 5% em atividades pessoais, respetivamente. Através da análise do **gráfico 7** é possível concluir que não existem diferenças significativas entre os turnos da manhã e da tarde. A diferença mais expressiva prende-se com as intervenções de cuidados diretos, que apresenta um valor superior nos turnos da manhã. Tal pode ser justificado com as rotinas do serviço, uma vez que normalmente, as atividades “assistir a cuidar da higiene” e “cuidados à ferida cirúrgica” são realizadas no turno da manhã, sendo que estas representam, em conjunto, 24,2% das atividades de cuidados diretos observadas na totalidade dos turnos.

Outros estudos corroboram esta evidência, apresentando uma percentagem de intervenções de cuidados diretos superior no turno da manhã. Williams et al (2009) relatam 51% de ID nas manhãs e 37% nas tardes, responsabilizando atividades relacionadas com os cuidados de higiene pelo aumento de contacto dos enfermeiros com os clientes na manhã. Com menos diferença percentual, Bragança (2011) revelou 37% de ID nas manhãs contra 32% nos turnos da tarde. Bordin (2008) que realizou a sua investigação em dois blocos de um internamento médico-cirúrgico atingiu um valor superior de ID nas manhãs de 22,6% (contra 16,7% nas tardes) num dos blocos, enquanto no outro obteve um valor superior nas tardes de 34,2% (contra 33,3% nas manhãs).

Embora o tempo despendido em II, AS e AP neste estudo não tenha apresentado variações significativas entre os dois turnos, em estudos semelhantes é possível verificar que tanto as AS como as AP são superiores nos turnos da tarde. As AS apresentaram nas manhãs e tardes, respetivamente, os seguintes valores: 8% e 13% (Williams et al, 2009), 8,9% e 9,7% (bloco I) e 4,2% e 5,8% (bloco II) (Bordin, 2008). As AP têm ainda uma variação mais acentuada entre manhãs e tardes, respetivamente: 15% e 27% (Williams et al, 2009), 8,9% e 11,1% (bloco I) e 7,5% e 15,8% (bloco II) no estudo de Bordin (2008).

**Gráfico 7** - Distribuição do tempo segundo o turno

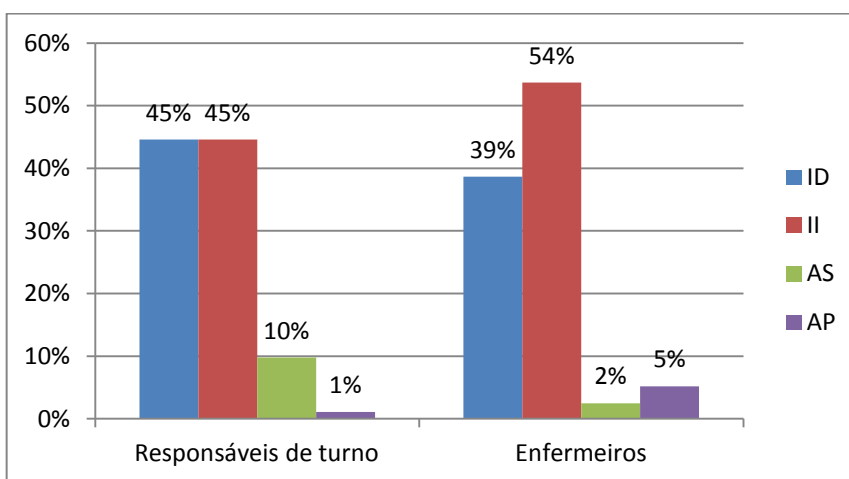


Além da prestação direta de cuidados, os enfermeiros realizam muitas vezes atividades relacionadas com a gestão do serviço, como gerir vagas de camas na enfermaria, atender telefone, etc. Desta forma, considerou-se pertinente confrontar as atividades dos enfermeiros responsáveis de turno com as da restante equipa. Através da observação do **gráfico 8** é possível concluir que os enfermeiros responsáveis de turno despendem mais tempo em atividades associadas ao serviço (10%), como “atender o telefone” e “gerir vaga de enfermaria”, que os restantes elementos (2%). Este resultado poderá estar relacionado com as funções próprias de enfermeiro responsável de turno, que passa muitas vezes por ser o elo de ligação com a equipa de coordenação de vagas dos internamentos, andando usualmente com o telefone móvel de serviço consigo. De salientar que este grupo de profissionais apresentou também menor tempo de atividades pessoais (1%) que o restante grupo (5%). Relativamente às intervenções de cuidados diretos e indiretos, os enfermeiros responsáveis de turno apresentam igualdade de tempos, enquanto os restantes enfermeiros apresentam uma diferença considerável (II-54% e ID-39%).

Foi referido anteriormente, existiam na unidade cirúrgica em estudo, três enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica. Além de serem especialistas, assumem a chefia de equipas (responsáveis de turno), pelo que o **gráfico 8** pode ser analisado para compreender a gestão do tempo dos enfermeiros especialistas, contrapondo os generalistas. Duffield et al (2005) concluíram no seu estudo que os enfermeiros especialistas despendem uma significativa parte do seu

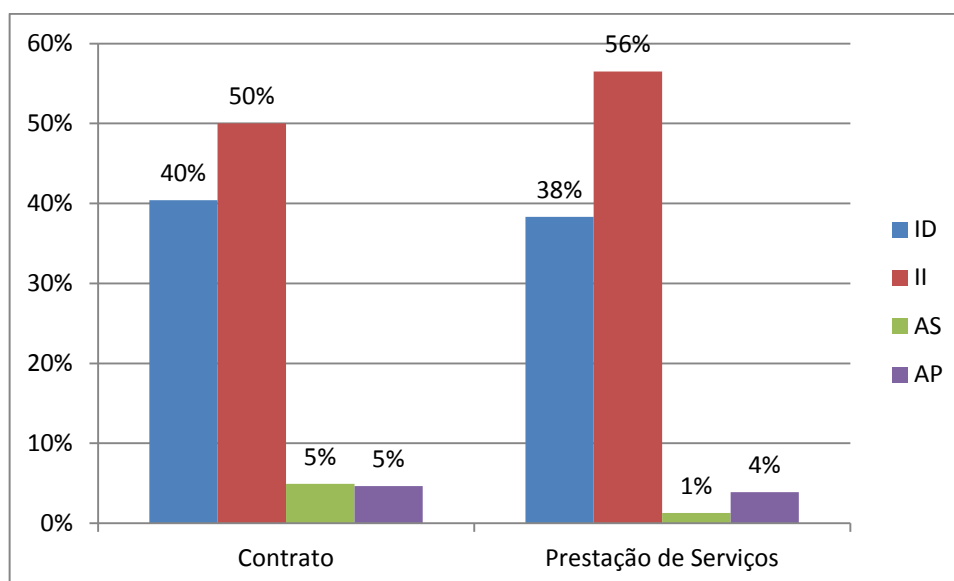
tempo em atividades não relacionadas ao seu papel. Os autores denunciam reuniões, atividades de gestão e próprias de pessoal administrativo, como exemplos de atividades onde é roubado tempo aos enfermeiros especialistas que deveriam praticar enfermagem avançada. O estudo salienta ainda que os enfermeiros especialistas são, em muitas instituições, vistos como enfermeiros gestores, que substituem o enfermeiro chefe na sua ausência. Esta conclusão vai de encontro à realidade vivida no internamento onde foi realizado o estudo, uma vez que os enfermeiros especialistas são normalmente responsáveis de turno, e consequentemente, apresentam um valor superior de atividades associadas ao serviço (10%) relativamente à restante equipa (2%).

**Gráfico 8-** Distribuição do tempo segundo função do enfermeiro



Se focarmos a nossa atenção no vínculo que estes profissionais têm com a instituição em causa, observamos que os prestadores de serviço (recibos verdes), apresentam menor tempo gasto em atividades associadas ao serviço (1%) que os contratados (5%). Este resultado poderá dever-se ao facto de os prestadores de serviço não assumirem, por norma, a chefia de equipa. Em nenhuma observação foram encontrados a “gerir vaga de enfermagem” ou em “formação”. Apesar de pouco significativo, as intervenções de cuidados diretos apresentam um valor superior nos contratados. Já os cuidados indiretos apresentam um valor superior nos prestadores de serviço (56%) em oposição aos contratados (50%).

**Gráfico 9-** Distribuição do tempo segundo vínculo à instituição



O índice de Barthel é uma escala largamente utilizada nos serviços de saúde para avaliar “o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Araújo et al, 2007, p. 60). No internamento em estudo, a avaliação dos clientes com o índice de Barthel é realizada pelos enfermeiros na sua admissão, sendo reavaliada de 7 em 7 dias. O valor de Barthel é de elevada importância, uma vez que proporciona informação necessária à chefia de enfermagem e aos responsáveis de turno para a distribuição e atribuição dos clientes pelos enfermeiros no início de cada turno.

O índice de Barthel categoriza os clientes quando à sua dependência: < 20 (dependência total), 20-35 (dependência grave), 40-55 (dependência moderada), > 60-90 (dependência ligeira) e 90-100 (independente) (Sequeira, 2007).

Foi calculada a média do valor de Índice de Barthel dos clientes atribuídos a cada enfermeiro. Com uma média de 54,4, os clientes internados e atribuídos aos enfermeiros que entraram no estudo, apresentavam dependência moderada. Como é possível observar no **gráfico 10**, o valor mínimo pertence aos clientes atribuídos ao enfermeiro 14 (35), enquanto o valor superior pertence ao enfermeiro 10 (75).

**Gráfico 10** – Média de valor de Barthel dos clientes atribuídos

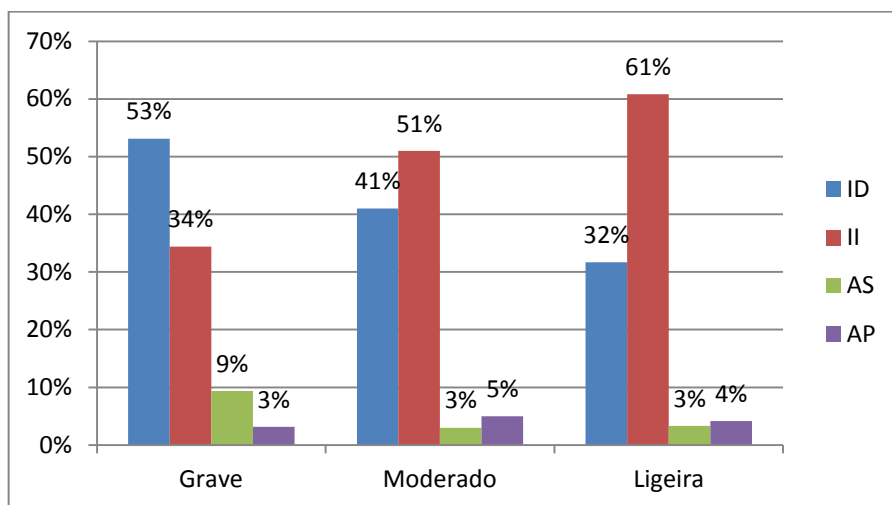
	<b>Valor mínimo</b>	<b>Média</b>	<b>Valor máximo</b>
<b>Valor Barthel</b>	35	54,4	75

Com o cálculo da média do valor de barthel dos clientes atribuídos a cada enfermeiro, foi possível categorizá-los segundo a sua dependência: um enfermeiro apresentava um valor de 35 (grave), 10 enfermeiros apresentavam valores compreendidos entre 40 e 55 (moderada) e 5 enfermeiros valores superiores a 60 (ligeira).

O **gráfico 11** revela que as intervenções de cuidados diretos é superior no enfermeiro com clientes de dependência grave (53%), seguido dos enfermeiros com clientes de dependência moderada (41%) e dos enfermeiros com clientes de dependência ligeira (32%). De uma forma inversa, as intervenções de cuidados indiretos atingem um valor superior nos enfermeiros com os clientes menos dependentes (61%), seguidos dos enfermeiros com clientes de dependência moderada (51%) e grave (34%). A análise deste gráfico sugere que quanto maior o grau de dependência dos clientes maior o tempo despendido pelos enfermeiros junto dos mesmos. É possível concluir que neste estudo as ID foram diretamente proporcionais à dependência dos clientes. Em contrapartida, as II foram inversamente proporcionais.

Apesar do contexto diferente, Munysia, Yu & Hailey (2011) realizaram um estudo num lar australiano com dois edifícios, sendo o primeiro destinado a idosos dependentes nas atividades de vida diárias e o segundo destinado a clientes com demência ou com necessidade mínima de cuidados. Os resultados mostram 32,8% de ID no primeiro serviço, onde os clientes são fisicamente mais dependentes, contra 17,6% do segundo edifício. A dimensão física dos clientes é, aparentemente, a mais determinante na forma como os enfermeiros despendem o seu tempo. Numa unidade de cuidados paliativos em Portugal, Bragança (2011) concluiu que cerca de 71% do tempo dos profissionais é despendido em intervenções de enfermagem direcionadas para perturbações físicas, seguidas de 6% de apoio social e apenas 5% relacionadas a perturbações psicológicas.

**Gráfico 11** – Distribuição do tempo segundo a dependência dos clientes atribuídos



A distribuição dos clientes pelos enfermeiros é realizada no início de cada turno pelo enfermeiro responsável de turno, tendo em conta o número de clientes internados e o seu grau de dependência.

Depois de se proceder à categorização segundo o grau de dependência, achou-se pertinente averiguar o tempo dos enfermeiros segundo o número de clientes atribuídos a cada um. No **gráfico 12** é possível observar que os enfermeiros tiveram no mínimo 6 e no máximo 10 clientes sob a sua responsabilidade. A média de clientes atribuídos a cada enfermeiro foi de 8 e o desvio de padrão 1,26.

**Gráfico 12-** Número de clientes atribuídos aos enfermeiros

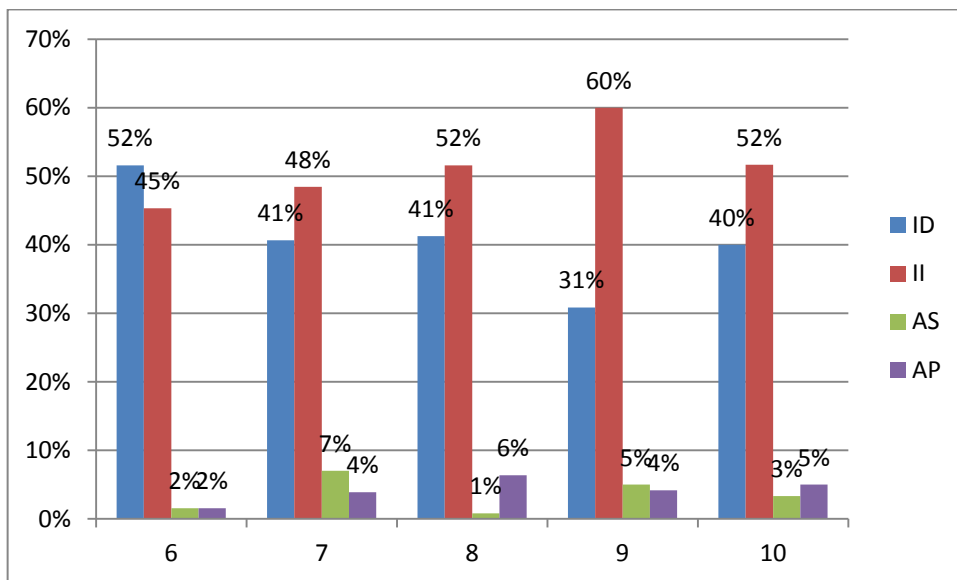
Nº Enfermeiros	2	4	4	4	2	Média	Desvio Padrão
Nº clientes atribuídos	6	7	8	9	10	8	1,26

Analisando o **gráfico 13** apercebemo-nos que apenas no grupo de enfermeiros com 6 clientes atribuídos o tempo despendido em ID é superior ao despendido em II. O resultado inicialmente surpreende, uma vez que seria de esperar que os enfermeiros com mais clientes sob a sua responsabilidade, despendessem mais tempo no cuidado direto. Um dos motivos para tal resultado poderá prender-se com o facto de a distribuição dos clientes pelos enfermeiros ser

realizada com base na dependência dos clientes. Desta forma, os enfermeiros que tinham 6 clientes atribuídos, apesar de terem menos clientes que os seus colegas, teriam os clientes mais dependentes, com maior necessidade de cuidados. Isto poderá justificar o aumento das ID. É também importante salientar que o rácio de 6, 7 e 8 clientes por enfermeiro se verifica nos turnos da manhã. Nos turnos da tarde normalmente há menos um enfermeiro, o que se reflete nos rácios (9 e 10 clientes por profissional). Como exposto anteriormente, é nas manhãs que há maior percentagem de ID, sendo por isso natural que no caso dos enfermeiros com 6, 7 e 8 clientes atribuídos, os valores de ID sejam de 52%, 41% e 41% respetivamente.

Bordin (2008) defendeu na sua investigação que as II são diretamente proporcionais ao número de clientes assistidos enquanto os ID e as atividades pessoais são inversamente proporcionais. Tal não foi comprovado no presente estudo.

**Gráfico 13-** Distribuição segundo o número de clientes atribuídos



## **2.2- Distribuição do tempo dos enfermeiros despendido em cada atividade**

Das 96 atividades classificadas na grelha de observação, apenas 40 foram observadas durante o período de colheita de dados, representando 42% das atividades definidas inicialmente.

Quando analisamos os valores obtidos nas 40 atividades observadas no **gráfico 14**, facilmente concluímos que as intervenções em que os enfermeiros despenderam mais tempo são “registar” (21,1%), “Passar e receber informações do turno” (18,5%), que se incluem no grupo de intervenções de cuidados indiretos. Seguem-se as intervenções “preparar medicação” (10,2%) e “administrar medicamento” (9,6%), totalizando 19,8% do tempo dos enfermeiros deste estudo. As intervenções “monitorizar os sinais vitais” (6%) e “assistir a cuidar da higiene” (5,8%) ocupam o 5º e o 6º lugar das atividades que mais consomem tempo aos enfermeiros.

**Gráfico 14-** Distribuição do tempo segundo atividades



### 2.2.1- Os Registos de Enfermagem

A intervenção “registar” consumiu um quinto do tempo da equipa de enfermagem, e somada à intervenção “avaliar o plano de cuidados” representa o tempo que os profissionais passaram em frente ao computador (22,1%), uma vez que todos os registos de enfermagem e o planeamento e a avaliação do plano de cuidados são realizados em processo informático. Neste estudo foi obtido um valor superior aos estudos analisados: 18,4% (Bordin, 2008), 17,7% (Munyisia et al, 2011), 10% (Lundgren & Segesten, 2001), 9,7% e 7,3% (Westbrook et al, 2011). Também Hendrich et al (2008), depois de somar as ID e as II, para totalizar o tempo de prática de enfermagem (77% do tempo total) referiu que dentro desta, a documentação se apresentava como a atividade principal, consumindo 35,3% do tempo dos profissionais.

Os registos de enfermagem não são apenas uma exigência imposta aos profissionais, são também essenciais para a qualidade dos cuidados prestados, (Munyisia et al, 2011) uma vez que são uma fonte importante para a continuidade dos mesmos. Não obstante, os registos têm-se apresentado como um foco de ineficiência nos serviços hospitalares (Hendrich et al, 2008). Estes últimos autores referem que os profissionais de saúde despendem tempo a transferir informação de diferentes suportes, consumindo tempo aos enfermeiros e contribuindo para a transcrição de erros. O mesmo artigo acusa ainda a existência de duplicação de informação entre departamentos e especialidades, o que provoca a fragmentação dos cuidados e dificulta a quantificação dos *outcomes* dos cuidados prestados. Este pode ser um dos motivos que levou os enfermeiros do presente estudo a despendem tanto tempo em registos. O internamento cirúrgico recebe clientes transferidos não só da unidade de cuidados pós-anestésicos, mas também do serviço de urgência geral, havendo sempre tendência a registar um resumo da situação clínica do cliente e outras informações já registadas em processo clínico informatizado, quer por outros enfermeiros, quer por médicos. Esta situação pode ser melhorada através de uma análise cuidada do sistema de informação de enfermagem, na tentativa de descortinar pontos de ineficiência, uma vez que é suposto que os registos de saúde eletrónicos possibilitem aos profissionais de saúde aceder com rapidez à informação

clínica do cliente e reduzir “a burocracia, permitindo que os médicos e os enfermeiros disponham de mais tempo para os doentes” (Crisp, 2014, p. 117).

Por fim, é importante mencionar que apesar do tempo dedicado a esta atividade ter atingido um valor tão elevado nesta investigação, este se encontra subavaliado. A razão desta afirmação prende-se com o facto de os profissionais deixarem frequentemente a realização dos registos para o fim do turno, realizando-os parcial ou totalmente, já fora do seu horário de trabalho.

### **2.2.2- A passagem de turno**

A intervenção “passar e receber informações do turno” apresentou o valor de 18,5%, sendo que o valor mínimo foi de 15,6% (dos enfermeiros 6, 12, 15 e 16) e o máximo de 25% (do enfermeiro 7). Duffield et al (2005) que realizaram um estudo transversal a vários internamentos, concluíram que esta intervenção obteve o valor mais elevado (16%) na cardiologia, e o mais baixo na ortopedia (10%). No internamento de cirurgia geral (mais comparável com o internamento do presente estudo) os enfermeiros despenderam 12% do seu tempo na transmissão de informação relativa aos clientes. Bordin (2008) obteve no entanto, um valor substancialmente mais baixo, de 4,8%.

Apenas num dos turnos observados a passagem de turno teve a duração de 30 minutos. Todas as outras apresentaram duração de 1h ou 1h15m. O Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (SEP) no *Regulamento dos Horários de Trabalho dos Enfermeiros* dirigido ao Centro Hospitalar do Baixo Vouga, refere no artigo 5, alínea 6, que “nos serviços em que haja a necessidade de transmissão de informação com vista à continuidade de cuidados, aos enfermeiros é garantida a sobreposição de 30 minutos entre jornadas diárias programa dos turnos (tempo de passagem de turno).” Esta informação sugere que 30 minutos será suficiente para a transmissão de informação nas passagens de turno, quando a equipa duplica este tempo na maioria das vezes. Fatores como a dependência dos clientes e a necessidade de cuidados mais especializados podem justificar o prolongamento das passagens de turno. A passagem de turno no serviço é realizada através da transmissão de informação dos

enfermeiros de cada turno para todos os enfermeiros do turno seguinte. Isto permite que cada elemento da equipa, tendo conhecimento de todos os clientes, possa dar resposta às necessidades de cada cliente internado, a qualquer momento (Siqueira e Kurcgant, 2005). É importante salientar que a passagem de turno nesta equipa é auxiliada com um documento com a listagem dos clientes internados, que contem informações como a patologia, antecedentes pessoais, médico assistente e outras informações pertinentes. Desta forma, os profissionais poupam tempo, uma vez que não necessitam de escrever tanta informação.

Várias modalidades de passagem de turno foram adotadas ao longo das últimas décadas. Siqueira e Kurcgant (2005) identificaram quatro modalidades num hospital de São Paulo ao longo de vários anos: a passagem de turno por tarefas (focada nas tarefas e típico nas décadas de 70 e 80), passagem de turno em grupo (adotadas na década de 90, em que todos os enfermeiros ouviam as informações relativas a todos os clientes internados), passagem de turno em subgrupos (os clientes eram atribuídos sempre aos mesmos enfermeiros e por isso, já conhecendo as patologias e individualidades de cada cliente, os enfermeiros poupavam tempo na transmissão de informações). Por último, identificaram a atual modalidade como um desenvolvimento da passagem de turno em subgrupos, mas realizada através de um documento onde cada enfermeiro colocava as informações mais importantes por escrito. Os enfermeiros do turno seguinte iniciavam o turno com a leitura e análise das informações, planeando os cuidados a partir dessas informações.

### **2.2.3- A preparação e administração de medicação**

19,8% do tempo dos enfermeiros foi gasto nas intervenções de “preparar medicação” (10,2%) e “administrar medicamento” (9,6%). O resultado obtido foi semelhante a estudos precedentes: 19% e 20,9% (Westbrook et al, 2011) e 18,1% Munyisia et al (2011). Williams et al (2009) apresentou um resultado menor, de 14,1%.

Thomson et al (2009) realizaram uma investigação com o objetivo de quantificar o tempo que os enfermeiros despendiam no processo de administração de medicação numa unidade de cuidados de longa duração. Os resultados revelam

que nos turnos da manhã, os enfermeiros usaram 29,5% do tempo na administração de medicação. Fatores relacionados com os clientes, como problemas cognitivos, comportamental ou de deglutição podem prolongar o tempo investido nesta atividade. Por outro lado, os autores referem que existiu pelo menos uma interrupção em 80% das observações realizadas, sendo que equivalem a 11,5% do tempo usado durante a administração de medicação. Tal como no presente estudo, Thomson et al (2009) relatam que os profissionais gastam mais tempo na preparação do que na administração da medicação. Revelam ainda alguma preocupação pelo facto de a equipa despende quase um terço do seu tempo numa única tarefa, podendo prejudicar a qualidade da globalidade dos cuidados prestados.

Existem alguns fatores que podem ser responsáveis pelo tempo despendido no processo de administração da medicação por parte desta equipa de enfermagem. Apesar do sistema de dispensa de medicação no hospital ser a unidose, e a farmácia enviar a medicação de cada cliente, organizada em gavetas individuais, para cada 24h, a existência de apenas dois carros de medicação e de dois computadores portáteis (para confirmar a medicação a administrar e assinar a administrada) poderá ter um papel preponderante na gestão do tempo nesta atividade, uma vez que em certos turnos estão escalados 4 enfermeiros. Por exigência da entidade acreditadora da qualidade no hospital, e por uma questão de segurança dos clientes, existem certos procedimentos que apesar de essenciais tornam a atividade demorada: o carro de medicação nunca pode ficar sem vigilância no corredor, e por isso, enquanto um profissional administra uma medicação, outro tem de ficar obrigatoriamente no carro; todos os soros e medicamentos em perfusão têm de ser etiquetados, a validade dos sistemas de perfusão em utilização tem de ser controlada; medicamentos de alto risco têm de ser confirmados e assinados por dois profissionais. Por fim, o facto de o internamento receber maioritariamente clientes de cirurgia geral, que necessitam habitualmente de antibioterapia dupla e até tripla, com fármacos endovenosos e demorosos a preparar, pode justificar a quantidade de tempo gasto pelos enfermeiros nesta atividade.

#### 2.2.4- Outras atividades

Em 5º lugar das atividades mais frequentes, encontra-se a “monitorizar os sinais vitais”, que sendo realizada no início de cada turno, atingiu um valor de 6%. Valores encontrados na literatura revelam-se inferiores: 0,3% (Williams at al, 2009) e 0,4% e 0,7% (Bordin, 2008).

A sexta atividade mais desempenhada pelos enfermeiros foi “assistir a cuidar da higiene”, normalmente realizada nos turnos da manhã, obtendo um valor de 5,8%, contrapondo os 4,4% (Williams at al, 2009) e 0,5% e 0,6% (Bordin, 2008) obtidos em estudos anteriores. Sendo estes estudos provenientes de Inglaterra e do Brasil, onde existem diversas categorias de enfermeiros, é possível que as intervenções “monitorizar os sinais vitais” e “assistir a cuidar da higiene” não sejam exclusivamente realizadas pelos *registered nurses*, podendo justificar a diferença de resultados.

Na sétima atividade mais frequente (“posicionar o doente”) o valor obtido (4,2%) foi inferior ao obtido no único estudo encontrado que contemplava esta intervenção (7,3%) de Williams at al (2009). O facto deste último estudo ter sido desenvolvido num contexto de neuro-reabilitação, onde a dependência dos clientes normalmente é mais elevada (o que os faz necessitar de auxílio de profissionais para se posicionarem), pode legitimar a diferença de valor encontrado.

## CONCLUSÕES

Conhecer as atividades em que os enfermeiros despendem o seu tempo revela-se determinante na sustentação das tomadas de decisão por parte dos enfermeiros gestores, na gestão dos recursos humanos e na escolha do modelo de gestão de cuidados a implementar nos serviços de saúde. Para Garcia e Fugulin (2010), conhecer a forma como os enfermeiros despendem o seu tempo permite identificar a carga de trabalho, a produtividade da equipa e melhorar os processos de trabalho, de forma a otimizar o tempo dos profissionais, aumentar a qualidade e reduzir os custos na prestação de cuidados.

Apesar da literatura evidenciar a importância do aumento de contacto entre enfermeiros e clientes para a segurança e satisfação dos mesmos (Westbrook et al, 2011), os profissionais são absorvidos em atividades que decorrem longe dos clientes, sujeitos primordiais na prestação de cuidados de enfermagem (Duffield, et al, 2008). Segundo o *REPE*, “os cuidados de enfermagem são caracterizados por terem por fundamento uma interação entre enfermeiro utente, individuo, família, grupos e comunidade” (OE, 2012, p.16), e ainda pelo estabelecimento de uma relação de ajuda. Em oposição a esta preconização, o estudo agora desenvolvido revelou que apenas 40% do tempo dos enfermeiros é aplicado em cuidados diretos, em interação com o cliente. Este valor deve ser refletido pelos enfermeiros gestores, com o objetivo de implementar estratégias que proporcionem um aumento de contacto entre enfermeiro/cliente, deslocando os profissionais de atividades secundárias, que muitas vezes poderiam ser realizadas por outros profissionais, para atividades primárias e específicas da enfermagem.

Quando foram analisadas as atividades onde os enfermeiros despendiam o seu tempo, foi fácil de constatar que se referiam a atividades para dar resposta a necessidades físicas dos clientes. Sendo a Enfermagem uma profissão que presta cuidados holísticos ao cliente, que entende a pessoa como um ser bio-psico-socio-cultural, dar resposta maioritariamente a necessidades de dimensão física é desconsiderar o cliente enquanto pessoa e tornar redutor o papel do enfermeiro. Esta realidade observada poderá sugerir que o modelo biomédico continua a perpetuar nos serviços de saúde, talvez impulsionado pela redução de pessoal e

pelo aumento de carga de trabalho, que limita os profissionais à realização de intervenções físicas, mais urgentes e obrigatórias. Esta afirmação é corroborada por literatura de referência, que alerta para a dificuldade em prestar cuidados holísticos quando a carga laboral é intensa (CIE, 2007).

Relativamente à gestão de tempo dos enfermeiros, Tappen (2005) sugere algumas estratégias aos profissionais: aprender a dizer “não” - quando não consegue executar uma atividade ou lhe é atribuído um doente de maior complexidade, o enfermeiro deverá expor a sua preocupação ao seu supervisor, tendo por base que a sobrecarga e o cansaço tornam o trabalho “ineficiente e propenso a erros, situação inaceitável num local que presta cuidados de saúde” (p.195). A eliminação de trabalho desnecessário deverá também ser levada em conta, uma vez que os profissionais realizam muitas atividades por rotina, percecionadas como essenciais, quando na verdade não o são. A autora apresenta a realização de cuidados de higiene, mudança de roupas de cama, realização de pensos, entre outras, como exemplo dessas atividades. Por fim, a delegação apresenta-se com uma estratégia válida para a uma melhor gestão do tempo, sendo no entanto, importante lembrar que os enfermeiros “só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar” (OE, 2012, p.20).

Tendo em conta os objetivos a que o investigador se propôs alcançar com este estudo, é possível concluir que estes foram alcançados: foi identificada a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais. Foi ainda identificado o tempo despendido em atividades de enfermagem, tendo sido analisadas as mais frequentes.

Como qualquer estudo, esta investigação apresenta limitações que devem ser apresentadas e ser objeto de reflexão:

- O facto de ser um estudo de caso, com uma amostra pequena, não permite generalizar os resultados obtidos;
- O período observacional não contemplou os turnos da noite, que poderiam ter influência significativa nos resultados;

- Os dados foram colhidos através da observação direta e a presença do observador pode ter influenciado o comportamento dos profissionais.
- A diversidade de metodologias de estudo utilizadas e as diferentes realidades da enfermagem nos contextos de observação (nas investigações que serviram de comparação ao presente estudo) podem impossibilitar uma correta comparação entre os estudos;
- A presença de *multitasking* na prática de enfermagem pode impedir o observador de registar de forma clara a atividade a ser desempenhada;

Considera-se que o estudo tem implicações para a prática da enfermagem, uma vez que é essencial conhecer a forma como os enfermeiros utilizam o seu tempo e quais as atividades que absorvem maior quantidade de tempo. Este estudo apresenta resultados que podem servir como indicadores aos enfermeiros gestores, auxiliando-os a identificar pontos fracos, passíveis de melhoria, prever as necessidades do serviço, fazer uma correta distribuição dos profissionais ao longo dos turnos, escolher o modelo de gestão de cuidados mais adequado e implementar estratégias que melhorem a qualidade dos cuidados prestados.

O estudo apresenta também implicações para a investigação em enfermagem, uma vez que auxilia a compreensão da gestão do tempo dos enfermeiros, tendo sido encontrado apenas um estudo português semelhante, numa unidade cuidados paliativos.

A grelha de observação desenvolvida para a colheita de dados deste estudo, revelou-se um instrumento útil no escrutínio do tempo dos profissionais. Sugere-se a utilização do mesmo instrumento em próximas investigações, que contemplem o turno da noite, que sejam realizadas num âmbito mais abrangente, com uma amostra mais significativa. Seria igualmente útil o cruzamento dos resultados com indicadores de qualidade extraídos da prestação de cuidados, de forma a inferir se um aumento do tempo de contacto enfermeiro/cliente tem influência na qualidade dos cuidados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. & Moreira, R. (2002). *Gestão do Tempo – Ficha Técnica PRONACI*. Programa Nacional de Qualificação de Chefias Intermédias e Associação Empresarial de Portugal

Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Busse R., Clarke H, Giovannetti P., Hunt J., Rafferty A. & Shamian J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20 (3), 43-54

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Heede, K., Griffiths, P., Busse, R...Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Araújo, F., Ribeiro, J.L.P., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66

Arnaut, A., Mendes, M. & Guerra, M. *Serviço Nacional de Saúde: uma aposta no futuro*, Lisboa: Perspectivas & Realidades

Ascensão, H.S.S. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto

Barros, P.P. (2009). *Economia da Saúde*. (2ª edição), Coimbra: Almedina

Bordin, L.C. (2008). *Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em unidade médico-cirúrgica*. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo

Bordin, L.C. & Fugulin, F.M.T. (2009). Distribuição do tempo das enfermeiras: identificação e análise em Unidade Médico-Cirúrgica. *Revista Escola Enfermagem USP*, 43(4), 833-40

Bowers, B.J., Luring, C. & Jacobson, N. (2001). How nurses manage time and work in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (4), 484-491

Bragança, J. F. (2011). *Enfermeiros de Cuidados Paliativos – Como despendem o seu tempo e qual a sua percepção em relação à qualidade dos seus cuidados*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina, Lisboa

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M. & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) (6<sup>th</sup> Ed.)*. St. Louis: Elsevier

Campos, A.C. (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*, Lisboa: Livros Técnicos e Científicos

Carayon, P. Gurses, A. P. (2008). Nursing Workload and Patient Safety—A Human Factors Engineering Perspective. In: Hughes RG, editor. *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008 Apr. Chapter 30. Acedido a 22/07/2014: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>

Carvalho, M.T.G. (2006). *A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal*. Universidade de Aveiro, Aveiro

Chanlat, J.F. (1991). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. São Paulo: Editora Atlas

Conselho Internacional de Enfermeiros (2006). *Dotações seguras, salvam vidas*. Genebra: International Council of Nurses

Conselho Internacional de Enfermeiros (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições no trabalho = cuidados de qualidade*. Genebra: International Council of Nurses

Costa, J. (2004). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium: Revista do instituto Politécnico de Viseu*, 30, 234-251

Crisp, L.N. (Coord.)(2014). *Um Futuro para a Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Cucolo, D.F. & Perroca, M.G. (2010). Monitorando indicadores de desempenho relacionados ao tempo de assistência da equipe de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44 (2), 497-503

Direção Geral de Saúde. (2011). *Estrutura conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, Relatório Técnico Final*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes: state of the science*. Toronto: Faculty of Nursing University of Toronto.

Duffield, C., Forbes, J., Fallon, A., Roche, M., Wise, W. & Merrick, E.T. (2005). Nursing skill mix and nursing time: the roles of registered nurses and clinical nurse specialists. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 23 (2), 14-21

Duffield, C., Gardner, G. & Catling-Paull, C. (2008). Nursing work and the use of nursing time. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3269-3274

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Loures: Lusodidata

Garcia, E.A. & Fugulin, F.M.T. (2010). Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. *Revista Escola Enfermagem USP*, 44 (4), 1032-8

Gonçalves, L.J.B. (2013). *Contratualização e Nova Gestão Pública no Setor da Saúde*. Faculdade de Economia Universidade de Coimbra, Coimbra

Guimarães, H.C.Q.C.P. & Barros, A.L.B.L. (2001). Classificação das intervenções de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, 35 (2) , 130-4

Hendrich, A., Chow, P.M, Skierczynski, B.A. & Lu, Z. (2008). A 36-Hospital Time and Motion Study: How do Medical-Surgical Nurses Spend Their Time?. *The Permanente Journal*, 12 (3), 25-34

Jones, T.L. (2010). A Holistic Framework for Nursing Time: Implications for Theory, Practice, and Research. *Nursing Forum*, 45 (3), 185-195

Kakushi, L.E. & Évora, Y.D.M. (2014). Tempo de assistência direta e indireta de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22 (1), 1-8

Lundgren, S. & Segesten, K. (2001). Nurses' use of time in a medical-surgical ward with all-RN staffing. *Journal of Nursing Management*, 9, 13-20

Mello, M.C., Fugulin, F.M.T. & Gaidzinski, R.R. (2007). O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), 87-90

Meirinhos, M. & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: Revista de educação*, 2 (2), 49-65 acessado a 27/10/2014 em: <http://www.eduser.ipb.pt>

Ministério das Finanças (2012). *Orçamento do Estado para 2013*, Lisboa: Ministério das Finanças

Ministério das Finanças (2013). *Orçamento do Estados para 2014*, Lisboa: Ministério das Finanças

Ministério da Saúde. (2006). *Circular Normativa, nº1 de 12 de Janeiro 2006. Regime de trabalho de horário acrescido – Critérios*. Ministério da Saúde

Ministério da Saúde. (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*, Lisboa: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde/ Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia de Recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço Nacional de Saúde – Indicadores e valores de referência*. MS/OE acedido a 03/05/2014 em: [https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes\\_DotacaoEnfermeirosSNS\\_VF\\_site.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Recomendacoes_DotacaoEnfermeirosSNS_VF_site.pdf)

Munyisia, E.N., Yu, P. & Hailey, D. (2011). How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: an observational study, *Journal of Advanced Nursing*, 1-9

Nova Etapa (2003). *Gestão do Tempo – Manual do Formando*. Lisboa: Nova Etapa – Consultores em Gestão e Recursos Humanos

OPSS (2011). *Relatório de Primavera 2011 – Da depressão da crise para a governação prospectiva da Saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OPSS (2014). *Relatório de Primavera 2014 – Saúde: Síndrome de Negação*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

OPSS (2013). *Relatório de Primavera 2013 – Duas faces da saúde*. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Promoção do valor e da relação custo-benefício da enfermagem – Tomada de posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*, Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*, Ordem dos enfermeiros <http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Norma-para-o-Calculo-de-Dotacoes-Seguras-dos-Cuidados-de-Enfermagem-publicada-em-Diario-da-Republica.aspx> (Acedido a 12/01/2015).

Pelletier, D. & Duffield, C. (2003). Work sampling: Valuable methodology to define nursing practice patterns. *Nursing and Health Sciences*, 5, 31-38

Phipps, W. J., Sands, J.K., & Marek, J.F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica*, 6ª edição. Loures: Lusociência

Pires, D. (2009). A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (5), 739-44

Proposta de Lei n.º 177/XII (2013). *Grandes Opções do Plano para 2014*. Presidência do Conselho de Ministros

Rutherford, P., Bartley, A., Miller, D. et al. (2008). *Transforming Care at the Bedside How-to Guide: Increasing Nurses' Time in Direct Patient Care*. Cambridge, Institute for Healthcare Improvement

Seago, J.A. (2001). Nurse staffing, models of care, and interventions. In: Agency for Healthcare Research and Quality Publication, 01-E058. *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices: Evidence/Technology Assessment* (pp. 423-446), Washington, DC, acessado a 20 de Fevereiro 2015 em: <http://buonepratiche.agenas.it/documents/AHRQ2001.pdf>

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora

Siqueira, I.L.C.P. & Kurcgant, P. (2005). Passagem de Plantão: falando de paradigmas e estratégias. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18 (4), 446-51

Sousa, P., Uva, A., Serranheira, F., Leite, E. & Nunes, C. (2011). *Segurança do Doente: eventos adversos em Hospitais Portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade*. Escola Nacional de Saúde Publica- Universidade de Lisboa: Lisboa.

Stalk, G. & Hout, T. (1993). *Competindo contra o tempo = Competing against time*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Tappen, R.M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática* (4ª edição). Loures: Lusociência

Thomson, M.S., Gruneir, A., Lee, M., Baril, J., Field, T.S., Gurwitz, J.H. & Rochon, P.A. (2009). Nursing Time Devoted to Medication Administration in Long-Term Care: Clinical, Safety, and Resource Implications. *Journal Compilation, The American Geriatrics Society*, 57 (2), 266-272

Tomey, A.M. & Alligood, M.R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência

Tribunal de Contas (2013). *Encargos do Estados com PPP na Saúde*, volume I, Lisboa: Tribula de Contas

Waterworth, S. (2003). Time management strategies in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (5), 432-440

Westbrook, J.I., Duffield, C., Li, L. & Creswick, N.J. (2011). How much time do nurses have for patients? A longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals. *BMC Health Services Research*, 11:319, 11-12

WHO (2010). *Portugal Health System. Performance Assessment*. Copenhaga: World Health Organization

Williams, H., Harris, R. & Turner-Stokes, L. (2009). Work sampling: a quantitative analysis of nursing activity in a neuro-rehabilitation setting, *Journal of Advanced Nursing – The authors. Journal compilation*, 2097-2107

Yin, R.K. (2001). *Estudo de Caso – Planejamento e Métodos* (D. Grassi, Trad.). (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman

Outras Fontes eletrónicas:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/Press-Release-Norma-para-calculo-de-dotacoes-seguras-sera-decisiva-para-dar-mais-saude-populacao.aspx> –  
acedido a 02/08/2014.

*Referencial de Competências para Enfermeiros da Área de Gestão:*

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf> – acedido a 02/03/2014

<http://www.sep.org.pt/files/2014/06/030614PropSEP.pdf> acedido a 13/02/2015

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I – Grelha de Observação de Atividades**

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DE ATIVIDADES

Data:		TURNO:																															
Código	Intervenções de cuidados diretos de Enfermagem	08:00	08:15	08:30	08:45	09:00	09:15	09:30	09:45	10:00	10:15	10:30	10:45	11:00	11:15	11:30	11:45	12:00	12:15	12:30	12:45	13:00	13:15	13:30	13:45	14:00	14:15	14:30	14:45	15:00	15:15	15:30	15:45
Acolhimento	10030911	Validar a identidade do cliente																															
	10032258	Exame físico																															
Avaliação Sinais Vitais	10023113	Monitorizar os sinais vitais																															
	10026119	Avaliar a dor																															
Administração de medicação	10025444	Administrar medicamento																															
	10001836	Administrar hemoterapia																															
	10001815	Administrar terapia com fluidos ou electrólitos																															
	10030417	Administrar insulina																															
Sistema Circulatório	10016168	Puncionar a veia																															
	10031724	Gerir o catéter central																															
		Colaborar (10004542) na colocação de cateter central (10004115)																															
		Remover (10016763) cateter central (1004115)																															
Sistema Neurológico	10034285	Monitorizar o status cardiaco																															
	10030486	Aplicar meias elásticas																															
Sistema Tegumentar	10030775	Avaliar a perfusão dos tecidos																															
	10033922	Avaliar a integridade da pele																															
	10023531	Assistir a cuidar da higiene																															
	10030799	Avaliar a ferida																															
Sistema gastrointestinal	10033254	Cuidados à úlcera																															
		Aplicar (10002464) creme (10005352)																															
	10002747	Avaliar o comportamento de comer ou beber																															
	1007786	Alimentar																															
Sistema Respiratório	10024618	Ensinar sobre a ingestão de líquidos																															
	10031908	Gerir a alimentação parentérica																															
		Inserir (10010324) Sonda gastrointestinal (10008350)																															
		Remover (10016763) Sonda gastrointestinal (10008350)																															
	10032788	Cuidados ao estoma																															
		Vigiar (10019283) características das fezes (10007764)																															
Sistema musculoesquelético	10002799	Avaliar o status respiratório utilizando um dispositivo de monitorização																															
	10012196	Monitorizar o status Respiratório																															
	10033161	Cuidados à traqueostomia																															
	10024694	Implementar oxigenoterapia																															
Sistema urinário	10011821	Aspirar mecanicamente																															
	10014761	Posicionar o cliente																															
	10031164	Vestir o cliente																															
	10033188	Transferir o cliente																															
Período Pré-cirúrgico	10030527	Avaliar a capacidade para mobilizar-se																															
	10030884	Cateterizar a bexiga																															
	10031730	Gerir o dispositivo de continência																															
	10032150	Cuidados à nefrostomia																															
Período Pós-cirúrgico		Vigiar (10019283) características da urina (10020478)																															
	10006712	Deduzir atitude face à cirurgia																															
	10031711	Gerir a ansiedade																															
	10020743	Verificar o consentimento informado antes da cirurgia																															
	10020770	Verificar o local da cirurgia e a lateralidade																															
	10034167	Identificar o status gastrointestinal antes da cirurgia																															
Transporte na instituição	10034146	Identificar o status endócrino antes da cirurgia																															
	10002768	Avaliar o status neurológico antes da cirurgia																															
	10032863	Cuidados à ferida cirúrgica																															
	10032630	Remover sutura																															
Segurança do cliente	10034076	Avaliar os tubos e drenos																															
	10007097	Avaliar o status Neurológico após a cirurgia																															
	10009696	Identificar risco de hemorragia																															
	10033895	Avaliar o risco de complicação adquirida no hospital																															

Página 1

	Código	Intervenções de cuidados diretos de Enfermagem	08:00	08:15	08:30	08:45	09:00	09:15	09:30	09:45	10:00	10:15	10:30	10:45	11:00	11:15	11:30	11:45	12:00	12:15	12:30	12:45	13:00	13:15	13:30	13:45	14:00	14:15	14:30	14:45	15:00	15:15	15:30	15:45			
Planeamento Alta / Ensinos	10024570	Apoiar os prestadores de cuidados																																			
	10021695	Demonstrar a Técnica de Injeção Subcutânea																																			
	10021719	Ensinar a Família sobre a Doença																																			
	10024656	Ensinar a Família sobre o regime de tratamento																																			
	10023406	Ensinar sobre a prevenção de quedas																																			
	10019489	Ensinar sobre Gestão da Dor																																			
	10006028	Planejar a alta com o membro da família prestador de cuidados																																			
	10034961	Ensinar sobre os cuidados à ferida																																			
	10033055	Ensinar sobre os cuidados ao estoma																																			
	10032987	Ensinar sobre os cuidados à nefrostomia																																			
Colheita espécimens/ Outros	10006966	Assegurar a continuidade de cuidados																																			
	10011639	Gerir a colheita de espécimen																																			
Cuidados Pós-morte	10032034	Monitorizar a glicémia																																			
	10033296	Verificar morte																																			
		<b>Preparar corpo</b>																																			

## **APÊNDICE II- Termo de Consentimento Informado**

## **Termo de Consentimento Informado**

**Título do Estudo:** Gestão do tempo dos enfermeiros numa Unidade Cirúrgica de um hospital da área de Lisboa

**Investigador:** Pedro Moisés Gaspar Silva, aluno do Mestrado em Enfermagem com especialização na área de Gestão em Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação da Sr.<sup>a</sup> Professora Teresa Ramalhal.

Vivemos atualmente uma crise económica grave que ameaça a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde, sendo necessária uma gestão mais responsável e eficaz dos recursos humanos ao nível hospitalar, e mais especificamente, na área de enfermagem. Para tal, o enfermeiro gestor necessita de indicadores que lhe permitam adotar estratégias e métodos mais eficientes, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Estudos realizados nos últimos anos concluíram que existe espaço para a otimização do tempo dos enfermeiros. Os mesmos referem que além das atividades de prestação direta e indireta de cuidados, os enfermeiros executam outras, muitas vezes não relacionadas com a enfermagem, e que podem ser realizadas por profissionais menos qualificados, permitindo aos enfermeiros mais tempo na prestação de cuidados e uma diminuição dos custos.

A investigação tem como objetivo geral identificar a distribuição do tempo dos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais. Os objetivos específicos são observar o tempo despendido pelos enfermeiros nas intervenções de cuidados diretos, cuidados indiretos, atividades associadas ao serviço e atividades pessoais durante um turno de trabalho e analisar as intervenções de enfermagem em que os enfermeiros despendem mais tempo durante um turno de trabalho.

Para atingir estes objetivos, foi construída uma grelha de observação de atividades de enfermagem, distinguindo intervenções de cuidados diretos, indiretos,

atividades associadas ao serviço e atividades pessoais. A cada 15 minutos será registada na grelha de observação, a atividade que o enfermeiro está a realizar no momento. As observações irão decorrer nos turnos da manhã (8h-16h) e tarde (15:30h-23h).

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_

Reconheço que os procedimentos de investigação descritos me foram explicados e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão sobre o estudo, a investigação ou os métodos utilizados. Compreendo que a participação no estudo é estritamente voluntária e que sou livre de me retirar a qualquer momento, sem o dever de me justificar e que isso não acarreta nenhuma penalidade.

Asseguraram-me confidencialidade das informações, explicando-me o método escolhido para que esta seja assegurada.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_