

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão em
Enfermagem

Dissertação

Perceção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados
Continuados

Melani Nóbrega

Lisboa

2019

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized waves or leaves, extending from the right edge towards the center.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Gestão Em
Enfermagem

Dissertação

Perceção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos
Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados
Continuados

Melani Nóbrega

Orientador: Prof. Teresa Ramalhal

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“O cuidar em Enfermagem envolve a cordialidade consigo e com o outro, envolve o enxergar com o coração, envolve o tocar a natureza (homem) em toda a sua essência e plenitude, transcender e plasmar”

(Silva, Nazário, Silva, & Martins 2005 p.122)

DEDICATÓRIA

Agradeço a todas as pessoas que de forma direta ou indireta deram o seu apoio, contributo e motivação para abarcar este desafio.

À Professora Orientadora Teresa Ramalhal, agradeço a disponibilidade e orientações.

À Professora Teresa Potra por todo o seu empenho, orientação e motivação para finalizar esta etapa.

A todas as Instituições envolvidas, por terem permitido este estudo.

Aos responsáveis pelas Instituições e serviços, Enfermeiros Gestores/Chefes e Coordenadores, Diretores (as) Técnicos que permitiram a aplicação dos questionários e me receberam de braços abertos.

Aos Enfermeiros que participaram no estudo e que nos contextos de trabalho, que como sabemos nem sempre são fáceis, dispensaram tempo para responder ao questionário.

Ao meu marido que sempre me motivou e apoiou ao longo de todo este processo.

LISTA DE ABREVIATURAS

DL- Decreto-Lei

dp- desvio padrão

n^o- número

p.-página

s/p- sem página

LISTA DE SIGLAS

ACES- Agrupamentos de Centros de Saúde

APA- *American Psychological Association*

APEGL-Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

ECL- Entidade de Coordenação Local

ECR- Entidade de Coordenação Regional

EGA- Equipas de Gestão de Altas

EPAECQC- Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade dos cuidados

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS- *Statistical Package for the Social Science*

UC- Unidades de Convalescença

UCC- Unidades de Cuidados na Comunidade

UCCI- Unidade de Cuidados Continuados Integrados

UCSP- Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados

ULDM- Unidades de Longa Duração e Manutenção

UMCCI- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR- Unidades de Média Duração e Reabilitação

URAP- Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados

USF- Unidades de Saúde Familiar

USP- Unidades de saúde pública

RESUMO

Com o aumento da esperança média de vida e das comorbilidades associadas às patologias crónicas incapacitantes, a necessidade de oferecer continuidade de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar é imprescindível. No contexto português, as instituições destinadas a esta continuidade de cuidados integram atualmente o Serviço Nacional de Saúde e, designam-se por Unidades de Cuidados Continuados Integrados (UCCI). Nestas Unidades, os cuidados prestados são cada vez mais diferenciados e por isso exigem rigor e qualidade. Os Enfermeiros, como elementos proactivos e fundamentais na prestação de cuidados podem oferecer um importante contributo, através do conhecimento das suas perceções no que concerne à qualidade dos cuidados prestados. Este estudo foi desenvolvido utilizando uma metodologia quantitativa com uma amostra intencional de 172 Enfermeiros, que exerciam a sua atividade profissional nas tipologias de Convalescença, Média Duração e Reabilitação (UMDR) e Longa Duração e Manutenção (ULDM) de 14 Unidades do distrito de Lisboa. Foi utilizada a *Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (EPAECQC)* em formato de questionário, para a colheita de dados. Obteve-se uma amostra de Enfermeiros que desempenham funções nas Unidades de Convalescença (19,2%), UMDR (23,3%), ULDM (28,5%), UMDR+ULDM (5,8%) e Convalescença + UMDR + ULDM (23,3%) concomitantemente. A categoria feminina é predominante com 77,9% e o Escalão Etário maioritário é entre os 25 e 44 anos (68,0%). O tempo de exercício profissional predominantemente varia entre 1 a 5 anos (61,5%). 52,9% da amostra estão há menos de um ano no atual serviço e 85,5% não exercem na área da gestão. Neste estudo, verificou-se que existem atividades de enfermagem percecionadas como mais concretizadas do que outras, pelos Enfermeiros, mas mesmo assim, apresentam uma perceção positiva acerca da realização das atividades integradas nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, considera-se que os Enfermeiros deste estudo se encontram no caminho para uma prática de cuidados de excelência e concretizam as atividades em consonância com os padrões de qualidade da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Palavras-chave: Cuidados de longa duração, Qualidade em Saúde, Qualidade dos Cuidados de Enfermagem; Gestão em Enfermagem.

ABSTRACT

With the increase in the average life expectancy and comorbidities associated with chronic disabling conditions, the need to provide continuity of health care outside the hospital environment is essential. In Portugal, these institutions are currently part of the National Health Service called by Long Term Care. In these Units the care provided is increasingly differentiated, therefore require rigor and quality. Nurses as proactive and fundamental elements in care delivery can make an important contribution, through the knowledge of their perceptions regarding the quality of care provided. This study was developed using a quantitative methodology and an intentional sample of 172 Nurses, who developed their professional activity in Long Term-Care and Acute Care of the 14 Units in the Lisbon district. The Nursing Activities Perception Scale that contributes to the Quality of Nursing Care (EPAECQC) was used in form of questionnaire to collect data. We obtained a sample of Nurses who work in these units: Convalescence (19.2%), UMDR (23.3%), ULDM (28.5%), UMDR + ULDM (5.8%), Convalescence + UMDR + ULDM (23.3%). Mostly of the sample is represented by females in 77.9%. The sample majority is between 25 and 44 years old (68.0%). The prevailing practice time varies between 1 and 5 years (61.5%). In the sample 52.9% have been in the service for less than a year and 85.5% do not work in management. In this study, it was verified that there are perceived nursing activities as more concretized than others by the Nurses, but nevertheless, they have a positive perception about the accomplishment of the activities related to the quality of care. It is suggested that the Nurses in this study are on the way to a practice of care of excellence and perform the activities in accordance with the quality standards of nurses.

Keywords: Long-term care, Quality in Health care, Quality of Nursing care; Nursing Management.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	14
PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1. A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS NO SISTEMA NACIONAL DE SAUDE PORTUGÊS	19
2. A QUALIDADE EM SAÚDE	22
2.1 Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	27
3. A IMPORTANCIA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS UCCI	30
3.1 Os Enfermeiros Gestores na promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem	37
PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO	44
1. METODOLOGIA DO ESTUDO	45
1.1. Tipo de Estudo	46
1.2. População Alvo e Amostra	47
1.3. Instrumento de Colheita de Dados	48
1.4. Procedimentos de colheita e tratamento de dados	49
1.5. Procedimentos e Considerações Ético-Legais	51
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	52
2.1. Caracterização da Amostra	52
2.2. Características Psicométricas da Escala <i>EPAECQC</i>	56
2.3. Perceção dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de Enfermagem relacionadas com a qualidade dos Cuidados nas UCCI	57
2.4. Relação entre a Perceção dos Enfermeiros e as Variáveis Sociodemográficas	64
2.4.1. Dimensão <i>Promoção da Saúde e o Escalão Etário</i>	64
2.4.2. Dimensão <i>Promoção da Saúde e os Anos no Atual Serviço</i>	65
2.4.3. Dimensão <i>Prevenção de Complicações e o Escalão Etário</i>	66
3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	67
4. CONCLUSÃO	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	80
APÊNDICES	

APÊNDICE I - Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

APÊNDICE II - Poster apresentado no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

ANEXOS

ANEXO I- Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade dos Cuidados

ANEXO II - Autorização para utilização do instrumento de colheita de dados

ANEXO III - Autorização das instituições para aplicação do estudo

ANEXO IV- Certificado de Participação no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribuição de Enfermeiros por Tipologias.....	52
Gráfico 2. Distribuição dos Enfermeiros por Sexo.....	53
Gráfico 3. Percentagem de Enfermeiros Com e Sem Especialidade.....	55
Gráfico 4. Percentagem de Enfermeiros com Outros Graus Académicos.....	56

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Distribuição dos Enfermeiros por tipologias das UCC.....	48
Quadro 2. Distribuição dos Enfermeiros por Idades.....	53
Quadro 3. Distribuição de enfermeiros por Tempo de Exercício Profissional.....	54
Quadro 4. Distribuição dos Enfermeiros pelos Anos no Atual Serviço.....	54
Quadro 5. Distribuição dos Enfermeiros pelos Anos de Exercício na Gestão.....	55
Quadro 6. Alpha Cronbach Dimensões da <i>EPAECQC</i>	57
Quadro 7. Distribuição nas Atividades da dimensão Satisfação do Cliente.....	58
Quadro 8. Distribuição nas Atividades da dimensão Promoção da Saúde.....	59
Quadro 9. Distribuição nas Atividades da dimensão Prevenção de Complicações..	60
Quadro 10. Distribuição nas Atividades da dimensão Bem-Estar e Autocuidado.....	61
Quadro 11. Distribuição nas Atividades da dimensão Readaptação Funcional.....	62
Quadro 12. Distribuição nas Atividades da dimensão Organização dos Cuidados de Enfermagem.....	63
Quadro 13. Correlação de Spearman's: Dimensão Promoção da Saúde e o Escalão Etário.....	64
Quadro 14. Correlação de Spearman's: Dimensão Promoção da Saúde e os Anos no Atual Serviço.....	65
Quadro 15. Correlação de Spearman's: Dimensão Prevenção de Complicações e o Escalão Etário.....	66

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Competências do Enfermeiro Gestor.....	42
---	----

INTRODUÇÃO

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi criada em Portugal em 2006 e veio dar uma nova visão ao modelo de prestação de cuidados integrado no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A RNCCI rege-se pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde e apoio social de forma equitativa, para a melhoria das condições de vida de pessoas em situação de dependência. Os cuidados prestados nas UCCI são cada vez mais complexos e diferenciados, o que exige rigor e qualidade.

A qualidade em saúde tem assumido uma preocupação crescente nos dias de hoje, quer nas organizações nacionais, quer nas internacionais, de que são exemplo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Conselho Internacional de Enfermeiros. Em Portugal, a qualidade dos serviços de saúde é uma das preocupações da Direcção-Geral da Saúde e foi consagrada no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2011-2016, que surgiu para dar continuidade ao Plano Nacional de Saúde 2004-2010. A qualidade é assim definida no documento supracitado como o “(...) processo de melhoria contínua e sistemática que incorpora experiência e conhecimento e se baseia na autonomia dos agentes e no envolvimento e partilha de responsabilidades com o destinatário (PNS 2011-2016, p.18).

O Plano Nacional de Saúde é “(...) um instrumento estratégico (...) que permite o alinhamento das políticas de saúde de forma coerente e fundamentada, com o objectivo da maximização dos ganhos em saúde” (PNS 2011-2016, p.3). No PNS 2011-2016, foram definidos determinantes para a qualidade em saúde e a visão deste prende-se com o “(...) maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania” (PNS 2011-2016, p.5). Com os desafios atuais de “(...) transição demográfica, de sustentabilidade económica e ambiental e de globalização (...)” (PNS 2012-2016, p.18), surgiu a necessidade de criar o plano 2012-2016, com a missão de oferecer um maior enquadramento, de forma a que o Sistema de Saúde desenvolva-se recursos e estratégias para dar resposta às necessidades (PNS 2012-2016) com vista a

aumentar os ganhos em saúde, envolvendo o governo, as instituições e os cidadãos. As organizações de saúde têm assim, um papel fulcral na definição de padrões de qualidade para os domínios de cada profissão. No caso dos cuidados de enfermagem, estes padrões representam o desempenho global desejado para a prestação desses mesmos cuidados, porque são um referencial essencial do exercício profissional dos enfermeiros e fornecem os parâmetros para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016).

A pertinência deste tema prende-se com a importância dos Enfermeiros em todas as instituições de saúde, como promotores e elos fundamentais, para a prestação de cuidados de qualidade. É através do conhecimento das perceções dos Enfermeiros sobre as atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados nas UCCI que se pretende desenvolver este trabalho “(...) uma vez que, os programas ou ações, cujo objetivo é melhorar a qualidade requerem mudanças nos serviços e, essas dependem, em grande parte, do compromisso e comprometimento dos profissionais de enfermagem” (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016). As perceções dos Enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados têm sido usadas como métodos de avaliação da qualidade, porque os dados fornecidos vão ao encontro dos indicadores de qualidade preconizados por Donabedian (McHugh & Stimpfel, 2012). Os indicadores dos cuidados de enfermagem medidos objetivamente estão fortemente associados à perceção da qualidade medida subjetivamente pelos enfermeiros (Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016).

Por outro lado, o Enfermeiro Gestor, como elo central nas equipas, se detiver o conhecimento da perceção dos seus Enfermeiros relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem pode: implementar, supervisionar e monitorizar alterações nas organizações, com o objetivo de obter cuidados de maior qualidade (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, Regulamento nº 101/2015, 2015). O Enfermeiro Gestor deve ser um líder no caminho para a excelência, é um elemento extremamente importante na organização dos recursos e cria um ambiente de segurança e excelência nos cuidados de enfermagem (McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012). Segundo o recente Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão, Regulamento nº 76/2018, de 10 de janeiro, o Enfermeiro Gestor assume-se como “(...) agente de mudança e responsável pelo desenvolvimento

profissional dos membros da sua equipa e conseqüentemente, pelo desenvolvimento organizacional” e encara o “(...) desenvolvimento profissional como um processo contínuo de aquisição e aprofundamento de competências para um desempenho excelente e, é um elemento facilitador e estimulador da eficácia organizacional” (p.3478).

A compreensão da problemática da qualidade dos cuidados de enfermagem nas UCCI considera-se assim importante, porque as lacunas na área da qualidade podem colocar em causa a segurança do doente (PNSD 2015-2020), podem afetar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência, os seus cuidadores e, por conseguinte, afetar os resultados e os ganhos em saúde.

Considerando a relevância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros, em 2001, para uma prática de cuidados de excelência, esta dissertação pretendeu responder à seguinte pergunta de investigação: **Quais as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados?**

Como **objetivo geral** traçou-se o seguinte: Analisar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, do distrito de Lisboa e, como **objetivos específicos**: Identificar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados; Relacionar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem integradas nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem nas Unidades de Cuidados Continuados e as suas Variáveis Sociodemográficas.

No que respeita à estrutura desta dissertação, a mesma divide-se em duas partes fulcrais. A primeira parte consiste no Enquadramento Teórico do tema a abordar e engloba três capítulos e dois subcapítulos. Inicialmente, optou-se por fazer uma abordagem à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, nomeadamente no que respeita ao conceito e importância da mesma no Serviço Nacional de Saúde Português. Posteriormente, explorou-se o conceito de Qualidade

em Saúde afunilando para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e a importância da Percepção dos Enfermeiros nesta temática. O Enquadramento Teórico termina com uma abordagem sobre a importância que os Enfermeiros Gestores têm na qualidade dos cuidados de enfermagem.

No que respeita à segunda parte, a mesma descreve o trabalho empírico realizado e encontra-se distribuída por três capítulos e vários subcapítulos. É feita referência à Metodologia do Trabalho (questão de investigação, objetivo geral e específicos, tipo de estudo, amostra, instrumento de colheita de dados, procedimentos de tratamento e colheita de dados e considerações ético-legais). Seguidamente faz-se a apresentação, discussão e análise dos dados obtidos. Por fim, o último capítulo diz respeito às conclusões mais importantes do estudo, seguindo-se as referências bibliográficas e os anexos.

Nos anexos/apêndices consta a autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, o instrumento propriamente dito, o consentimento informado aos participantes, as autorizações das instituições para aplicação do estudo e o Poster apresentado no II Congresso da Secção Regional do Sul da Ordem dos Enfermeiros, assim como, o devido certificado de participação, com o objetivo de dar início à divulgação deste estudo.

Este trabalho seguiu as normas da *American Psychological Association* (APA) (2012), segundo o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS NO SISTEMA NACIONAL DE SAUDE PORTUGÊS

Ao longo dos anos a sociedade portuguesa tem enfrentado diversas mudanças a nível social. O aumento da esperança média de vida, o envelhecimento demográfico, assim como o incremento do número de doenças crónicas incapacitantes em população cada vez mais jovem, desencadeia a crescente necessidade de uma intervenção continuada de cuidados fora do ambiente hospitalar. Esta intervenção é um fator decisivo na manutenção das capacidades físicas e cognitivo-relacionais das pessoas com perda de autonomia.

Atendendo a esta crescente necessidade de resposta em cuidados de saúde, aos elevados gastos que as patologias crónicas incapacitantes acarretavam para os hospitais do Serviço Nacional de Saúde e a falta de assistência domiciliária, que condicionava as altas e prolongava os tempos de internamento, levou a que em 2005 os cuidados de saúde primários sofressem uma reforma na sua organização, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos à população (Vieira, 2011 citado por Ribeiro, 2014). Esta reforma consistiu na reorganização dos Centros de Saúde, que passaram a ser designados por Agrupamentos de Centros de Saúde – ACES (Ribeiro, 2014). Estes agrupamentos começaram a enquadrar diferentes unidades como: as Unidades de Saúde Familiares (USF); as Unidades de cuidados de Saúde Personalizados (UCSP); as Unidades de Saúde Pública (USP); as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Nestas últimas unidades foram desenvolvidas equipas de cuidados continuados quer a nível domiciliário, quer a nível de unidades de ambulatório e internamento com equipas distintas e especializadas (Ribeiro, 2014), coordenadas localmente (ECL) e regionalmente (ECR).

Em 2006 surge então, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), regida pelo Decreto-Lei nº 101/2006 de dia 6 de junho, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. Esta Rede de cuidados veio dar assim, uma nova visão de um modelo de prestação de cuidados integrado no Serviço Nacional de Saúde em resposta à crescente necessidade de cuidados a longo prazo. “Os cuidados integrados são vistos como uma solução para a fragmentação e

a descontinuidade, características dos sistemas sociais e de saúde na Europa” (Dias & Santana, 2009, p.13).

As pessoas em situação de dependência passaram a poder ser referenciadas para esta Rede de cuidados de duas formas: ou através das equipas dos Centros de Saúde ou através dos Hospitais. Em cada hospital do Serviço Nacional de Saúde, existem equipas de gestão de altas (EGA) destinadas a fazer a avaliação e referência, das pessoas que necessitam destes cuidados. Neste sentido “(...) a RNCCI pretende uma prestação de cuidados pluridimensionais orientados para a promoção da qualidade de vida com ênfase na reabilitação/ promoção da autonomia ou manutenção e na participação dos utentes e famílias” (Pinheiro, 2016, p.11-12), a qualquer pessoa que se encontre em situação de dependência, independentemente da sua idade” (DL101/2006, p.3858).

A RNCCI é constituída por diferentes instituições públicas e privadas com equipas e unidades que são diferenciadas pela sua tipologia (internamento, ambulatório e apoio domiciliário). No que respeita às unidades de internamento, estas podem ser divididas em: Unidades de Convalescença (internamentos até 30 dias), Média Duração e Reabilitação (internamentos desde 30 até 90 dias), Longa Duração e Manutenção (internamentos até 180 dias). As unidades de ambulatório são designadas por Unidades de Dia ou de Promoção da Autonomia e, como o próprio nome indica são unidades que funcionam apenas em regime diurno e que pretendem manter a autonomia das pessoas. A Rede integra ainda unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, unidades e equipas de cuidados continuados integrados pediátricos e até 2015 integrava também equipas e unidades de cuidados paliativos, no entanto, atualmente estas unidades passaram a integrar a Rede Nacional de Cuidados Paliativos.

Embora os objetivos de cada tipologia sejam específicos, bem como, os tempos de internamento, os cuidados visam sobretudo a manutenção das capacidades e/ou a recuperação dos utentes e têm como objetivo a “promoção da continuidade e da personalização na prestação de cuidados e o aumento da autonomia dos utentes, com eliminação das redundâncias. Tal traduz-se numa melhoria da qualidade, em termos de acesso, eficácia, eficiência e satisfação do utilizador” (UMCCI, 2013, p.6; Dias & Santana, 2009). Tudo isto leva a uma crescente diferenciação e complexidade dos

cuidados. Os cuidados continuados são assim “(...) o conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social (...) centrados na recuperação global e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Decreto-Lei, nº 101/2006, Artigo 3º, alínea a, p.3857).

São cuidados abrangentes, que envolvem a perspetiva do cliente, famílias, vários profissionais, implicações tecnológicas, económicas e de gestão (Dias & Santana, 2009) e multidisciplinares, já que, envolvem a cooperação de profissionais de saúde e técnicos de serviço social, para uma prestação de cuidados de saúde e psicossociais de qualidade, humanizados e globais (Palmeiro, 2016). Pode-se dizer assim, que os referenciais de cuidados para a RNCCI são: a prestação de cuidados pluridimensionais, a complementaridade, o trabalho em equipa e a transdisciplinaridade (UMCCI, 2013).

Os princípios pelos quais a RNCCI se rege englobam a prestação individualizada, humanizada e continuada de cuidados, através da avaliação do grau de dependência do utente, com a corresponsabilização da família, segundo referenciais de equidade, eficiência e qualidade no serviço prestado (UMCCI, 2013, p.14). Assume-se assim, que estes são os pilares de um serviço de saúde de qualidade, já que, englobam conceitos como: segurança do doente, eficácia, eficiência e equidade (Silva, 2013; Cabral, 2015). Deste modo, torna-se essencial abordar a importância do papel que a temática da qualidade em saúde e especificamente dos cuidados de enfermagem assume nos cuidados prestados nas UCCI.

2. A QUALIDADE EM SAÚDE

Nas UCCI, a estratégia para se obter cuidados de qualidade foi definida pela Unidade de Missão da RNCCI "(...) através de uma resposta integrada entre os setores social e da saúde, desenvolvendo uma gama completa de serviços de alta qualidade, que incluem cuidados de internamento, ambulatório e apoio domiciliário, com sustentabilidade financeira e acessíveis para todos os que deles necessitem" (Martins, 2014, p.20).

As questões relativas à qualidade estão documentadas segundo Henriques (2008), citado por Martins (2014), desde o século XVI. No entanto, só no século XX o conceito começou a ser estudado com mais afinco (Martins 2014). Inicialmente muito ligada à área industrial, a qualidade começou por ser relacionada com os defeitos dos produtos produzidos e só posteriormente com a gestão e dinâmicas de trabalho dos funcionários e mais tarde centrada na perspetiva dos clientes (Martins, 2014).

No que respeita à preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde, a mesma remonta aos anos 50-60 e, baseou-se em modelos da qualidade industrial nomeadamente no que concerne à (...) indispensabilidade de considerar as necessidades, valores e exigências dos clientes, o reconhecimento de que os sistemas e os processos são essenciais para a qualidade (...) e o desenvolvimento de instrumentos de controlo específicos aos serviços de saúde (Henriques, 2008; Donabedian, 1984, citado por Martins, 2014, p.25).

Desde essa época existe um crescente interesse em melhorar a qualidade dos cuidados nas instituições de saúde. Alguns autores foram considerados os marcos na área da qualidade como: Deming (1900-1993); Juran (1904-2008) considerado como o pai da qualidade, uma vez que, propôs que a qualidade fosse regida por uma trilogia, baseada em três processos de gestão: planeamento, controlo e melhoramento (Cabral, 2015); Crosby (1926-2001); Ishikawa (1915-1989), Taguchi (1924-2012) e, por fim Donabedian (1990-2003), que deu um grande contributo na avaliação da qualidade e até aos dias de hoje continua a ser um modelo consensual na sua avaliação.

Definir qualidade em saúde não é fácil, uma vez que a operacionalização do conceito é complexa. Avaliar a qualidade em saúde envolve várias dimensões, quer

objetivas, quer subjetivas e, por conseguinte, estas últimas prendem-se com o “cuidar holístico do outro” (Hesbeen, 2001, citado por Cabral, 2015), o que leva à sua complexidade. Por outro lado, a avaliação da qualidade pode ser feita de duas formas distintas, ou seja, pode-se usar apenas uma avaliação normativa, em que somente se procede “(...) à quantificação e privilegia elementos formais de uma intervenção”, ou realizar-se uma avaliação formativa, que “(...) comporta a dimensão subjetiva da qualidade (...)” (Martins, 2014, p.32). Assim, para se obter uma avaliação mais abrangente da qualidade é necessário “(...) estender a autoavaliação e autodeterminação a todos os profissionais da instituição, de aumentar o papel da administração na qualidade e a precisão de se investir na formação para o controlo e para a garantia da qualidade” (Henriques, 2008; Donabedian, 1984, citado por Martins 2014, p.25).

Desta forma, existem várias definições para Qualidade em Saúde. Segundo a Associação Internacional de Epidemiologia, a qualidade é definida como “(...) um nível de execução e realização que caracteriza a assistência prestada, consistindo na contribuição do serviço para o êxito do tratamento, do resultado clínico ou qualquer forma de resultado dos problemas de saúde dos utentes” (Carvalho, Ferreira & Ferreira, s.d, p.3). Segundo os mesmos autores, a qualidade pode ser entendida ainda como “(...) o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das acções e serviços, medido através de comparação com parâmetros aprofundados ou critérios de avaliação” (Carvalho, Ferreira & Ferreira, s.d, p.3).

Para a OMS, a Qualidade em Saúde tem em conta três componentes: adequação, eficiência e qualidade técnico-científica, além da acessibilidade, conveniência, disponibilidade e continuidade dos cuidados (Hesbeen, 2001; Mezomo, 2001; Monteiro, 2000, citado por Carvalhais, 2010). Em Portugal, a qualidade dos serviços de saúde é uma das preocupações da Direcção-Geral da Saúde e encontra-se prevista no Plano Nacional de Saúde 2011-2016, como referido anteriormente. Neste plano foram definidos como determinantes para a Qualidade em Saúde, o estabelecimento de padrões de qualidade, a definição e monitorização de indicadores de qualidade e as avaliações interna e externa com comparações dos prestadores de cuidados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016). A qualidade dos cuidados de saúde é encarada como “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos,

com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (PNS 2012-2016, p.47).

Assim, pode-se considerar que a Qualidade em Saúde é analisada como um conceito multidimensional e que já vem documentada como tal, desde 1999. Rantz e seus colaboradores (1999) propuseram um modelo teórico multidimensional de qualidade dos cuidados para as estruturas que prestam cuidados de longa duração. Atualmente, este conceito continua a ser visto desta forma, porque não se encontra “associado a uma dimensão específica e pode variar segundo as perspetivas dos consumidores, prestadores de cuidados e familiares” (Abrantes, 2012, p.9), assim como, gestores e outros elementos (Wold, 2011; Cabral, 2015). A qualidade dos serviços sociais e de saúde pode então, ser avaliada de diferentes formas: pelos próprios utentes, prestadores de serviços, auditores externos e profissionais. Mediante a perspetiva que os elementos se colocam, os resultados da avaliação da qualidade podem diferir significativamente. A qualidade é subjetiva, carregada de perceções e julgamentos pessoais, visa satisfazer e diminuir as necessidades, é proactiva, previne problemas e tenta oferecer soluções (Biscaia, 2000, citado por, Ascensão, 2010).

Na literatura existem assim, estudos que demonstram a dicotomia entre a qualidade avaliada pelos utentes e pelos profissionais, como os de Johansson, Oléni & Fridlund (2004), que sugerem “(...) que a avaliação pelos enfermeiros da qualidade dos cuidados raramente está em consonância com a prestação dos pacientes” (Carvalhais, 2010, p.13). Contudo, isto pode dever-se a uma distinção entre a qualidade do atendimento (competência técnica dos profissionais nos serviços) e a qualidade de vida (escolhas do consumidor, autonomia, dignidade, individualidade, conforto, atividade e relacionamentos significativos, sensação de segurança e bem-estar espiritual) (Wiener, 2003). Devido a todos estes fatores, considera-se que nenhuma avaliação da qualidade é exclusiva e totalmente adequada por si só, pois a qualidade é um conceito complexo e multidimensional e, todas as perspetivas devem ser consideradas (Voutilainen, Backman & Laukkala 2006).

Ao falar-se de qualidade, obrigatoriamente se fala em indicadores de qualidade, já que, são a forma de monitorizar e avaliar os resultados. Para Doran & Cranley (2006), a importância da medição dos resultados no cliente deve ser priorizada, uma vez que, permite fazer uma avaliação da qualidade e da eficácia dos resultados. Existem vários modelos para estudar a qualidade, alguns exemplos são os de Maxwell e Donabedian. Contudo, a qualidade dos cuidados nos serviços de saúde tem sido tradicionalmente avaliada através da abordagem donabediana, utilizando-se os indicadores de estrutura, processo e resultado, na maioria dos estudos. No que respeita aos indicadores de estrutura enquadram-se: as instalações, os locais, os profissionais, os equipamentos, os métodos de organização do trabalho e os recursos. A estrutura “(...) representa os recursos disponíveis para os profissionais e as instituições (...)” (Dias & Santana, 2009, p.14). O processo refere-se às atividades diagnósticas, terapêuticas e preventivas que os profissionais têm com os utentes e o *feedback* destes, ou seja “(...) envolve a relação entre profissionais e utentes (...)” (Dias & Santana, 2009, p.14). Os resultados prendem-se com os custos associados, a satisfação dos clientes (Martins, 2014) e, os efeitos e consequências dos cuidados produzidos nos mesmos (Maia, de Freitas, Guilhem & Azevedo 2008).

Donabedian (1980) definiu qualidade como o “tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do doente, após se considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados em todas as suas componentes” (Carvalhais, 2010, p. 11). Deste modo, a abordagem donabediana é a mais utilizada, uma vez que, além de dividir e avaliar a qualidade em dimensões ou indicadores, como o modelo de Maxwell, define a qualidade dos cuidados baseando-se em 7 atributos principais: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. A eficácia refere-se ao melhor que se pode fazer em condições ótimas mediante o estado do doente. A efetividade à melhoria na saúde que foi alcançada ou pode vir a ser, nas condições habituais da prática diária. A eficiência é a medida do custo de uma dada melhoria na saúde, a otimização assume principal relevância quando os efeitos do cuidado são avaliados em relação aos custos. A aceitabilidade é a adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos utentes e famílias. A legitimidade e equidade são dimensões que se referem à forma como o cuidado é visto pela comunidade ou sociedade em geral e a forma como o cuidado é distribuído de forma justa e razoável pelas pessoas,

respetivamente. Desta forma, o modelo supracitado pretende tornar o sistema de cuidados de saúde o mais “equitativo”, “universal” e “acessível” para os cidadãos (Martins, 2014).

A qualidade é assim, um conceito incontornável na prestação dos cuidados de saúde (Cabral, 2015; Ascensão, 2010), é abrangente a todas as instituições de saúde e nos dias de hoje constitui um grande desafio para as organizações e profissionais, uma vez que, se pretende “(...) avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos e assegurar que todos têm acesso aos cuidados de qualidade, em tempo útil e com custos adequados” (Martins, 2014, p.32). Desde a aplicação de instrumentos de medida e de novas estratégias para a gestão global da qualidade, as organizações têm de possuir conhecimento da definição de qualidade que os seus profissionais têm, já que, a perceção da qualidade de cada profissional é o espelho das suas atitudes perante um determinado acontecimento (Cabral, 2015).

A sociedade contemporânea requer assim, organizações mais competitivas que desenvolvam uma cultura de melhoria da qualidade contínua e de profissionais com mais qualificações e com habilidades interpessoais, para se sentirem mais envolvidos na prestação de cuidados de qualidade aos utentes dos serviços de saúde (Backes & Büscher, 2015). A qualidade em saúde “(...) pode ser vista como absolutista, quando os profissionais determinam os procedimentos necessários a uma boa qualidade; individualizada ao considerar os desejos dos utentes e as respectivas avaliações; e social quando considera a sua distribuição” (Carvalhais, 2010, p.11-12).

Outro modelo também bastante utilizado atualmente para avaliar a qualidade dos cuidados foi proposto por Irvine em 1998. Posteriormente reformulado, este modelo, baseia-se também no modelo de Donabedian e, pretende avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, através do contributo dos próprios Enfermeiros (Doran & Cranley, 2006). Seguindo esta linha de pensamento, considera-se pertinente definir o conceito de qualidade dos cuidados de enfermagem assim como, a perceção que os Enfermeiros têm dos mesmos.

2.1 Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Atualmente, uma ciência como a enfermagem “(...) não se pode afirmar nem se desenvolver na sociedade atual sem um corpo de conhecimentos próprio” (Gomes, 2011, p.17). Os enfermeiros são o grupo profissional que deve assegurar uma prestação de cuidados de excelência, uma vez que, desempenham um papel ativo na melhoria da qualidade dos serviços que prestam, desde a prestação direta de cuidados, até aos cargos de gestores e responsáveis por departamentos da qualidade. No âmbito da Enfermagem, o conceito de Cuidado é utilizado como uma preocupação com uma pessoa que vivenciou uma situação e necessita de ajuda (Canastra, 2010). “A enfermagem afirma-se como uma profissão do cuidar, mantendo o ideal de cuidar na prática e na formação” (Canastra, 2010, p.10). O grupo profissional dos Enfermeiros tem “(...) vindo a desenvolver competências significativas na promoção da saúde e prevenção da doença, através da prestação de cuidados de enfermagem assentes em programas de educação para a saúde (...)” e, por isso, considera-se a importância da atuação destes profissionais em todos os contextos de saúde, “(...) nos cuidados diretos à população, tendo em vista o alcance de maior bem-estar e qualidade de vida, quer dos idosos, quer das famílias e cuidadores “ (Cabrita & Guerreiro, 2013, p.97).

A preocupação com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem surgiu com Florence Nightingale, no momento que defendeu a garantia da qualidade dos cuidados, através do enquadramento dos padrões de cuidados de enfermagem e questões relativas à segurança dos doentes (Stanhope & Lancaster, 2011). Florence Nightingale promoveu reformas sanitárias dos hospitais, defendeu o uso da estatística na gestão de cuidados de enfermagem e deu conselhos sobre o *design* das instalações hospitalares, para a melhoria da qualidade dos cuidados (Lee, 2013). Foi considerada como a “(...) pioneira na identificação e estabelecimento de métodos e critérios de avaliação e melhoramento da qualidade dos cuidados prestados aos cliente, de forma sistemática” (Martins, 2014, p.27).

Como já foi referido no capítulo anterior, a qualidade é avaliada através de indicadores. Estes são como os *outputs* que surgem da prática autónoma dos

enfermeiros para avaliar os resultados obtidos (Petronilho, 2009). São um referencial essencial do exercício dos enfermeiros e fornecem os parâmetros para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016). Para a Ordem dos Enfermeiros (2007), os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem são descritos em concordância com a abordagem donabediana. Esta abordagem é uma das mais utilizadas para avaliação da qualidade em saúde, como também já foi referido anteriormente, porque define o conceito segundo os atributos consagrados no Plano Nacional de Saúde (2012-2016): eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, e equidade.

As organizações de saúde têm assim, um papel fulcral na definição de padrões de qualidade para os domínios de cada profissão. Estes padrões representam o desempenho global desejado para a prestação desses mesmos cuidados (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016). É imperativo para a qualidade dos cuidados de enfermagem a “(...) reflexão sobre a prática (...) e delinear as estratégias possíveis para que esses objetivos sejam atingidos (...)” (Fradique & Mendes, 2013, p. 47).

O Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu 6 categorias de enunciados descritivos, no âmbito da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: **a Satisfação do Cliente, a Promoção da Saúde, a Prevenção de Complicações, o Bem-estar e o Autocuidado, a Readaptação Funcional e a Organização dos Cuidados de Enfermagem**. Estes enunciados descritivos são como o quadro de garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem para os utentes e, para os Enfermeiros a referência e a orientação para uma prática profissional de excelência.

Segundo Stalpers, Kieft, Van der Linden, Kaljouw & Schuurmans (2016), os indicadores dos cuidados de enfermagem e a satisfação dos Enfermeiros com a qualidade dos cuidados são duas formas usadas para medir a qualidade dos cuidados de enfermagem, embora ainda não esteja bem esclarecida esta relação. A Unidade de Missão dos Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) refere que, a qualidade na área da saúde deve atender além da satisfação dos utentes, à satisfação dos profissionais para a eficácia dos cuidados de saúde, já que, o “(...) o desempenho dos profissionais, exige uma aprendizagem contínua e um empenho permanente na qualidade” (UMCCI, 2013, p.6; Gomes, 2011). A qualidade em saúde engloba

componentes como o ” (...) o grau de excelência profissional, eficiência na utilização dos recursos, riscos mínimos para os doentes, satisfação para os utilizadores” (Abrantes, 2012, p. 21) e para os profissionais de saúde concomitantemente (Gomes, 2011).

Considera-se assim, a importância da qualidade dos cuidados de enfermagem, uma vez que, a mesma está relacionada com a segurança do doente, com a satisfação do mesmo e com outros resultados em saúde (Doran, 2006; Mass, 2003; Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016). Esta afirmação é corroborada por Rocha, Sousa e Martins (2016, p.101), quando nos dizem que, a “(...) preocupação com a qualidade dos cuidados e respetiva monitorização é um (...) promotor da segurança do doente e da melhoria dos resultados de desempenho”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), a definição de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem constitui assim um grande desafio, pelo impacto que tem na melhoria dos cuidados e porque permite refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. “O desenvolvimento de sistemas de qualidade em saúde, de acordo com o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros Portugueses, é uma ação prioritária e os enfermeiros assumem um papel fundamental na definição de padrões de qualidade dos cuidados prestados” (Fradique & Mendes, 2013, p.45), que importa compreender e investigar.

3. A IMPORTANCIA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NAS UCCI

Franco, Barros, Vaidotas & D'Innocenzo (2010), com o objetivo de estudarem a percepção dos Enfermeiros sobre os processos de qualidade em enfermagem, realizaram um estudo descritivo-exploratório com 19 Enfermeiros e concluíram que as percepções destes profissionais constituem indicadores importantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O termo “Percepção” é frequentemente usado em diversos trabalhos académicos “(...) no sentido de opinião ou atitude (...)” (Bacha, Strehlau & Romano, 2006, p.1). Este conceito ao longo do tempo tem sido estudado através de várias correntes: filosóficas, psicológicas, pelo comportamento do consumidor, entre outros. A definição do conceito de Percepção é extensa e assenta em diversas teorias, pelo que, se opta neste trabalho por fazer apenas uma breve definição do conceito de forma generalista, uma vez que, segundo Bacha, Strehlau & Romano (2006), o conceito “(...) é mais utilizado no sentido formal de consciência, impressão ou intuição, de uma pessoa face a determinado assunto (...) definição para o termo destacado por Houaiss (2002) (...)”. A Percepção “diz respeito à interpretação que o sistema cognitivo tem a partir da sensação recebida” (Silva, Marinho, Silva, Bertelmebs & Silveira, 2014, p.51). Em contextos económicos, sociais e de marketing, por exemplo, tem assumido uma configuração crescente de conhecimento no atual mundo industrializado, uma vez que, as empresas desenvolvem estratégias de marketing orientadas para as opiniões dos consumidores. Para Sternberg (2000), citado por Figueiredo (2010, p.3) “(...) a percepção é um conjunto de processos pelos quais reconhecemos, organizamos e entendemos as sensações recebidas dos estímulos ambientais (...)”. Pode-se assim dizer que, para as ciências humanas, sociais e de saúde, compreender o que as pessoas pensam ou sentem sobre determinado assunto pode ser uma forma eficaz de criar estratégias de melhoria nas instituições.

Para Silva, Marinho, Silva, Bertelmebs & Da Silveira (2014, p.51) “(...) o conhecimento é uma síntese das interações entre sujeitos e objetos, sensação e percepção, através das estruturas cognitivas, permitindo um conhecimento do mundo cada vez mais aprofundado à medida que as interações com o mundo se intensificam.”

No que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem, por exemplo, os Enfermeiros percebem que uma boa prestação de cuidados “(...) seria promovida se houvesse mais material, recursos humanos, melhores condições de trabalho, boas condições físicas e formação adequada” (Carvalhais & Sousa, 2013, p.170).

Com o objetivo de examinar a concordância entre os indicadores de cuidados de enfermagem e a qualidade dos cuidados percebida pelos Enfermeiros, Stalpers, Kieft, Van der Linden, Kaljouw & Schuurmans (2016) realizaram um estudo e concluíram que existe uma associação significativamente positiva entre os indicadores dos cuidados de enfermagem que são medidos objetivamente e a percepção da qualidade medida subjetivamente por estes profissionais. Além disso, os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem fornecem *rankings* de qualidade correspondentes. Isto implica que, a melhoria dos fatores associados às percepções dos Enfermeiros sobre o que acreditam ser a qualidade dos cuidados, pode levar a melhorias nos processos dos cuidados de saúde.

Em Portugal, Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin (2016), com o objetivo de conhecerem as Percepções dos Enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados, validaram a *Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* em formato de questionário. A escala foi aplicada a 775 enfermeiros dum hospital do norte de Portugal, no período de maio a julho de 2015. Este instrumento é constituído por dimensões, que são coincidentes com os enunciados descritivos propostos pela OE (satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e o autocuidado, readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem) e, permite que os enfermeiros identifiquem as atividades por eles desenvolvidas e que estão associadas à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Contudo, como já se tem vindo a referir, a avaliação de um conceito multifacetado e tão complexo, como a qualidade dos cuidados, tem muitos desafios. Os indicadores de qualidade são medidas utilizadas para se obter informações sobre o desempenho das organizações em relação à qualidade dos cuidados que prestam. Paralelamente, os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem oferecem informações sobre resultados importantes e apoiados no domínio da atuação

profissional dos enfermeiros e nas atividades de enfermagem que realizam, (Stalpers, Kieft, Van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016; Aleixo, Escoval & Fonseca, 2011), ao que Doran (2011) acrescenta que a experiência profissional e a competência técnica são variáveis que podem influenciar a qualidade dos cuidados e Fradique & Mendes (2013) corroboram, referindo que são necessárias as capacidades científicas, técnicas e interpessoais dos enfermeiros para se atingirem padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A confiabilidade e validade dos indicadores dos cuidados de enfermagem encontram-se documentados também nos estudos de Doran (2006) e Maas (2003). Estes demonstram que, os enfermeiros são capazes de recolher dados confiáveis sobre os indicadores de qualidade, embora outros estudos como os de Alexander (2007) e Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen & Seim (2009), enfatizem a necessidade de verificar metodologicamente os indicadores como medidas precisas de qualidade e aumentar os estudos nesta área.

Os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem fornecem assim, uma base quantitativa para monitorizar e avaliar esses cuidados e, por outro lado, as medidas relatadas pelos enfermeiros são usadas para determinar as perceções dos mesmos, acerca da qualidade dos cuidados. São consideradas como as medidas subjetivas da qualidade. Comparar as medidas objetivas com as subjetivas é cada vez mais relevante na pesquisa sobre os cuidados de saúde (Stalpers, Kieft, Van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016).

Paralelamente, existem outros autores que enfatizam a importância e influência dos fatores externos na qualidade e referem que é impossível formular políticas bem-sucedidas para melhorar a qualidade dos cuidados e os resultados (Wan, Zhang & Unruh, 2006; Carvalhais & Sousa, 2013). Wan, Zhang & Unruh (2006). Estes autores analisaram como os principais fatores de contexto, organizacional (pessoal) e processo (adequação e reabilitação dos cuidados de enfermagem) influenciam os resultados dos utentes. Concluíram que, instituições de cuidados de longa duração com uma equipa de enfermagem maior, que tenha mais cuidados de reabilitação e menos lacunas nos cuidados de enfermagem, produzem melhores resultados nos utentes. Este estudo utilizou o modelo de Donabedian (1966), para avaliação da

qualidade em estruturas que prestam cuidados de longa duração, assim como, os estudos de McHugh & Stimpfel, (2012).

A qualidade em enfermagem é assim, influenciada por diversos fatores nomeadamente a “formação profissional, o número de profissionais disponíveis, os recursos humanos disponíveis, o mercado de trabalho, a legislação vigente, as políticas, a estrutura e a organização das instituições” (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006 p. 87; Cabral, 2015).

Unruh & Wan (2006), por outro lado, expandiram os indicadores (estrutura-processo-resultado) para postularem que o funcionamento das instituições de saúde é contextualmente influenciado por fatores externos do ambiente, como as características socioeconômicas e demográficas da população e características da localização rural / urbana (por exemplo, forças de mercado ou aplicação de regulamentos).

Os autores supracitados consideram que, os indicadores estruturais são os recursos físicos e humanos da instalação e outras características, tais como, o tamanho da cama, a propriedade, etc. O pessoal é representado como um componente estrutural separado devido à sua associação com outras variáveis estruturais (como por exemplo: organizações com fins lucrativos e níveis mais baixos de pessoal) e à sua interação com os processos de cuidados. Os indicadores de processo referem-se a serviços clínicos e não-clínicos, bem como, a comunicação de pessoal ao avaliar, planejar e prestar cuidados. Exemplos de indicadores de resultados dos utentes incluem medidas de funcionamento físico, continência e ausência de úlceras de pressão (Wan, Zhang & Unruh 2006). Este estudo enfatiza a importância dos enfermeiros nestas instituições e a sua relação com a qualidade dos cuidados. Um maior número de enfermeiros nestas instituições e com maior número de horas de trabalho associam-se a menos úlceras de pressão e melhor estado mental e funcional dos residentes (Cohen & Spector, 1996; Porell et al., 1998, citado por Wan, Zhang & Unruh, 2006). Já Bakerjian & Zisberg (2013) descrevem como se pode criar um instrumento de qualidade para avaliar o indicador- úlceras de pressão e que os conceitos podem ser aplicados a outros indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem. As autoras afirmam ainda que, o processo de melhoria da qualidade dos cuidados deve existir em todos os ambientes de cuidados de saúde.

Davies & Cripacc (2007) associam 38 padrões de cuidados mínimos à qualidade dos cuidados, serviços e instalações que as *Nursing Homes* ou as *Long-Term Care* (designação para as instituições de cuidados de longa duração no Reino Unido) devem fornecer. No entanto, destacam que a conformidade com os Padrões Mínimos, por si só não garante a qualidade. Isto sugere que há margem para introduzir outras formas de melhorar a qualidade dos cuidados nestas instituições. Esta abordagem considera a alteração de padrões tradicionais de trabalho e colaboração entre Enfermeiros e outro pessoal que presta cuidados e, tem potencial para melhorar o acesso a serviços, qualidade dos cuidados e resultados de saúde. No entanto, são necessárias mais pesquisas para identificar os diferentes métodos de melhoria da qualidade, que podem atender às complexas necessidades de cuidados de saúde das pessoas nestas instituições (Davies & Cripacc, 2007).

Bakerjian (2008) realizou uma revisão da literatura, onde foram incluídos 38 estudos que nos dão a conhecer um conjunto de dados, que demonstram a relação entre a presença de enfermeiros, principalmente de enfermeiros especialistas ou de prática avançada, como designa a autora, e a melhoria da qualidade dos cuidados nas instituições de cuidados de longa duração. A presença de enfermeiros nestas instituições melhora indicadores de qualidade como: indicadores de úlceras de pressão e quedas. O estudo diz-nos que, a complexidade dos cuidados em instituições de cuidados de longa duração tem aumentado nos últimos anos.

Em Portugal esta realidade não é muito diferente, já que, as instituições que prestam cuidados de longa duração atualmente oferecem cuidados a utentes de curta duração e de longa duração concomitantemente, com idades que variam desde muito jovens a idosos e que apresentam diversas e complexas patologias associadas, assim como, outros utentes que necessitam de terapias de reabilitação intensivas e frequentes. Ao mesmo tempo, há escassez de recursos humanos para prestar cuidados de saúde primários e estas instituições são cada vez mais pressionadas a melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Este fenómeno transformou um ambiente de cuidados prolongados e de manutenção, num ambiente de cuidados cada vez mais exigente e complexo.

A maioria dos estudos envolvendo Enfermeiros que prestam cuidados nas instituições de longa duração examinam os resultados da gestão de condições

crônicas, melhorias no estado funcional dos utentes ou reduções no declínio funcional, prevenção da hospitalização e redução do número de idas aos serviços de urgência; redução de custos, diminuição de mortalidade, maior tempo gasto com cuidados diretos aos utentes e maior satisfação dos mesmos, familiares e profissionais, ou seja, examinam indicadores de qualidade dos cuidados e como a intervenção dos enfermeiros pode ter um papel fulcral no que respeita à qualidade dos mesmos.

Rantz & Connolly (2004) realizaram uma revisão integrativa da literatura sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem em todos os cenários de cuidados de saúde e verificaram que os estudos sobre esta temática aumentaram de 135 estudos entre 1989-1994 (com 9 em cuidados a longo prazo e cuidados de ambulatório e 19 em cuidados ao domicílio) para 314 estudos entre 1995-2000 (com 55 em cuidados de longo prazo, 21 de cuidados ambulatoriais, 27 de cuidados domiciliários e 10 em saúde comunitária). Estes dados denotam o crescente interesse e importância atribuída à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Segundo Tafreshi, Pazargadi & Saeedi (2007), citados por Fradique & Mendes (2013), na perspetiva dos Enfermeiros, a qualidade dos cuidados de enfermagem, prende-se com a prestação de cuidados mínimos otimizados, seguros e com a satisfação do utente. É como se existisse “(...) um encontro entre o profissional e o utente” (Cabral, 2015 p.1).

Embora a qualidade dos cuidados de enfermagem seja imprescindível para se obter resultados em saúde satisfatórios e para a segurança do utente, como se tem vindo a referir, as melhorias têm ocorrido de forma muito lenta e a investigação sobre a qualidade envolvendo os próprios Enfermeiros da prestação de cuidados é ainda limitada. Burhans & Alligood (2010) referem que a análise da literatura sobre cuidados de qualidade revela que os Enfermeiros que prestam cuidados raramente estão envolvidos no desenvolvimento ou definição de programas de melhoria para os cuidados de enfermagem de qualidade. Os autores defendem duas grandes premissas na sua pesquisa: a assistência de qualidade dos cuidados de enfermagem deve ser significativa e relevante para os Enfermeiros e, que descobrir o significado de cuidados de enfermagem de qualidade para eles poderia facilitar abordagens de melhoria mais eficazes nas organizações. Esta afirmação é corroborada por Cabral

(2015, p.40), ao referir que “a forma como os enfermeiros encaram o utente e como definem o cuidar, manifesta-se nos seus procedimentos e no que eles valorizam como cuidados de qualidade”.

Schaubhut (2009), também afirma que é necessário estudar a perceção dos Enfermeiros acerca do papel que têm na melhoria dos indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (Fradique & Mendes, 2013) para se obter melhores resultados em saúde.

Os Enfermeiros têm assim, um papel relevante nas organizações de saúde na medida em que realizam promoção para a aprendizagem do utente, família e comunidade, no sentido de conseguirem lidar melhor com os desafios de saúde impostos atualmente (Cabral, 2015). E por isso, os cuidados de enfermagem devem ter como finalidade a “(...) contínua melhoria da prestação dos serviços, bem como a definição de estratégias para alcançá-la levando em consideração o custo-benefício” (D’Innocenzo, Adami & Cunha, 2006, p.87).

A definição e desenvolvimento de indicadores de qualidade pelos Enfermeiros são um meio para atingir a qualidade dos cuidados e, conseqüentemente, a satisfação dos utentes. Com a evolução a nível formativo e a nível assistencial que a Enfermagem tem apresentado, o valor do papel dos Enfermeiros na saúde das populações, a nível científico e em questões relacionadas com a qualidade e gestão de recursos, tem sido mais reconhecido. É “(...) imperioso reconhecer como de significativo valor o papel do enfermeiro no âmbito da comunidade científica de saúde e, bem assim, no que concerne à qualidade e eficácia da prestação de cuidados de saúde” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com alterações introduzidas no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).

No entanto, para a efetiva concretização destas ações é necessário que as organizações e a liderança das equipas ofereçam a possibilidade dos elementos desenvolverem identidade profissional e autonomia com o objetivo de aumentar a motivação para o desenvolvimento de profissionais comprometidos e satisfeitos numa prestação de cuidados de excelência (Backer & Bucker, 2015). Por isto, considera-se imprescindível abordar a importância dos enfermeiros gestores como elos

responsáveis e promotores da qualidade dos cuidados de enfermagem, neste contexto.

3.1 Os Enfermeiros Gestores e a Promoção da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

A Enfermagem ao longo dos últimos 20 anos tem enfrentado várias alterações quer a nível pedagógico, profissional e social (Cabral, 2015), como referido anteriormente. “A enfermagem é 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. 12).

Em 1991, em Portugal, a carreira de Enfermagem previa Enfermeiros em 3 áreas de prestação de cuidados: prestação de cuidados propriamente dita, a gestão e a assessoria técnica. O Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de novembro, aprovou o regime legal da carreira de enfermagem, dotando-a de mecanismos adequados à natureza da profissão e às características do seu exercício (Decreto-Lei n.º 437/91, de 8 de Novembro). Mais tarde em 1998, o Decreto-Lei nº412/98 vem introduzir algumas mudanças e procede a uma revalorização salarial (Decreto-Lei nº412/98 de 30 de dezembro). Esta evolução encontra-se também documentada no regulamento profissional do exercício do Enfermeiro (REPE), que menciona “(...) que a enfermagem registou entre nós, no decurso dos últimos anos, uma evolução, quer ao nível da respetiva formação de base, quer no que diz respeito à complexificação e dignificação do seu exercício profissional (...)” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro, com alterações introduzidas no Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril).

Considera-se assim, “(...) imprescindível que exista o cumprimento de boas práticas, a atualização dos profissionais e a implementação de um sistema de gestão de qualidade. Este sistema “(...) engloba aspetos da função de gestão total, que

determinam e implementam a política de qualidade e os objetivos (...)” definidos para cada organização (Martins, 2014, p.30).

A gestão pode ser definida, como profissão, processo ou uma ciência. Para Reis (2007), citado por Potra (2015, p.16), é encarada como “a utilização de modo eficiente (...) tendo em vista a realização dos objetivos de uma organização, dos recursos (humanos e materiais) disponíveis ou angariáveis (...)”. No entanto a gestão não se vincula somente às gestões de topo das organizações, mas prende-se com a gestão de processos, de camas, de saúde e doença, de risco, de qualidade, etc (Potra, 2015), ou seja, com a gestão a nível operacional. A gestão em enfermagem ocorre desde as dinâmicas de trabalho na prática diária de cuidados e, enquadra o processo de enfermagem: observação, planeamento, execução e avaliação dos cuidados prestados (Valentim, Leite, Ernesto, Lima & Oliveira, 2008) até aos cargos mais elevados de administração.

Por isso, uma gestão da qualidade dos cuidados eficiente só é possível se corresponder a alguns princípios como: o comprometimento da gestão de topo, a satisfação do cliente, o empenhamento dos profissionais, possuir um processo contínuo de melhoria da qualidade, através do envolvimento de toda a equipa, com o objetivo de se obter resultados de melhor qualidade ao preço mais vantajoso (Lopes, 2007; Campos & Santos, 2010, citados por Martins, 2014).

A qualidade dos cuidados de enfermagem além do conhecimento científico inerente e da necessidade dos profissionais o adaptarem a si mesmos e aos outros no seio de uma equipa, necessita de liderança para atingir bons resultados. Ou seja, a formação dos profissionais, o trabalho de equipa e o comprometimento com o trabalho é primordial para o desenvolvimento e evolução de uma organização (Cabral, 2015).

As melhores práticas em saúde requerem obrigatoriamente estratégias que se relacionam diretamente com a liderança das equipas, nomeadamente programas e formação contínua nos serviços, a valorização do capital humano por parte das chefias, o desenvolvimento e implementação de indicadores de qualidade e a respetiva supervisão dos mesmos, assim como, o comprometimento dos profissionais com a qualidade do cuidado (Backer & Bücken, 2015). “O exercício de funções de

gestão por enfermeiros é determinante para assegurar a qualidade e a segurança do exercício profissional, constituindo-se como componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde (...) inserida no processo de desenvolvimento e valorização profissional” (Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro, p. 3478).

O Enfermeiro Gestor é assim, um elemento preponderante na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem (Aiken & Pofhosyan, 2009; Hinno & Vehviläinen-Julkunen, 2011; Fradique & Mendes 2013). Por Enfermeiro Gestor entende-se que é o Enfermeiro que “(...) detêm um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde (...)”. É o elemento central do “(...) desenvolvimento profissional (técnico-científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão (...)” e, é ainda o “(...) gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos (...)” (Decreto-Lei nº 101/2015 p. 5948). O Enfermeiro Gestor é o Enfermeiro que “(...) tem a visão da Organização que integra como um todo, reconhecendo a sua estrutura formal e informal e o seu ambiente organizacional, identificando e analisando os fatores contingenciais, que (...) interferem nas atividades de planeamento, execução, controlo e avaliação (...)” (Regulamento nº 76/2018, Artigo 2, p.3478).

Devido a um ambiente em saúde cada vez mais exigente e em constante mudança, decorrente das pressões políticas, económicas e sociais existentes, a OE desenvolveu um programa entre 2008-2010 com o objetivo de preparar Enfermeiros Líderes e Gestores para darem resposta ao nível da liderança e gestão das instituições de saúde e melhorarem os serviços prestados (Canastra & Ferreira, 2012). Face a isto desenvolveu-se um “(...) aumento substancial das responsabilidades e papéis da Enfermagem” (Rocha, Sousa & Martins, 2016, p.92) que fez com que a gestão em enfermagem surgisse como “(...) uma estratégia importante e primordial para a qualidade dos cuidados (...)” (Andrade, 2016, p. 27), uma vez que, a “(...) qualidade e segurança dos cuidados prestados aos cidadãos estão directamente relacionados

com a qualidade da prática dos enfermeiros da área da gestão – Enfermeiros gestores competentes determinam cuidados de qualidade” (APEGEL, s/p. p.14).

Em 2015, a OE aprovou o Regulamento do Perfil das competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento nº 101/2015). Neste regulamento encontram-se descritas as competências que os Enfermeiros Gestores têm de possuir no domínio da gestão: garantia de uma prática profissional e ética na equipa que lidera; garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; gerir o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa e garantir uma prática profissional baseada na evidência (Regulamento nº 101/2015). Posteriormente em janeiro de 2018, surge o Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão nº762018 de 10 de janeiro, que vem atualizar o anterior. No que respeita à gestão da qualidade e segurança o mesmo documento diz-nos que o Enfermeiro Gestor “(...) conceptualiza e operacionaliza o processo de melhoria contínua da qualidade dos serviços, num contexto de prática multidisciplinar e integrada, visando a obtenção de elevados padrões de qualidade, de altos níveis da satisfação das necessidades e expectativas dos cidadãos e dos profissionais” (Regulamento nº 76/2018, p.3481).

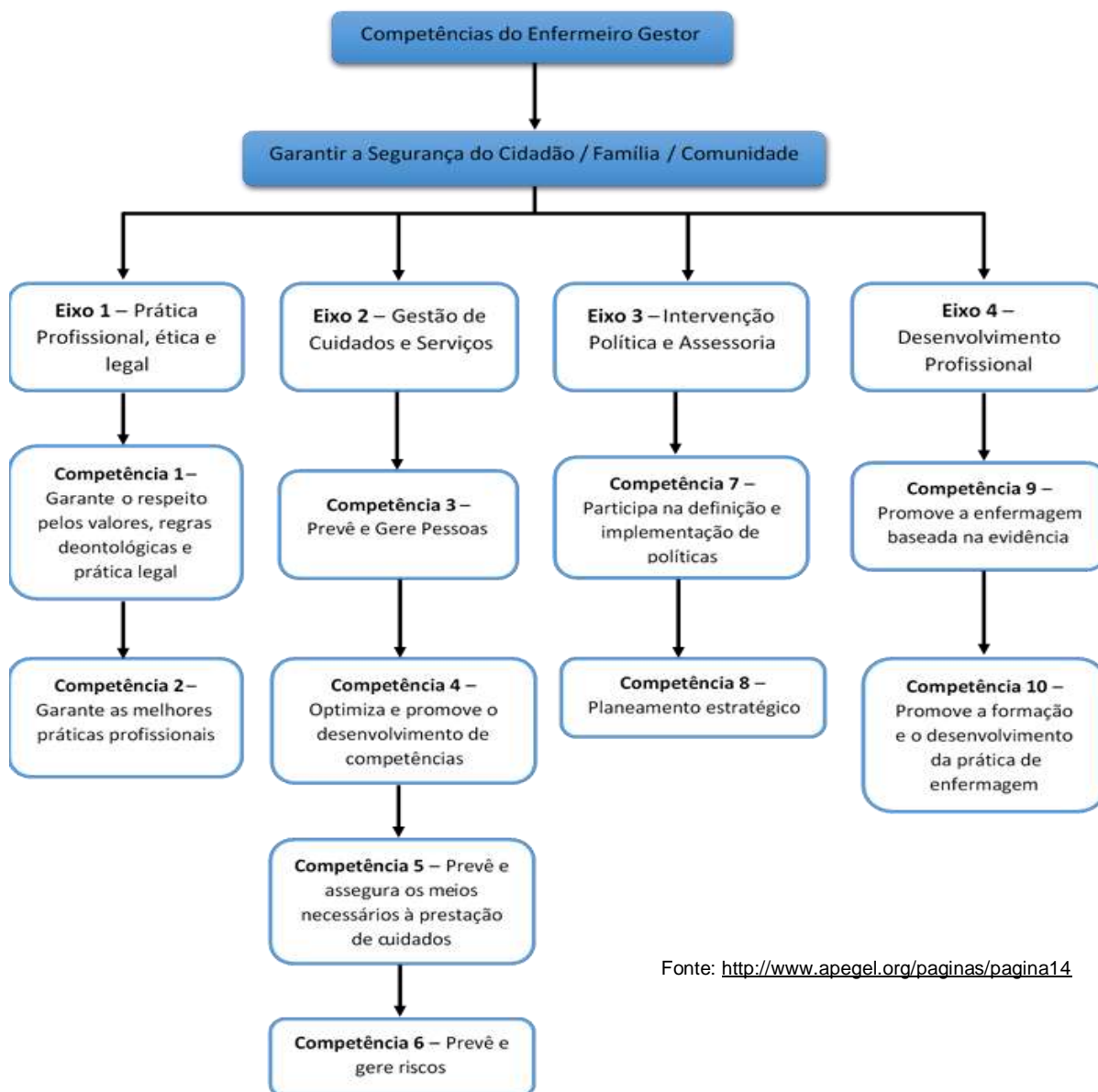
O Enfermeiro Gestor é considerado assim, como um elemento possuidor de um papel relevante e extremamente importante, nomeadamente para a gestão de recursos, com o objetivo de se caminhar para a excelência da qualidade dos cuidados (McSherry, Pearce, Grimwood & McSherry, 2012). Esta afirmação é corroborada por Fradique & Mendes (2013), quando descrevem a relação que a liderança tem com os resultados de melhoria da qualidade dos cuidados e se relaciona com o “(...) estilo de comunicação e colaboração, com os modelos de supervisão e com o *status* (...)” (Fradique & Mendes, 2013, p.48). No entanto, Canastra & Ferreira (2012) referem que “os líderes de Enfermagem precisam de desenvolver o seu Ser (valores, motivação, personalidade e carácter), o Conhecer (habilidades e capacidades) e o Fazer (comportamentos, hábitos e estilos) para melhorar os níveis de desempenho da equipa que lideram” (Canastra & Ferreira, 2012, p.79-80) e conseqüentemente melhorarem os resultados em saúde e a qualidade dos cuidados prestados (Rocha, Sousa & Martins, 2016).

O *Global Nursing Leadership Institute* (2010) definiu 17 características que um líder deve ter: visão estratégica, consciencialização externa, orientação para o cliente, aptidão política, compreender o processo político, motivação, transmitir e inspirar confiança, influência e negociação, pensamento criativo, relações interpessoais, formação de equipas, saber estabelecer uma rede de parcerias e alianças, saber comunicar, ter auto-orientação, poder de decisão, resolução de problemas e capacidade de análise e mudança (Canastra & Ferreira, 2012). Assim, se as organizações de saúde identificarem nas suas instituições pessoas com estas características e reconhecerem a importância do papel dos Enfermeiros Gestores nas equipas, como elementos dinamizadores e empenhados no desenvolvimento pessoal e profissional dos seus colaboradores, fomentando as boas práticas e a autonomia profissional, estarão a investir no sucesso delas próprias (Canastra & Ferreira, 2012; Ribeiro, Santos & Meira, 2006).

Contudo, ser apenas Gestor não basta, é necessário que estes elementos desenvolvam um estilo de liderança adaptado ao grupo que lideram para conseguirem obter resultados satisfatórios. Durante os anos 40 os autores descreveram a liderança centrada nos traços pessoais. Posteriormente nos anos 60 centraram-na nos comportamentos dos líderes (estilos de liderança), nos anos 80 os fatores ambientais e situacionais começaram a ser a base para a sua definição e nos anos 90 voltou-se a assistir a um modelo baseado no estilo de liderança e personalidades. Atualmente assiste-se a um modelo baseado na descentralização das decisões, na valorização das pessoas, nas relações interpessoais e na comunicação como motor desencadeante de mudanças nos contextos organizacionais que tentam ir ao encontro da satisfação dos utentes, satisfação dos profissionais e da aquisição de melhores resultados em saúde (Oliveira, Paz, Telles, Leite & Stipp, 2004; Ribeiro, Santos & Meira, 2005). Estes pressupostos são compartilhados por Câmara, Guerra & Rodrigues (2010) e Valentim, Leite, Ernesto, Lima & Oliveira (2008), que descrevem os atuais modelos de gestão englobando conceitos como descentralização de decisões, trabalho em equipa, flexibilidade e inovação. Referem ainda, que é necessário uma aproximação e liberdade de toda a equipa para tomarem decisões e, conseqüentemente melhorarem os processos de trabalho.

A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) desenvolveu um Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão e para a definição de padrões de qualidade, ordenados através de eixos de intervenção. Estes eixos orientam as competências que o Enfermeiro Gestor deve colocar em prática e encontram-se descritos no fluxograma abaixo.

Figura 1. Competências do Enfermeiro Gestor



Fonte: <http://www.apegel.org/paginas/pagina14>

Assim, de acordo com a APEGEL, as competências dos Enfermeiros Gestores dividem-se em 4 eixos de intervenção. No Eixo de Intervenção 1 (Prática profissional, ética e legal), verifica-se que o Enfermeiro Gestor contribui para o desenvolvimento de boas práticas; gere os serviços tendo em conta o código deontológico e as práticas

ético-legais; e utiliza guidelines de boas práticas de gestão nos serviços que lidera, para aumentar a qualidade dos serviços. O Eixo de intervenção 2 prende-se com a gestão dos cuidados e serviços. O Enfermeiro Gestor terá de ser capaz de gerir pessoas e por sua vez, promover o desenvolvimento das mesmas num ambiente seguro, identificando riscos e introduzindo medidas corretivas, mediante a utilização de planos de gestão de risco. O eixo 3 refere-se à intervenção política e assessoria. O enfermeiro Gestor deve implementar políticas na instituição que garantam as boas práticas, uniformização de procedimentos e a segurança nos cuidados. O último eixo refere-se ao desenvolvimento profissional, que o Enfermeiro Gestor deve fomentar nos seus colaboradores. Estes elementos são importantes, uma vez que, para serem aplicadas boas práticas num serviço é necessário que quem o lidera se mantenha atualizado sobre os “estado da arte” de um determinado problema, fundamente as práticas de enfermagem baseadas em evidência científica atualizada e seja aberto à inovação e mudança. Rothbarth, Wolf & Peres (2009, p.327), referem que as competências de gestão implicam “(...) articulação e mobilização pró-ativa de conhecimentos, habilidades e atitudes em toda e qualquer situação, previsível ou não, enfocando tanto aspectos administrativos como clínicos”.

A importância dos Enfermeiros Gestores nas organizações de saúde é, desta forma, partilhada por vários autores, que referem a relevância dos Enfermeiros Gestores no que respeita à retenção dos Enfermeiros nas instituições, o empenhamento dos mesmos face aos cuidados que prestam, à motivação das equipas e, conseqüentemente, à qualidade dos cuidados (Rocha, Sousa & Martins, 2016; Canastra & Ferreira, 2012; Fradique & Mendes, 2013, Ribeiro, Santos & Meira, 2005; Oliveira, Paz, Telles, Leite & Stipp, 2004). Profissionais envolvidos e motivados produzem melhores resultados. Por isto, é importante não esquecer que “os gestores operacionais de enfermagem são considerados figuras chave das unidades de cuidados ou serviços de saúde, assumindo uma posição estratégica nas mesmas” (Potra, 2015 p.39), uma vez que, planeando, coordenando e avaliando otimiza-se recursos, definem-se objetivos e obtém-se resultados mais satisfatórios, aumentando a qualidade dos cuidados.

PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO

1. METODOLOGIA DO ESTUDO

A pertinência deste tema prende-se com a importância dos Enfermeiros em todas as instituições de saúde, como promotores e elos fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade. É através do conhecimento das perceções dos Enfermeiros sobre as atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados nas UCCI que se pretende desenvolver este trabalho “(...) uma vez que, os programas ou ações, cujo objetivo é melhorar a qualidade requerem mudanças nos serviços e, essas dependem, em grande parte, do compromisso e comprometimento dos profissionais de enfermagem” (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016 p. 45).

Para dar início a esta investigação foi traçada a questão de investigação, que segundo Vilelas (2017, p.93) “(...) é um enunciado interrogativo de extrema importância, que irá conduzir toda a investigação”. Neste estudo a questão de investigação foi definida da seguinte forma: **Quais as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados?**

Seguidamente para tentar operacionalizar o problema a ser estudado foi traçado o seguinte **objetivo geral**: Analisar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados, do distrito de Lisboa. E os seguintes **objetivos específicos**: Identificar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados; Relacionar as perceções dos Enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem integradas nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem nas Unidades de Cuidados Continuados Integrados e as suas Variáveis Sociodemográficas.

1.1. Tipo de Estudo

Neste trabalho pretende-se descrever um fenómeno, colher dados apenas num momento específico e relacionar variáveis através da aplicação de um questionário. Sendo assim, atendendo à forma de abordagem a pesquisa será de carácter quantitativo, de natureza observacional, descritivo-transversal e correlacional.

Os estudos de carácter quantitativo, definem-se por admitirem “(...) que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações (...) com vista à descrição e à explicação do fenómeno sobre o qual recaem as observações (...) tem, pois, como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas fiáveis (...)” (Vilelas, 2017, p. 161-162).

Num estudo observacional “(...) o investigador não intervém, desenvolve procedimentos para descrever os acontecimentos que ocorrem, naturalmente, sem a sua intervenção e quais os efeitos dos sujeitos em estudo” (Pais Ribeiro, 2010, p.29-30). Os estudos observacionais podem ser descritivos ou analíticos e, por sua vez, os transversais, de comparação entre grupos e longitudinais. Assim os estudos descritivos, pretendem descrever e explorar um fenómeno e geram novo conhecimento sobre conceitos pouco estudados até então (Burns & Grove, 2004), “(...) focam geralmente um único grupo representativo da população em estudo, e os dados são recolhidos num só momento” (Pais Ribeiro, 2010, p.31). “Um estudo descritivo é aquele que ambiciona apenas obter os parâmetros inerentes ao estudo de uma população (...) tais estudos têm a importância fundamental de serem sempre o primeiro passo da investigação. Deles nascem as hipóteses que poderão ser formuladas em estudos correlacionais” (Vilelas, 2017, p.178).

Por outro lado, considera-se também uma pesquisa correlacional na medida em que se pretende estabelecer relações entre variáveis. No entanto, os estudos correlacionais apesar de estabelecerem relações entre as variáveis não oferecem informação da causalidade entre as mesmas, ou seja, não podemos inferir que uma alteração provocada numa variável influencie outra variável. Os estudos correlacionais apenas analisam se o tipo de relação é positivo ou negativo e não a força dessa relação (Vilelas, 2017).

1.2. População Alvo e Amostra

Por população entende-se “(...) o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades” (Vilelas, 2017, p.143). Neste estudo, inicialmente pretendia-se que a população fosse constituída por todos os Enfermeiros de todas as UCCI do distrito de Lisboa, em número de 19. No entanto 5 das unidades não aceitaram participar no estudo, pelo que a população foi constituída por todos os enfermeiros de 14 UCCI, em número de 273.

Por sua vez, uma amostra é um subconjunto da população (com as mesmas características), escolhida para um determinado estudo (Vilelas, 2017). Foram assim, selecionados os Enfermeiros que mostraram disponibilidade para participar no estudo, de ambos os sexos, de qualquer idade, detentores do grau de Enfermeiros e Enfermeiros Especialistas e que desenvolviam a sua atividade profissional nas UCCI do distrito de Lisboa. Ficaram excluídos os Enfermeiros que desenvolviam exclusivamente a sua atividade profissional nas unidades de cuidados paliativos, uma vez que, esta tipologia desde 2015 constitui uma Rede de cuidados individualizada. O tipo de amostra escolhida para este trabalho foi a não probabilística intencional, porque é um tipo de amostra “(...) cujos fundamentos de seleção não dependem de construções estatísticas (...) mas sim, e essencialmente, do juízo do investigador (...) as amostras não-probabilísticas não permitem (...) a determinação da margem de erro da mesma (...) não podendo, por isso mesmo, constituir uma base sólida de representatividade do universo” (Pardal & Lopes, 2011, p.63). Dado terem sido distribuídos questionários por todos os enfermeiros a amostra inicial era igual à população embora só se tivesse obtido 172 respostas.

A distribuição do nº de Enfermeiros respondentes por tipologias encontra-se descrita no Quadro 1, onde se pode verificar que se obteve uma taxa de resposta de 63%. O maior número de Enfermeiros desenvolve a sua atividade profissional em ULDM com uma percentagem de 28,5%, seguida das UMDR e tipologias mistas (CONVALESCENÇA+UMDR+ULDM) com 23,3%.

Quadro 1. Distribuição dos Enfermeiros respondentes por tipologias das UCCI

<i>Tipologias</i>	Nº Enfermeiros Totais	Nº Enfermeiros Respondentes	Porcentagem	Taxa de Resposta
<i>CONVALESCENÇA</i>	273	33	19,2	63%
<i>UMDR</i>		40	23,3	
<i>ULDM</i>		49	28,5	
<i>UMDR+ULDM</i>		10	5,8	
<i>CONVALESCENÇA+UMDR+ULDM</i>		40	23,3	
<i>Total</i>		172	100%	

1.3. Instrumento de Colheita de Dados

As percepções dos Enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados tornam-se cada vez mais relevantes na pesquisa sobre os cuidados de saúde, uma vez que, têm oferecido dados confiáveis sobre critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem (Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016). Desta forma, no presente estudo foi utilizado o inquérito por questionário. O objetivo deste instrumento prende-se com o “(...) obter de maneira sistemática e ordenada informação sobre uma determinada população a investigar, ou seja, aquilo que fazem, pensam, opinam, sentem, aprovam, ou desaprovam, os motivos dos seus atos” (Oliveira & Ferreira, 2014, p.112).

Foi assim utilizada a *Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem que Contribuem para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (EPAECQC)*, em formato de questionário (Anexo 1). Este instrumento é uma escala de intensidade ou apreciação que contém 25 questões agrupadas em 6 dimensões: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem. Estas dimensões vão ao encontro dos enunciados descritivos dos padrões de qualidade de cuidados definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2001) e, constituem o referencial para uma prática de excelência. É considerada uma escala de intensidade porque pretende “(...) medir o grau de intensidade das atitudes e das opiniões de um sujeito a respeito de um fenómeno determinado (...) organiza as atitudes e opiniões sob um conjunto

ordenado de respostas” (Pardal & Lopes, 2011, p.90). Sendo assim, esta escala varia entre 1 e 4 pontos, em que 1- *Nunca*, 2- *Poucas Vezes*, 3- *Às vezes* e 4- *Sempre*.

Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin (2016) validaram e aplicaram a escala no formato de questionário a 775 Enfermeiros dum hospital do norte de Portugal, no período de maio a julho de 2015. As autoras consideraram a importância da validação do instrumento para o contexto português porque os padrões da OE “(...) constituem referência essencial do desempenho dos enfermeiros e fornecem os parâmetros para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados” e, por outro lado, “(...) apesar de fornecerem uma estrutura para definir um novo rumo e proporcionarem as bases para uma prática de enfermagem de qualidade, exigem dos enfermeiros uma atuação congruente” (Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin, 2016, p.921). Para a validação da mesma as autoras utilizaram a análise fatorial exploratória e a avaliação da consistência interna de cada fator/dimensão. A escala apresenta elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,930).

1.4. Procedimentos de colheita e tratamento de dados

Inicialmente foram estabelecidos contactos telefónicos e por correio eletrónico com todas as UCCI designadas. Quer nos contactos telefónicos, quer no contacto por correio eletrónico foi solicitada uma reunião presencial para dar a conhecer o estudo e os seus objetivos, onde foi proposta a entrega dos respetivos questionários. Foi agendado um dia específico para a entrega dos questionários, com os Enfermeiros Chefes ou Diretores Técnicos das instituições. A entrega dos mesmos foi realizada entre janeiro e julho de 2018. Os questionários foram entregues às Chefias em envelope aberto e a distribuição dos mesmos foi realizada por estes elementos e pela autora da dissertação, presencialmente nos serviços. Posteriormente, as chefias procederam à sua recolha em envelope fechado, após preenchimento. A recolha foi realizada pela investigadora em todas as unidades.

À medida que a recolha de dados se ia processando, os questionários devidamente preenchidos iam sendo inseridos na base de dados e como tal, produziu-se uma análise estatística, utilizando para o efeito o programa SPSS versão 23.

Para sistematizar e medir a informação obtida pelos dados do questionário foram utilizadas técnicas de estatística descritiva, nomeadamente: o cálculo de frequências, as medidas de tendência central (média, mediana e moda), desvio padrão e também a aplicação de testes não paramétricos. Atendendo que o instrumento de colheita de dados aplicado foi um questionário e a concordância com as afirmações é realizada através de uma escala de intensidade ou apreciação, optou-se pela aplicação de testes não paramétricos. Os testes não paramétricos não exigem que a distribuição da variável sob estudo seja conhecida, podem aplicar-se às variáveis de nível ordinal e não é necessário a amostra ter uma distribuição normal (Pais Ribeiro, 2010).

Em primeira instância foi assim realizada a caracterização da população, através da análise dos fatores demográficos como a idade, sexo, tempo de exercício profissional, anos no atual serviço, anos de exercício na gestão, com especialidade ou não e outros graus académicos.

Posteriormente mediu-se a consistência interna (fiabilidade) de cada uma das dimensões da escala, para nos certificarmos que estão a medir o mesmo constructo e, posteriormente o alfa de Cronbach total da escala. O Alfa de Cronbach é uma medida de consistência interna que varia entre 0 e 1. Quanto mais perto de 1 maior é a consistência interna. Portanto, o valor Alpha de Cronbach é determinado pelo número de variáveis, pela variância média e também pela covariância média entre variáveis. Os seguintes valores são o ponto de referência: **< 0,5** – Inaceitável; **0,5 a 0,6** – Pobre; **0,6 a 0,7** – Questionável; **0,7 a 0,8** – Aceitável; **0,8 a 0,9** – Bom; **>0,9** – Excelente. “A fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente. Dizemo-lo porém com maior ou menor grau de certeza porque toda a medida é sujeita a erro. Assim a fiabilidade que podemos observar nos nossos dados é uma estimativa, e não um dado” (Garcia-Marques & Maroco, 2006, p.66).

Seguidamente foram analisadas todas as respostas da *EPAECQC*, através do cálculo das percentagens de resposta a cada variável e posteriormente analisada a

relação entre as variáveis sociodemográficas e as perceções dos enfermeiros face a cada dimensão.

1.5. Procedimentos e Considerações Ético-Legais

Numa primeira fase foi pedida autorização para utilização da escala às autoras e, a mesma foi concedida (Anexo 2). O estudo foi aplicado tendo em consideração princípios éticos como a autonomia e o respeito através do pedido de autorização às Direções das Instituições envolvidas e às Comissões de Ética/Científica nas instituições que possuíam esse departamento para a realização do estudo (Anexo 3). Foi também fornecido o consentimento informado e esclarecido (Apêndice 1) aos participantes do estudo, que mostraram disponibilidade para participar no mesmo. Outros princípios éticos inerentes como o princípio da justiça e integridade foram tidos em consideração.

Garantiu-se a confidencialidade e anonimato dos questionários e, não se pretendeu expor nenhum participante ao risco, ou provocar danos físicos ou psicológicos (princípio da não maleficência). Os dados foram recolhidos através do questionário supracitado e tratados de forma a manter a confidencialidade, sendo os participantes apenas identificados pelas variáveis sociodemográficas como: o género, idade, anos de exercício profissional, anos de exercício na área de gestão, anos no atual serviço, com ou sem especialidade e graus académicos.

Como não serão divulgados dados de identificação pessoal não foi necessário obter autorizações da Proteção de Dados. Importa ainda referir que os Enfermeiros que decidiram participar no estudo foram esclarecidos sobre os objetivos do mesmo, assim como, os procedimentos inerentes à investigação, através de informação escrita e disponibilizada no consentimento informado, bem como, durante a presença física da investigadora nas reuniões informais, que foram agendadas com os responsáveis das instituições para a distribuição dos questionários.

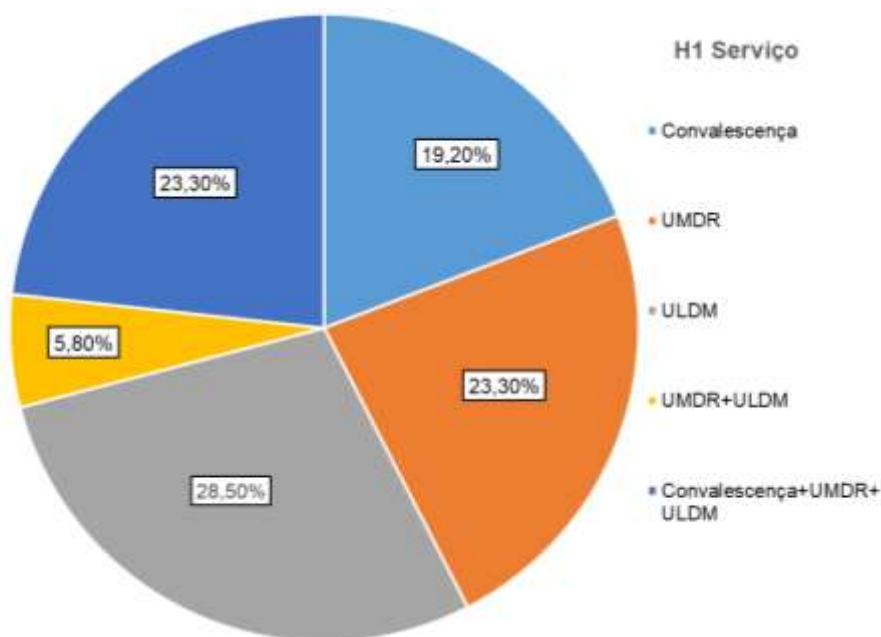
2. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Todos os trabalhos científicos se “(...) baseiam na observação da realidade (...)” recolha e apresentação de informação na tentativa de dar resposta ao problema original (Oliveira & Ferreira, 2014, p.127). Como tal, o tratamento estatístico centrou-se na descrição da amostra através da estatística descritiva, para determinar o seu comportamento e as suas características.

2.1. Caracterização da Amostra

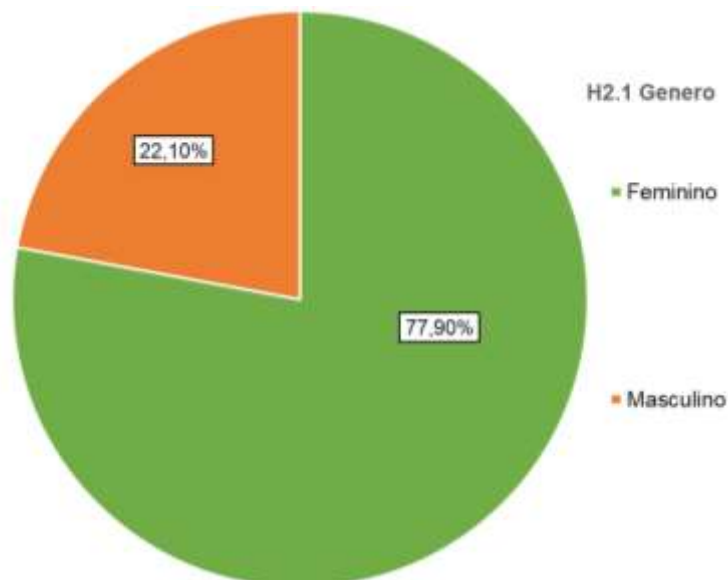
No presente estudo obteve-se uma amostra de Enfermeiros distribuídos pelas seguintes tipologias das UCCI do distrito de Lisboa, como demonstra o Gráfico 1. Como se pode verificar, a percentagem de Enfermeiros a exercer funções é mais elevada nas **Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM)**, com uma percentagem de 28,5% e, mais baixa nas instituições que possuem **Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR)** concomitantemente com **Unidades de Longa Duração e Manutenção (UMDR+ULD)** com uma percentagem de 5,8%. As Unidades de **Convalescença** apresentam uma percentagem de 19,2%, enquanto as **UMDR** de 23,3% assim como as Unidades com várias tipologias, **Convalescença + UMDR + ULDM**.

Gráfico 1. Distribuição de Enfermeiros por Tipologias.



No que respeita ao perfil sociodemográfico e profissional da amostra verificou-se que 134 dos participantes foram mulheres e 38 foram homens. Ou seja, a categoria feminina está representada maioritariamente na amostra por 77,9% dos participantes, segundo o Gráfico 2.

Gráfico 2. Distribuição dos Enfermeiros por Sexo



Relativamente ao escalão etário observa-se uma distribuição unimodal. A maioria dos Enfermeiros está no escalão etário entre os 25 e 44 anos (68,0%) e, daí ter sido definido como o intervalo de maior amplitude, para evitar a dispersão excessiva de dados. A amostra é maioritariamente jovem/adulta, sendo a média de idades de 29 anos superior à mediana (27 anos), com desvio padrão de 7,0, um mínimo de 22 anos e um máximo de 59 anos, como mostra o Quadro 2. Verifica-se apenas 5 Enfermeiros com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos e apenas 3 com idades acima dos 55 anos de idade.

Quadro 2. Distribuição dos Enfermeiros por Idades

Escalão Etário	N	%	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
18 a 24 anos	47	27,3	29,0	27,0	24,0	22,0	59,0	7,00
25 a 44 anos	117	68,0						
45 a 54 anos	5	2,9						
55 e mais anos	3	1,7						

Nesta amostra a distribuição do tempo de exercício profissional é assimétrica positiva, pelo que, predominam os tempos de exercício profissional mais baixos. A maioria dos Enfermeiros exerce profissionalmente entre 1 a 5 anos (61,5%), sendo a média de 5,79 anos de exercício profissional e a mediana apenas de 3 anos, com um desvio padrão de 6,53 e um máximo de 32 anos de exercício profissional, como se encontra representado no Quadro 3.

Quadro 3. Distribuição de enfermeiros por Tempo de Exercício Profissional

Exercício Profissional	N	%	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
1 a 5 anos	96	61,5	5,79	3,00	1,00	0,00	32,00	6,53
6 a 10 anos	38	24,4						
11 a 15 anos	8	5,1						
16 e mais anos	14	9,0						

Verificou-se ainda nesta amostra, que o tempo de permanência no serviço também apresenta uma assimetria positiva. Os Enfermeiros que estão há menos de um ano no atual serviço constituem 52,9% da amostra (91), seguidamente há 64 Enfermeiros entre 1 a 5 anos no atual serviço (37,2%) e a partir dos 11 anos de permanência no atual serviço, apenas existem 2 Enfermeiros (1,2%). A mediana é inferior à média com apenas 1 ano de permanência no serviço, ficando a média pelos 2 anos, com o desvio padrão de 2,42, um mínimo inferior a um ano (0,00) e o máximo de 15 anos, como mostra o seguinte quadro.

Quadro 4. Distribuição dos Enfermeiros pelos Anos no Atual Serviço

Anos no atual serviço	N	%	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Inferior a 1 ano	91	52,9	2,08	1,00	1,00	0,00	15,00	2,42
1 a 5 anos	64	37,2						
6 a 10 anos	15	8,7						
11 e mais anos	2	1,2						

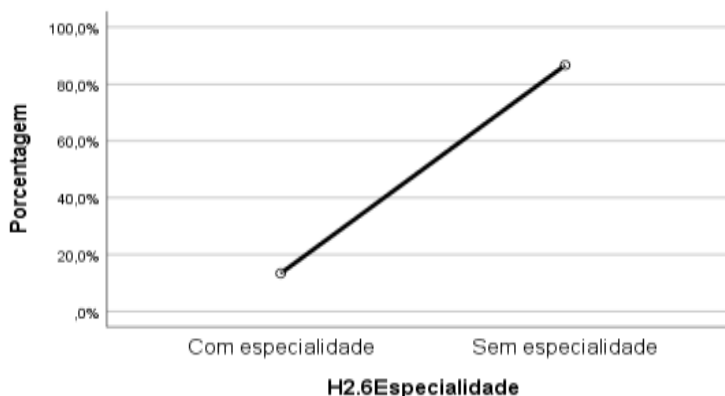
Observou-se também na amostra, que há uma assimetria positiva em relação ao tempo de exercício na área de gestão. Existe uma maior prevalência de Enfermeiros (147) que não exercem na área da gestão (85,5%), sendo a média inferior a um ano, (aproximadamente 9 meses), com o desvio padrão de 2,50, o mínimo de 0,00 anos e o máximo de 14 anos. Existem apenas 3 Enfermeiros a exercer na área da gestão entre os 11 e 15 anos, como exemplifica o Quadro 5.

Quadro 5. Distribuição dos Enfermeiros pelos Anos de Exercício na Gestão

Anos exercício na gestão	N	%	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
Sem anos na gestão	147	85,5	0,87	0,00	0,00	0,00	14,00	2,50
1 a 5 anos	15	8,7						
6 a 10anos	7	4,1						
11 a 15 anos	3	1,7						

Em relação aos Enfermeiros, com e sem especialidade, verificou-se que 86,6% (149) dos Enfermeiros não têm diploma de especialização em enfermagem e só apenas 13,4% (23) são possuidores destes cursos, como mostra o gráfico abaixo.

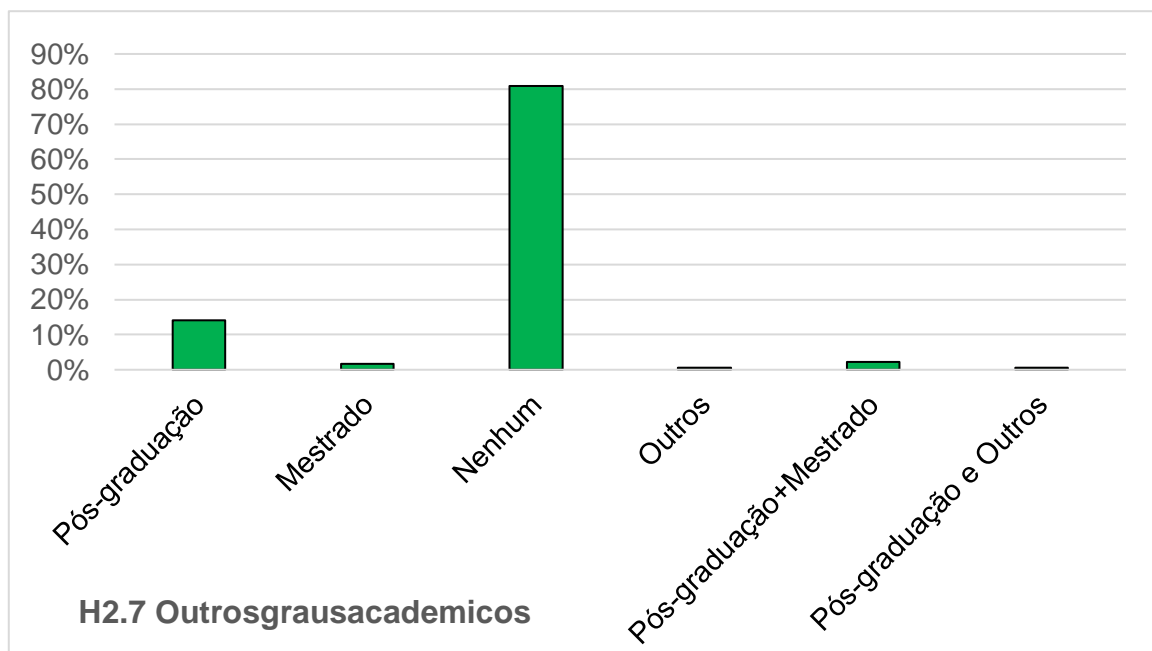
Gráfico 3. Percentagem de Enfermeiros Com e Sem Especialidade



Quanto a outros graus académicos, que os Enfermeiros sejam titulares, identificou-se nesta amostra que a grande maioria dos Enfermeiros não tem outro grau

acadêmico para além da licenciatura (nenhum – 80,8%). Apenas 1,7% detêm o grau de Mestre e 14% outros cursos como pós-graduações. Em síntese, somente 2,3% de Enfermeiros possuem pós-graduações, mestrado e outros cursos e apenas 0,6% possuem pós-graduações e outros cursos concomitantemente, como mostra o gráfico 4.

Gráfico 4. Percentagem de Enfermeiros com Outros Graus Acadêmicos



2.2. Características Psicométricas da Escala *EPAECQC*

Após a caracterização da população procedeu-se à análise das dimensões da *EPAECQC* (Satisfação do Cliente, Promoção da Saúde, Prevenção de Complicações, Bem-estar e Autocuidado e Readaptação Funcional). Em primeira instância, para se apurar a confiabilidade da escala, foi calculada a consistência interna (Alpha de Cronbach) de cada dimensão e, posteriormente o alfa Cronbach total da Escala, como mostra o quadro abaixo.

Quadro 6. Alpha Cronbach Dimensões da EPAECQC

DIMENSÕES	ALPHA DE CRONBACH
Satisfação do cliente	0,72
Promoção da saúde	0,69
Prevenção de complicações	0,76
Bem-estar e autocuidado	0,87
Readaptação funcional	0,78
Organização dos cuidados de enfermagem	0,71
Escala Total	0,84

Pode-se constatar que todas as dimensões da Escala apresentam valores que variam entre 0,69 na dimensão *Promoção da Saúde*, até 0,87 na dimensão *Bem-estar e Autocuidado*. Contudo o Alpha Cronbach da Escala Total é de 0,84, ou seja, apresenta um bom grau de consistência interna (0,84).

Na fase seguinte, tendo por objetivo revelar o perfil dos enfermeiros decorrente da aplicação da *EPAECQC* foram apuradas as respostas fornecidas pelos participantes para cada dimensão.

2.3. Percepção dos Enfermeiros sobre a concretização das Atividades de Enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas UCCI

Foram analisadas as respostas às 25 questões da *EPEACQC*, que se encontram agrupadas dentro das 6 dimensões (**Satisfação do Cliente; Promoção da Saúde; Prevenção de Complicações; Bem-estar e Autocuidado; Readaptação Funcional e Organização dos Cuidados de Enfermagem**). As percentagens de respostas encontram-se descritas nas tabelas abaixo.

➤ Satisfação do Cliente

No âmbito da dimensão **Satisfação do Cliente** foi possível constatar que na atividade que se refere ao “*respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam*”, nesta amostra, os Enfermeiros maioritariamente consideram que concretizam *Sempre* (67,4%),

seguindo-se Às Vezes (29,7%), Poucas Vezes (1,7%) e Nunca (1,2%). A percepção sobre a “*empatia nas interações com o cliente (doente/família)*” revelou que na amostra estudada os Enfermeiros consideram que procuram estabelecer Sempre (58,1%) empatia com o cliente e respetivos familiares; seguindo-se as respostas Às Vezes (39,5%), Nunca (1,7%) e Poucas Vezes (0,6%). Metade dos Enfermeiros deste estudo “*envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*” Às vezes (50%), seguidamente de Sempre (38,4%), Poucas Vezes (9,9%) e Nunca (1,7%), como mostra o Quadro 7.

Quadro 7. Distribuição nas Atividades da dimensão **Satisfação do Cliente**

Satisfação do Cliente	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.1a)	2	1,2	3	1,7	51	29,7	116	67,4	172	100
	1.1b)	3	1,7	1	0,6	68	39,5	100	58,1	172	100
	1.1c)	3	1,7	17	9,9	86	50	66	38,4	172	100

*1.1a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam

*1.1b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)

*1.1c) Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados

➤ **Promoção da Saúde**

A dimensão **Promoção da Saúde** integra 3 itens. Verificou-se que a atividade “*Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis*” foi aquela em que a menção Sempre (52,3%) foi a resposta que atingiu maior percentagem, seguindo-se a resposta Às Vezes (41,9%), Poucas Vezes (5,2%) e Nunca (0,6%). Quanto à atividade “*Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade*” verificou-se que esta é percecionada maioritariamente como realizada Às Vezes (50,6%) seguindo-se da resposta Sempre (41,3%), Poucas Vezes (7%) e Nunca (1,2%). Relativamente aos Enfermeiros fornecerem “*informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente*” Às Vezes (50,6%) foi a resposta maioritária, seguidamente de Sempre (44,2%), Poucas Vezes (4,7%) e Nunca (0,6%). Os resultados da dimensão **Promoção da Saúde** encontram-se apresentados no quadro abaixo.

Quadro 8. Distribuição nas Atividades da dimensão **Promoção da Saúde**

Promoção da saúde	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.2a)	2	1,2	12	7	87	50,6	71	41,3	172	100
	1.2b)	1	0,6	9	5,2	72	41,9	90	52,3	172	100
	1.2c)	1	0,6	8	4,7	87	50,6	76	44,2	172	100

1.2a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade

1.2b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis

1.2c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente

➤ **Prevenção de Complicações**

A dimensão **Prevenção de Complicações** agrupa na totalidade 7 atividades. No que respeita à 1ª atividade verificou-se que os Enfermeiros desta amostra consideram que identificam maioritariamente *Sempre* (72,7%) “os potenciais problemas do cliente”, seguindo-se as respostas *Às Vezes* (26,2%) e *Poucas Vezes* (1,2%). Não existiu a resposta *Nunca*. No que respeita à sua perceção sobre “prescreverem e implementarem as intervenções com vista à prevenção de complicações”, *Sempre* (66,9%) foi a resposta maioritária, seguindo-se as respostas *Às vezes* (29,1%), *Poucas Vezes* (3,5%) e *Nunca* (0,6%). Relativamente à avaliação das intervenções dos Enfermeiros deste estudo, os mesmos consideram que concretizam *Sempre* (62,2%) para “evitar e minimizar problemas indesejados”, seguindo-se as respostas com a classificação *Às Vezes* (36%), *Poucas Vezes* (1,2%) e *Nunca* (0,6%). Na atividade relacionada com o rigor técnico/científico, este estudo revelou que metade da amostra considera que demonstra *Sempre* (54,7%) “rigor durante as intervenções de enfermagem”. As respostas *Às Vezes* surgiram com uma percentagem de 42,4%, seguindo-se *Poucas Vezes* (2,3%) e *Nunca* (0,6%). No que respeita a situações problemáticas observa-se que os Enfermeiros desta amostra “identificam e referenciam” *Sempre* (65,1%) “de acordo com os mandatos sociais”, seguindo-se as respostas *Às Vezes* (32%) e *Poucas Vezes* (2,9%). Não existiu nenhuma resposta *Nunca*. Em relação à atividade de supervisão, tanto das “atividades que concretizam, as intervenções de enfermagem bem como as atividades que delegam”, metade da amostra classificou que concretiza esta atividade maioritariamente *Às Vezes* (51,7%), seguida de *Sempre* (44,2%), *Poucas vezes*

(3,5%) e *Nunca* (0,6%). Por último, no âmbito da atividade “*Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam tendo em vista a prevenção de complicações*” verificou-se que, os Enfermeiros deste estudo maioritariamente classificaram a resposta *Sempre* (77,9%), seguida de *Às Vezes* (20,3%), *Nunca* (1,2%) e *Poucas Vezes* (0,6%). Os resultados da dimensão **Prevenção de Complicações** encontram-se apresentados no seguinte quadro.

Quadro 9. Distribuição nas Atividades da dimensão **Prevenção de Complicações**

Prevenção de Complicações	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.3a)	0	0	2	1,2	45	26,2	125	72,7	172	100
	1.3b)	1	0,6	0,6	3,5	50	29,1	115	66,9	172	100
	1.3c)	1	0,6	2	1,2	62	36	107	62,2	172	100
	1.3d)	1	0,6	4	2,3	73	42,4	94	54,7	172	100
	1.3e)	0	0	5	2,9	55	32	112	65,1	172	100
	1.3f)	1	0,6	6	3,5	89	51,7	72	44,2	172	100
	1.3g)	2	1,2	1	0,6	35	20,3	134	77,9	172	100

*1.3a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente

*1.3b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações

*1.3c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis

*1.3d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem

*1.3e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais

*1.3f) Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam

*1.3g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam tendo em vista a prevenção de complicações

➤ Bem-estar e Autocuidado

No que respeita à dimensão **Bem-estar e Autocuidado**, a mesma é constituída por 6 atividades. Na atividade “*Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para o bem-estar e a realização das suas atividades de vida*” *Sempre* (69,2%) foi a resposta maioritária, seguindo-se as respostas *Às Vezes* (29,1%), *Poucas Vezes* (1,2%) e *Nunca* (0,6%). Em relação à prescrição e implementação de “*intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes*”, os Enfermeiros deste estudo consideram que concretizam maioritariamente *Sempre* (61%), seguido de *Às Vezes* (33,7%), *Poucas Vezes* (4,7%) e *Nunca* (0,6%). Na atividade “*Os enfermeiros avaliam as intervenções*

que contribuam para o bem-estar e qualidade de vida dos clientes”, a resposta maioritária foi *Sempre* (55,2%) embora a classificação *Às Vezes* também tenha surgido com uma percentagem considerável (44,8%). As respostas *Poucas Vezes* e *Nunca* surgiram com uma percentagem de 3,5% e 0,6% respetivamente. Resultados semelhantes surgiram também no que respeita ao “*rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem, contribuindo assim para o bem-estar e qualidade de vida dos clientes*”, com metade da amostra (51,7%) a classificar maioritariamente *Sempre*, seguidamente de *Às Vezes* com 45,9%, esta atividade. O número de Enfermeiros que responderam *Poucas Vezes* (1,2%) e *Nunca* (1,2%) foi o mesmo. Neste estudo, os Enfermeiros consideram que identificam e referenciam *Sempre* (61%), “*situações problemáticas que contribuem para o bem-estar e qualidade de vida dos clientes*”, seguindo-se as respostas *Às Vezes* (36,6%), *Poucas Vezes* (1,7%) e *Nunca* (0,6%). Por fim, no que respeita à atividade “*Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam, tendo em vista o bem-estar e o autocuidado dos clientes*” verifica-se que *Sempre* (74,4%) foi a resposta maioritária, seguindo-se *Às Vezes* (23,3%), *Poucas Vezes* (1,2%) e *Nunca* (1,2%) com a mesma percentagem de respostas. Os resultados da dimensão **Bem-estar e Autocuidado** encontram-se identificados no Quadro 10.

Quadro 10. Distribuição nas Atividades da dimensão **Bem-Estar e Autocuidado**

Bem-Estar e Autocuidado	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.4a)	1	0,6	2	1,2	50	29,1	119	69,2	172	100
	1.4b)	1	0,6	8	4,7	58	33,7	105	61,0	172	100
	1.4c)	2	1,2	6	3,5	77	44,8	88	55,2	172	100
	1.4d)	2	1,2	2	1,2	79	45,9	89	51,7	172	100
	1.4c)	1	0,6	3	1,7	63	36,6	105	61,0	172	100
	1.4d)	2	1,2	2	1,2	40	23,3	128	74,4	172	100

*1.4a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuem para o bem-estar e a realização das suas atividades de vida

*1.4b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes.

*1.4c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

*1.4d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

*1.4e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuem para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes

*1.4f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam, tendo em vista o bem-estar e o autocuidado dos clientes

➤ Readaptação Funcional

A dimensão **Readaptação Funcional** é constituída por 4 atividades. No que respeita ao item “*continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem*”, a resposta maioritária foi *Sempre* (65,1%), seguida de *Às Vezes* (31,4%), *Poucas vezes* (2,9%) e *Nunca* (0,6%). Em relação à atividade “*Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade*” maioritariamente, os Enfermeiros desta amostra responderam *Sempre* (55,2%), seguindo-se a resposta *Às Vezes* com 36,6%, *Poucas Vezes* (6,4%) e *Nunca* (1,7%). Relativamente à gestão do regime terapêutico prescrito, observa-se que praticamente metade da amostra deste estudo considera que otimiza *Sempre* (48,8%) as “*capacidades do cliente e dos conviventes significativos*”, seguindo-se a menção *Às Vezes* com uma percentagem de resposta de quase metade da amostra também (45,9%). As respostas *Poucas Vezes* e *Nunca* foram classificadas com uma percentagem de 4,7% e 0,6% respetivamente. Por ultimo, os Enfermeiros deste estudo apesar de consideram que “*ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual, requerida face à readaptação funcional*” maioritariamente *Sempre* (50,6%), a classificação *Às Vezes* surgiu com uma percentagem de 43,6%, seguido de *Poucas Vezes* (5,2%) e *Nunca* (0,6%). O Quadro 11 é exemplificativo dos resultados descritos.

Quadro 11. Distribuição nas Atividades da dimensão **Readaptação Funcional**

Readaptação Funcional	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.5a)	1	0,6	5	2,9	54	31,4	112	65,1	172	100
	1.5b)	3	1,7	11	6,4	63	36,6	95	55,2	172	100
	1.5c)	1	0,6	8	4,7	79	45,9	84	48,8	172	100
	1.5d)	1	0,6	9	5,2	75	43,6	87	50,6	172	100

*1.5a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem

*1.5b) Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade

*1.5c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito

*1.5d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional

➤ **Organização dos Cuidados de Enfermagem**

Por fim no âmbito da dimensão **Organização dos Cuidados de Enfermagem** e relativamente à atividade “Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem” verificou-se que os Enfermeiros deste estudo percecionam que dominam *Sempre* (52,3%), embora a resposta *Às Vezes* também tenha sido classificada com uma percentagem de 43%. As respostas *Poucas Vezes* e *Nunca* foram classificadas com uma percentagem de 4,1% e 0,6% respetivamente. Em relação ao conhecimento das políticas da Unidade de Saúde a resposta maioritária foi *Às Vezes* (51,2%), seguida de *Sempre* (39%), *Poucas Vezes* (8,7%) e *Nunca* (1,2%), como se encontra identificado no Quadro 12.

Quadro 12. Distribuição nas Atividades da dimensão **Organização dos Cuidados de Enfermagem**

Satisfação do Cliente	Questões*	Nunca		Poucas Vezes		Às vezes		Sempre		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.6a)	1	0,6	7	4,1	74	43	90	52,3	172	100
	1.6b)	2	1,2	15	8,7	88	51,2	67	39,0	172	100

*1.6a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem

*1.6b) Os enfermeiros conhecem as políticas da Unidade de Saúde

Uma vez descrita a perceção dos enfermeiros relativamente às atividades integradas nos padrões da qualidade dos cuidados de enfermagem, foram analisadas as relações entre os Fatores Demográficos e a Perceção dos Enfermeiros, como é demonstrado no subcapítulo abaixo.

2.4. Relação entre a Percepção dos Enfermeiros e as suas Variáveis Sociodemográficas

Para se verificar a relação entre as variáveis quantitativas da Escala e os Fatores Sociodemográficos, foi utilizado o teste de correlação ordinal Ró de Spearman. Este teste confirma se uma variável qualitativa ordinal e uma variável quantitativa estão associadas e a sua magnitude, para se estabelecer relações entre as mesmas, sem no entanto se pretender saber qual a intensidade da sua relação. Para tal foram definidas hipóteses com a seguinte regra de decisão: Não rejeitar a **H0** se $\text{sig} > \alpha = 0,05$ e Rejeitar a **H0** e aceitar a **H1** se $\text{sig} \leq \alpha = 0,05$.

Todas as variáveis foram relacionadas, no entanto, não se encontraram relações estatisticamente significativas em todas e a probabilidade de erro foi superior a 5%. Devido a este fator, só serão apresentadas as seguintes:

2.4.1. Dimensão *Promoção da Saúde* e o *Escalão Etário*

- **H0:** Não há relação entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e o *Escalão Etário* (Rho Spearman = 0)
- **H1:** Há relação entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e o *Escalão Etário* (Rho Spearman \neq 0)

Quadro 13. Correlação de Spearman's: Dimensão *Promoção da Saúde* e o *Escalão Etário*

		Construto: Promoção da Saúde (PS)	Escalão etário	
Spearman's rho	Construto: Promoção da Saúde (PS)	Correlation Coefficient	1,00	
		Sig. (2-tailed)	,00	
		N	172	
	Escalão etário	Correlation Coefficient	-,27**	1,00
		Sig. (2-tailed)	,00	.
		N	172	172

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

O Quadro 13 mostra que há correlação ordinal negativa entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e o *Escalão Etário* ($r = -0,27$, $p\text{-value} = 0,001 \leq 0,05$ (aceita a hipótese alternativa, de que há correlação ordinal). Pode-se assim dizer que, quando a Dimensão *Promoção da Saúde* aumenta, o *Escalão Etário* diminui, ou seja, são os **Enfermeiros mais novos (com menor idade) que têm uma Percepção mais positiva, sobre a concretização das atividades integradas na Dimensão Promoção da Saúde.**

2.4.2. Dimensão *Promoção da Saúde* e os Anos no Atual Serviço

- **H0:** Não há relação entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e os Anos no Atual Serviço (Rho Spearman = 0)
- **H1:** Há relação entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e os Anos no Atual serviço (Rho Spearman $\neq 0$)

Quadro 14. Correlação de Spearman's: Dimensão *Promoção da Saúde* e os Anos no Atual Serviço.

		Construto: Promoção da Saúde (PS)	Anos no atual serviço
Spearman's rho	Construto: Promoção da Saúde (PS)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,00 . 172
	Anos no atual serviço	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,15* ,047 172
			1,00 . 172

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

Conclui-se que há correlação ordinal negativa entre a Dimensão *Promoção da Saúde* e os *Anos no Atual Serviço* ($r = -0,15$, $p\text{-value} = 0,047 \leq 0,05$ (aceita a hipótese alternativa, de que há correlação ordinal), como identifica o Quadro 14. Quando a Dimensão *Promoção da Saúde* aumenta, o tempo de serviço dos Enfermeiros no atual serviço diminui, ou seja, **são os Enfermeiros com menos Anos no Atual Serviço que têm uma Percepção mais positiva relativamente à concretização das atividades relacionadas com a Dimensão Promoção da Saúde.**

2.4.3. Dimensão *Prevenção de Complicações* e o *Escalão Etário*

- **H0:** Não há relação entre a Dimensão *Prevenção de Complicações* e o *Escalão Etário* (Rho Spearman = 0)
- **H1:** Há relação entre a Dimensão *Prevenção de Complicações* e o *Escalão Etário* (Rho Spearman \neq 0)

Quadro 15. Correlação de Spearman's: Dimensão *Prevenção de Complicações* e o *Escalão Etário*

		Construto: Prevenção de Complicações (PC)	Escalão etário
Spearman's rho	Construto: Prevenção de Complicações (PC)	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,00 . 172
	Escalão etário	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,16* ,03 172
			1,00 . 172

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

Após análise do Quadro 15 conclui-se que, há correlação ordinal negativa entre a Dimensão *Prevenção de Complicações* e o *Escalão Etário* ($r = -0,16$, $p\text{-value} = 0,03 \leq 0,05$ (aceita a hipótese alternativa, de que há correlação ordinal). Quando a Dimensão *Prevenção de Complicações* aumenta, o *Escalão Etário* diminui, ou seja, **são os Enfermeiros mais novos (com menos idade) que têm uma Perceção mais positiva sobre a concretização das atividades inerentes à Dimensão Prevenção de Complicações.**

Após a apresentação dos resultados que deu a conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes e as relações existentes com as Dimensões, passa-se de seguida, para a discussão e análise destes resultados.

3. DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Através da análise das variáveis sociodemográficas e das características dos participantes verificou-se que o número de Enfermeiros a desenvolver a sua atividade profissional é mais elevada nas ULDM (28,5%). Um estudo realizado pela Ordem dos Enfermeiros em 2014, sobre a sustentabilidade da RNCCI vem suportar este resultado, uma vez que, baseado no Relatório de Monitorização da RNCCI de 2013, no distrito de Lisboa, existiam 4 UC, 5 UMDR e 10 ULDM, numa totalidade de 19 instituições. O distrito de Lisboa, segundo o mesmo estudo dispõe de 94 lugares de internamento em Convalescença, de 197 camas em UMDR e de 298 em ULDM (OE, 2014). Sendo assim, um maior número de ULDM e de mais lugares de internamento nas mesmas, pressupõe um maior número de Enfermeiros a exercer atividade profissional nestas tipologias. Para os Enfermeiros Gestores, estes dados podem constituir uma importante ferramenta, no sentido de poderem oferecer uma melhor gestão de recursos humanos e uma atempada identificação de necessidades. Segundo Tavares & Silva (2010) “(...) o contributo dos(as) enfermeiros(as) para o sucesso da Rede é fundamental, uma vez que, em todas as tipologias, mais de 80% das horas por cama e dias de internamento são da responsabilidade de enfermeiros (...)” (UMCCI, 2008).

A categoria feminina, neste estudo está representada maioritariamente por 77,9% dos participantes, facto já verificado na classe profissional de enfermagem pela OE e em muitos outros estudos (UMCCI, 2013; OE, 2011; Fradique & Mendes, 2013; Martins, Gonçalves, Ribeiro & Tronchin, 2016; Franco, Barros, Vaidotas & D’Innocenzo, 2010; Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017).

No que respeita à idade da amostra, a população deste estudo é predominantemente jovem/adulta e, entre os 25 e 44 anos (68,0%). Estes resultados foram também verificados nos estudos de Fradique & Mendes (2013), onde constataram que os Enfermeiros apresentam em média uma idade de 39 anos e variam entre os 24 e os 59 anos de idade. Martins, Gonçalves, Ribeiro & Tronchin (2016), no seu estudo de validação da Escala *EPAECQC*, obtiveram um escalão etário maioritário entre os 24 e 61 anos com uma média de 39 anos. No estudo de Ribeiro,

Martins & Tronchin (2017), a amostra de Enfermeiros apresentava maioritariamente idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos de idade.

No estudo desenvolvido por Batista em 2012, verificou-se uma média de idades de 26 anos e, uma das conclusões deste estudo é que os Enfermeiros que prestam cuidados nas UCCI são muito jovens atendendo ao panorama de oferta/procura de emprego na área (Batista, 2012). Aliado a um Escalão Etário jovem vem o pouco tempo de exercício profissional. Nos resultados em análise deste estudo, o tempo de exercício profissional variou entre 1 a 5 anos (61,5%), maioritariamente. Uma população jovem com pouco tempo de exercício profissional, não deixa de constituir desafios importantes para os Enfermeiros Gestores das Unidades. Apesar dos profissionais serem jovens e inexperientes, devem ser encarados como uma oportunidade para as instituições desenvolverem o potencial desses colaboradores.

Cabe aos Enfermeiros Gestores motivarem as suas equipas e garantir que as mesmas prestem cuidados de qualidade, através de orientação e formação (Fradique & Mendes, 2013). Uma equipa jovem pode ser considerada uma mais-valia nas instituições pela inovação, dinâmica e melhor capacidade de adaptabilidade, já que, se pretende uma equipa orientada para a garantia de cuidados de qualidade (Franco, Barros, Vaidotas & D’Innocenzo, 2010). Estes dados podem ainda sugerir que as Unidades de Cuidados Continuados (UCC) não exijam requisitos de “experiência profissional” e, admitam um maior número de recém-licenciados ou que, os Enfermeiros mais velhos não procurem tanto as UCC para exercerem a sua atividade profissional.

O tempo máximo de exercício profissional neste estudo foi de 5 Enfermeiros com idades compreendidas entre os 45 e os 54 anos e 3 Enfermeiros com 55 e mais anos (1,7%). No estudo de Martins, Gonçalves, Ribeiro & Tronchin (2016), o máximo de tempo de exercício profissional foi de 49 anos.

Confirmou-se ainda nesta amostra, que os Enfermeiros estão há menos de um ano no atual serviço (52,9%). Dados coincidentes com o estudo de Franco, Barros, Vaidotas & D’Innocenzo (2010), acerca da perceção dos Enfermeiros sobre os resultados dos indicadores de qualidade na melhoria da prática assistencial, onde verificaram que 42% da amostra trabalha na instituição acima dos 4 anos e 58% há

menos de 3 anos. No estudo de Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin (2016), o tempo de exercício profissional no atual serviço variou entre 1 e os 38 anos. Coloca-se a hipótese que estes dados possam estar relacionados com as altas taxas de *turnover* que têm existido nos serviços de saúde (Poeira & Mamede, 2011). O grupo profissional dos Enfermeiros nas instituições de saúde pode assim, ser bastante heterogéneo, pelo que o Enfermeiro Gestor terá que ser "(...) capaz de lidar com a grande diversidade humana, além de estar apto para resolver problemas e propor mudanças, apontando soluções para o que não satisfaz as necessidades da população e da equipa" (Ribeiro, Santos & Meira, 2006, p.76).

Verificou-se também que 86,6% (149) dos Enfermeiros não têm curso de especialização em Enfermagem, pelo que, apenas 13,4% (23) os possuem. Estes resultados vão ao encontro do estudo da OE (2014), embora, este último abranja uma amostra com maiores dimensões e toda a secção regional do sul. No estudo enunciado verificou-se que, a nível da secção regional do sul, dos 412 Enfermeiros que trabalhavam nas 44 unidades da RNCCI, 93% (382) eram Enfermeiros de Cuidados Gerais e apenas 7% (30) Enfermeiros Especialistas (OE, 2014). Estes resultados também são partilhados por Franco, Barros, Vaidotas & D'Innocenzo (2010), que nos dizem que muitos dos Enfermeiros que participaram no estudo possuem uma formação muito recente. Fradique & Mendes (2013) observaram que apenas 23,4% dos Enfermeiros tinham cursos de especialização em Enfermagem. Nos estudos de Martins, Gonçalves, Ribeiro & Troughin (2016) e de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), a maioria dos Enfermeiros também não possuía cursos de especialização em enfermagem com 62% e 76,3% respetivamente. Considera-se que, estes resultados se possam dever à atual instabilidade que se tem sentido em questões relacionadas com a definição de categorias na carreira de enfermagem, os custos associados ao investimento formativo e posteriormente na prática de cuidados a formação não ser recompensada e reconhecida adequadamente.

Quanto a outros graus académicos de que os Enfermeiros sejam titulares, identificou-se nesta amostra que, a quase totalidade dos Enfermeiros (139) não tem outro grau académico, com uma percentagem de 80,8%. Apenas 3 Enfermeiros detêm o grau de Mestre (1,7%), 24 Enfermeiros possuem cursos de pós-graduação (14%), apenas 4 possuem cursos de pós-graduação e mestrado (2,3%). Por fim, apenas 1

Enfermeiro detém o curso de mestrado mais pós-graduações e outros cursos concomitantemente (0,6%). Estes resultados vão ao encontro do estudo da OE (2014), que nos diz que “(...) analisando o nível de formação dos enfermeiros por tipologia de unidades estudadas constata-se uma predominância do nível de formação básica (...)” (OE, 2014, p.29). Os resultados do estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017) mantêm esta tendência, uma vez que, a licenciatura é maioritária com 88%, seguindo-se o mestrado (10,7%), o bacharelato (1,1%) e por fim o doutoramento com apenas 0,2%. No estudo de Martins, Gonçalves, Ribeiro & Tronchin (2016), os dados obtidos divergem dos anteriores na medida em que a percentagem de participantes com o grau de Mestre é mais elevado (21%) e 16,8% possuía um curso de pós-graduação.

No que diz respeito à análise das dimensões da *EPAECQC*, em termos genéricos, pode dizer-se que vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), sobre as atividades conducentes à qualidade dos cuidados de enfermagem e, que teve como contexto Hospitais portugueses. Os resultados deste estudo indicam que, os Enfermeiros têm perceções positivas no que respeita às atividades de enfermagem e percecionam uma prática orientada para a qualidade dos cuidados que prestam, na medida que, maioritariamente concretizam as atividades de enfermagem questionadas nas menções *Sempre* e *Às Vezes*.

Relativamente à dimensão **Satisfação do Cliente** os Enfermeiros consideram que concretizam maioritariamente na menção *Sempre* as atividades inerentes à dimensão supracitada, embora, só incluam *Às Vezes* (50%) as pessoas significativas nos cuidados. Estes resultados são coincidentes com os do estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017, p.97), onde as autoras referem que “(...) embora as respostas *Às Vezes* e *Sempre* tivessem sido maioritárias, na atividade ‘*envolve os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados*’, 11,1% dos Enfermeiros responderam poucas vezes, o que denota dificuldade de integrar as pessoas significativas no processo de cuidados”. Considera-se assim, neste estudo, que os resultados obtidos podem estar relacionados com o tipo de população alvo de cuidados e as próprias tipologias das UCC. Ou seja, maioritariamente as UCC existentes no distrito de Lisboa são ULDM e, muitas vezes o tipo de doentes que estão internados apresentam défices cognitivos, doenças crónicas incapacitantes,

evolutivas, com muitas comorbidades associadas e prognósticos reservados. Com isto, a capacidade para comunicar más notícias por parte dos Enfermeiros, pode estar comprometida por diversos fatores, como a inexperiência profissional. Consequentemente, estas determinantes podem comprometer o envolvimento de significativos. Por outro lado, doentes em regime de descanso do cuidador (em que o alvo de cuidados é o cuidador) pode levar a que os Enfermeiros nem sempre envolvam os significativos no processo de cuidados. Pode-se ainda acrescentar, que estes resultados se devam à falta de preparação na formação académica de base dos Enfermeiros para a comunicação de más notícias.

No que respeita à dimensão **Promoção da Saúde** verificou-se neste estudo que os Enfermeiros valorizam as atividades inerentes a esta dimensão, classificando-a maioritariamente na menção *Às Vezes*, contraditoriamente ao estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), onde obtiveram maior percentagem de respostas na menção *Sempre*. O estudo de Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres (2016, p.7), sobre a promoção de saúde e prevenção de complicações em diferentes contextos, revelou também que “(...) a maioria dos Enfermeiros identifica as situações de saúde da população e os recursos do paciente ou família e comunidade (...) e aproveita o internamento para promover estilos de vida saudáveis e fornecer informação geradora de aprendizagem cognitiva. No entanto, não o fazem de forma sistemática (...)”.

Em relação à análise dos resultados obtidos neste estudo, considera-se que, a predominância de tipologias de ULDM e o tipo de doentes existentes nestas Unidades, com elevados graus de dependência e com longo tempo de internamento (muitos deles até ao fim da vida), pode levar a que os Enfermeiros considerem que a concretização das atividades de promoção da saúde não seja sempre privilegiada neste contexto. Por outro lado, segundo Sousa, Martins & Pereira (2015), os profissionais de saúde ainda se encontram muito centrados na doença e pouco na pessoa, como agente promotor da sua própria saúde, apesar do desenvolvimento que se tem feito sentir na Enfermagem, quer como disciplina, quer como profissão. “Nos cuidados de enfermagem, a promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, têm um especial enfoque para a OE (...)” (Ferreira, 2015, p.148) e, por isso, é imperioso uma reflexão sobre estes resultados e uma mudança de paradigma.

Nas atividades inerentes à dimensão **Prevenção de Complicações**, os Enfermeiros responderam majoritariamente *Sempre* a todas as atividades, exceto do item referente à supervisão das atividades e intervenções que concretizam e delegam, o que é coincidente com o estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017). Estes resultados denotam a importância da prática profissional dos Enfermeiros ser orientada para a prevenção de complicações (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017), no entanto, é de crer neste estudo, que no que respeita à supervisão exista uma lacuna na consideração da sua importância. Talvez este facto se deva ao desconforto que as pessoas sentem quando são observadas e avaliadas e também a algumas dificuldades do Enfermeiro em realizar estas funções, por ser demasiado jovem e pouco experiente. Neste sentido, sugere-se que as instituições devam fomentar uma política baseada na avaliação de desempenho e avaliação de indicadores de qualidade, usando métodos de comunicação eficazes, formação dos profissionais e transmissão de uma nova ideologia acerca do conceito de supervisão.

Incutir nos profissionais a importância da supervisão como um caminho para a excelência dos cuidados é de extrema importância, porque é o Enfermeiro que "(...) avalia as necessidades do cliente e planeia os cuidados, determina que tarefas podem ser delegadas, sendo responsável pela apropriada delegação, (...) no sentido de proteger o cliente e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura" (Parecer CJ nº 136 / 2007 p.2). Ou seja, a delegação de atividades de enfermagem sem supervisão podem colocar em causa a segurança do doente, a qualidade dos cuidados e, acarretar consequências profissionais e penais para o Enfermeiro que toma a decisão de delegar sem juízo crítico. "A supervisão, monitorização, avaliação e acompanhamento pelo enfermeiro são componentes cruciais da delegação" (Parecer CJ nº 136 / 2007 p.5).

No que respeita à dimensão **Bem-estar e Autocuidado**, os Enfermeiros responderam majoritariamente *Sempre* a todos os itens. Estes resultados divergem do estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), já que, nas atividades de implementação, prescrição e avaliação de intervenções a maioria dos participantes respondeu *Às Vezes* (52,3%). No que respeita a referenciar situações problemáticas, a menção *Às Vezes* foi também maioritária com 46,9%. Isto denota que, apesar de estar documentado no perfil de competências do Enfermeiro de

cuidados gerais e especialista a necessidade de avaliação dos resultados das intervenções, nem sempre os Enfermeiros a concretizam. No presente estudo, considera-se que os resultados obtidos possam dever-se aos atuais planos curriculares dos cursos de licenciatura de enfermagem. Ou seja, os cursos atualmente apostam mais na transmissão de uma filosofia de cuidados centrados na pessoa e na promoção da autonomia dos doentes. Atendendo a que, esta amostra é predominantemente jovem e desenvolve a sua atividade profissional à relativamente pouco tempo, pode-se estar a assistir a uma mudança de paradigma, no sentido de uma maior valorização dos cuidados centrados na pessoa e autodeterminação da mesma.

Na dimensão **Readaptação Funcional**, os Enfermeiros responderam maioritariamente *Sempre*, no entanto, no que respeita à otimização das capacidades do cliente foi constatado que a taxa de resposta *Às Vezes* também foi elevada com praticamente metade da amostra (45,9%) a responder a esta menção. Estes dados são convergentes com os do estudo de Ferreira (2015), no qual, na perceção dos Gestores, os Enfermeiros concretizam sempre as atividades relativas à readaptação funcional. No estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), maioritariamente as respostas foram classificadas na menção *Às Vezes*. A readaptação funcional é considerada de extrema importância, uma vez que, a dependência condiciona a qualidade de vida das pessoas e acarreta diversos custos às instituições de cuidados de longa duração. Apesar da maioria das respostas ter sido na menção *Sempre*, considera-se que esta prática deva ser alvo de reflexão e devidamente avaliada, pois os resultados obtidos podem não ser congruentes com a prática, uma vez que, os achados de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), referidos anteriormente, divergem destes resultados, nomeadamente nas atividades “*otimiza as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito*” e “*ensina, instrói, e treina o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional*”. As autoras obtiveram uma percentagem de respostas na classificação *Poucas Vezes* de 14,2% e 14,6% respetivamente (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2017, p.98).

Por fim, no que respeita à dimensão **Organização dos Cuidados de Enfermagem**, os Enfermeiros referiram que dominam *Sempre* o sistema de registos, assim como, conhecem maioritariamente *Às Vezes* as políticas do serviço. Estes

dados são também coincidentes com os de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017) e, podem estar relacionados com o pouco tempo de permanência no atual serviço dos Enfermeiros questionados, o que pode condicionar o conhecimento de todas as políticas da instituição. Considera-se que esta dimensão dependa sobretudo dos Enfermeiros Chefes ou Coordenadores no exercício das suas funções, na medida em que, são responsáveis por darem a conhecer as políticas de saúde do serviço, alterações às mesmas e pelo grau de envolvimento dos profissionais nas decisões organizacionais (Ferreira, 2015), uma vez que, "(...) a perceção que o enfermeiro tem sobre a equidade das oportunidades no seu serviço, motiva-o a prestar cuidados de qualidade" (Fradique & Mendes, 2013, p.52).

A organização dos cuidados de Enfermagem é o foco central das funções de um Enfermeiro Gestor, razão pela qual é da sua competência, a divulgação das políticas institucionais e o estímulo ao debate e à reflexão sobre as mesmas. Um Enfermeiro informado, estimulado e envolvido torna-se mais cidadão organizacional, mais aberto à mudança e mais motivado para uma prática de qualidade. Considera-se assim, que estes resultados podem lançar um importante desafio para a compreensão do porque dos Enfermeiros só conhecerem Às Vezes as políticas institucionais. É importante que as instituições reflitam sobre os modelos, processos e políticas de gestão dos cuidados de enfermagem e se debrucem sobre que mudanças são passíveis de realizar para que todos se sintam motivados e envolvidos nas decisões organizacionais.

No que respeita à relação entre os Fatores Sociodemográficos e as Dimensões estudadas pode-se verificar que, apenas se obteve relações estatisticamente significativas entre as dimensões **Promoção da Saúde**, a Idade dos Enfermeiros e os Anos no Atual serviço. No que respeita à dimensão **Prevenção de Complicações**, apenas se obteve relações estatisticamente significativas relacionando a variável em questão com a Idade dos Enfermeiros. Desta forma, são os Enfermeiros mais novos e que estão a menos tempo no atual serviço, que percecionam executar mais as atividades da dimensão **Promoção de Saúde**. Este resultado sugere que os enfermeiros mais novos podem estar mais despertos para a importância desta atividade, uma vez que, os ensinamentos clínicos e planos curriculares se encontram atualmente mais direcionados para esta componente dos cuidados. Considera-se, tal

como sugerido por vários autores, que possamos estar perante uma mudança de paradigma, uma vez que, se começa a atribuir mais importância ao aumento da literacia da população no que respeita à saúde, à autonomia do doente na tomada das decisões terapêuticas, à autodeterminação e aos cuidados centrados na pessoa. Anteriormente, esta ideia já tinha sido partilhada por D'Innocenzo, Adami & Cunha (2006, p. 87), ao referirem que cada vez mais se procura "(...) um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade (...)".

No que respeita à dimensão **Prevenção de Complicações**, pode-se constatar que são também os Enfermeiros mais novos que declaram executar com maior predominância as atividades de prevenção de complicações. Acredita-se que, este resultado esteja relacionado com as novas exigências e alterações dos planos curriculares, que têm fomentado uma maior consciencialização dos Enfermeiros para a importância da prevenção de complicações e da segurança dos doentes. Por outro lado, o maior número de planos de prevenção, ação e formação desenvolvidos nos serviços de saúde atualmente e a intensificação das medidas de implementação, monitorização e avaliação dos indicadores de qualidade pelos departamentos da gestão e controlo da qualidade, também podem ser fatores desencadeantes deste resultado.

Sendo assim, verificou-se neste estudo que as atividades desempenhadas pelos Enfermeiros podem oferecer importantes contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população, através da concretização de cuidados de qualidade baseados nos padrões de qualidade do Órgão Regulamentar da Profissão de Enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros. O Enfermeiro é o profissional privilegiado para promover o bem estar e autocuidado do cliente, uma vez que, é o profissional que mais tempo interage diretamente com ele e consegue compreender "(...) os seus anseios e expectativas, amadurecendo a prática do cuidar com qualidade" (Rocha & Trevizan, 2009, p.3). Verificou-se também que, em algumas atividades, apesar de classificarem a menção *Sempre* maioritariamente, uma parte valorizável da amostra também classificou a menção *Às Vezes*. Nas áreas como: a promoção da saúde, integrar significativos na prática de cuidados, supervisão de cuidados, otimização das capacidades dos doentes, e conhecimento das políticas institucionais, os Enfermeiros participantes revelaram que nem sempre realizam estas

atividades de forma sistemática. Acredita-se que, estes resultados se devam a fatores relacionados com os indicadores de estrutura das organizações e os processos de cuidados. Denota-se alguma fragilidade na esfera da qualidade dos cuidados de enfermagem e por isso é necessário uma maior reflexão por parte dos profissionais e instituições neste âmbito. Fatores como o rácio enfermeiro-doente, o crescente volume de trabalho e o aumento da atribuição de tarefas, doentes altamente dependentes, assim como, algumas condições estruturais e logísticas das Unidades, bem como, a falta de recursos materiais, podem propiciar estes resultados, como refere os estudo de Carvalhais & Sousa (2013, p.167), quando diz que “(...) a “legislação” define o cuidado ideal, difícil de alcançar na prática com os recursos existentes”.

Os Enfermeiros Gestores no âmbito da organização dos cuidados de enfermagem devem fomentar nas suas equipas um cuidado centrado na pessoa, orientando os Enfermeiros para a prestação de cuidados dirigidos, não só para a prevenção de complicações, mas também com uma forte componente de promoção da saúde, uma vez que, a coresponsabilização dos clientes pela sua saúde e decisões terapêuticas pode aumentar a satisfação dos mesmos e trazer outros benefícios para a população, como melhores resultados em saúde e uma gestão mais eficaz dos recursos (Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres, 2016). Diversos autores referem que, a promoção da saúde deve ser exercida em todas as organizações de saúde e em qualquer contexto. Os Enfermeiros Gestores devem começar a cultivar nas suas equipas uma conceção diferente da atual, que implica ver todas as instituições não apenas como um ambiente de cura de patologias (como no caso dos Hospitais) ou apenas de prevenção de complicações, como nas Unidades de Cuidados Continuados. Deve-se apostar na promoção da saúde em todos os contextos de saúde, instruindo as pessoas para a identificação de necessidades específicas no âmbito da funcionalidade e dos fatores facilitadores/inibidores, para a realização das atividades de vida diária de forma mais independente possível.

Acredita-se que, fomentar uma visão holística em todas as organizações no que respeita à promoção de estilos de vida saudáveis, é um caminho a seguir, uma vez que, quanto mais o doente for um “agente ativo no processo da sua saúde e doença”, maior será a segurança dos cuidados, melhores resultados em saúde serão

obtidos a menor custos para todas as instituições, incluindo para o Serviço Nacional de Saúde (Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres, 2016). Também se pode dizer que, apostar em serviços de saúde voltados para a prevenção de complicações pode ser uma solução dos Enfermeiros Gestores em aumentar a saúde e prevenir a doença (Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres 2016), na comunidade, levando a uma readaptação funcional e social mais eficiente. Doentes mais empoderados nos seus próprios cuidados e consciencializados das suas necessidades são uma importante fonte de satisfação e bem-estar com os cuidados de enfermagem oferecidos (Rocha & Trevizan, 2009; Freire, Lumini, Martins, Martins & Peres, 2016).

Nesta linha de pensamento, para se obter melhores resultados em saúde e, atendendo à relevância que as perceções dos Enfermeiros podem trazer aos contextos organizacionais pode-se dizer que é primordial que os Enfermeiros Gestores se envolvam na reorganização ou reestruturação de serviços, serem o elo facilitador de desenvolvimento e orientação para novos processos de cuidados de qualidade, conhecerem os indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem e motivarem as equipas para uma prática de excelência, uma vez que, a liderança está diretamente relacionada com a qualidade dos cuidados de enfermagem, como dizem os estudos de Barbosa & Melo (2008); Fradique & Mendes (2013), entre outros.

No que respeita aos Enfermeiros da prática clínica, o presente estudo deu a conhecer como estes profissionais percecionam a concretização das atividades que desenvolvem. De forma geral, os Enfermeiros apresentam perceções positivas acerca das atividades que desenvolvem relacionadas com a qualidade dos cuidados, embora ainda exista espaço para melhorias na concretização destas atividades e, por isso é necessário manter a reflexão e investigação na busca constante de uma prática de cuidados de enfermagem de excelência.

4. CONCLUSÃO

O aumento das doenças crónicas incapacitantes e a necessidade de dar continuidade aos cuidados fora do meio hospitalar leva a que, a compreensão da problemática da qualidade dos cuidados de enfermagem nas UCCI seja importante. As lacunas na área da qualidade dos cuidados podem colocar em causa a segurança do doente, afetar a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência, os seus cuidadores e condicionar os resultados e os ganhos em saúde.

Compreender melhor o complexo conceito de qualidade dos cuidados, mais especificamente, da qualidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de aumentar os ganhos em saúde é um desafio. A criação da RNCCI veio ajudar os serviços de saúde e a comunidade com necessidades de cuidados especializados. A Rede tentou reduzir lacunas no SNS, através da prestação de serviços de apoio social e de saúde. No que respeita ao nível das unidades hospitalares a RNCCI veio reduzir a taxa média de ocupação das camas, o número de internamentos e reinternamentos de pessoas com dependências, assim como, os custos associados (RNCCI, 2009).

Foi através da aplicação da escala *EPEACQC* nas UCCI do distrito de Lisboa, que se verificou que os Enfermeiros, que constituíam a amostra, apresentam níveis de perceções positivos elevados, uma vez que, a maioria dos profissionais percecionam a concretização das atividades inerentes à qualidade dos cuidados na menção *Sempre* e *Às Vezes*. Estes resultados sugerem que, os Enfermeiros desenvolvem uma prática de cuidados tendencialmente de acordo com os padrões da OE. Importa salientar que, na análise efetuada, existem atividades concretizadas mais frequentemente em algumas dimensões que outras, como na dimensão **Prevenção de Complicações** e na dimensão **Bem-estar e Autocuidado**, o que indica uma prática de cuidados orientada para a prevenção de complicações, também verificada no estudo de Ribeiro, Martins & Tronchin (2017), no entanto, a preocupação com o bem-estar e a autonomia do doente começa a ser uma prioridade valorizada pelos Enfermeiros com menos idade. Por outro lado, existem atividades inerentes a outras dimensões que parecem não ser tão executadas pelos Enfermeiros, como na dimensão **Promoção da Saúde** e a **Readaptação Funcional**, o que sugere uma reflexão sobre as práticas e uma mudança de paradigma. No entanto, também foi

possível verificar que, mesmo em dimensões percebidas como menos realizadas, como no caso da dimensão **Promoção da Saúde**, são os Enfermeiros com menos idade que as concretizam mais e, por isso acredita-se que se esteja a construir um caminho para a excelência dos cuidados de enfermagem.

Este estudo conta com algumas limitações, nomeadamente na seleção do tipo de amostragem (amostra não-probabilística) e a reduzida dimensão da amostra. Estes fatores condicionam a abrangência dos resultados para a população em geral. Durante a análise de dados foi identificado um Alfa de Cronbach das dimensões da *EPAECQC* com níveis considerados (Bom), de acordo com os autores de referência, mas inferiores ao estudo original pelo que a aplicação da Escala deverá ser replicada em populações de maiores dimensões, com um método de amostragem diferente e em mais estudos.

Em suma, os resultados deste estudo evidenciaram semelhanças com estudos já realizados, no entanto, não se deixa de considerar a sua pertinência, uma vez que, o mesmo pode abrir portas para futuras pesquisas, nomeadamente de carácter qualitativo, com o objetivo de explorar mais aprofundadamente os fatores que influenciam as percepções identificadas pelos Enfermeiros e, porque concretizam mais umas atividades que outras, bem como, comparar diferentes contextos de cuidados. Estes pontos podem também oferecer aos Enfermeiros Gestores dados importantes acerca da gestão de indicadores de qualidade em diferentes organizações de saúde, para uma melhor organização dos serviços e para cuidados de enfermagem de excelência. Neste sentido considera-se que os objetivos propostos inicialmente para esta dissertação foram atingidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, M., J., A. (2012). *Qualidade e satisfação. Opinião dos utilizadores de Serviços de saúde hospitalares*. Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em 19 de maio de 2017. Disponível em https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20506/2/tese_Qualidade%20e%20satisf%20a%C3%A7%C3%A3o%20formatada_completa%5B1%5D.pdf
- Aiken, L. & Poghosyan, L. (2009). Evaluation of Magnet Journey to Nursing Excellence Program in Russia and Armenia. *Journal of Nursing Scholarsh*, 41(2), 166–174. Acedido em janeiro de 2017. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2700955/>
- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R., & Fonseca, C. (2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série, n.º3, p.141-149. Acedido em 01 de março de 2016. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a15.pdf>
- Andrade, C., M., M. (2016). *Ambiente da Prática Profissional de Enfermagem - Impacte na Qualidade dos Cuidados de Saúde*. Tese de Mestrado. Escola Superior de enfermagem de Lisboa. Acedido em 12 de junho de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/17248>
- APEGEL (s.p). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. Acedido em 1 de julho de 2018. Disponível em www.apegel.org
- Ascensão, H., S. (2010). *Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*. Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Universidade Abel Salazar, Porto. Acedido em 22 de maio de 2017. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26626/2/Helena%20Asceno%202010%20Dissertao%20de%20Mestrado%20em%20Cincias%20de%20Enfermagem%20%20Da%20qualidade%20dos%20cuidados%20%20satisfao%20das%20neces1.pdf>

- Bacha, M. de L., Strehlau, V. I., & Romano, R. (2006). Percepção: Termo frequente, usos inconsequentes em pesquisa? *XXX Enanpad - 30 Encontro da Anpad*, (1999), 1–15.
- Backes, D., & Büscher, A. (2015). Qualidade do cuidado na perspectiva da rede alemã de enfermagem. *Enfermagem em Foco*, 6 (14), 77-81.
- Bakerjian, D. (2008). Care of Nursing Home Residents by Advanced Practice Nurses A Review of the Literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3).
- Bakerjian, D., & Zisberg, A. (2013). Applying the Advancing Excellence in America's Nursing Homes Circle of Success to improving and sustaining quality. *Geriatric Nursing*, 34(5), 402-411. Doi:10.1016/j.gerinurse.2013.06.01.
- Baptista, J. dos S. (2012). *Dos Cuidados Continuados ao Domicílio: Dificuldades dos Enfermeiros na Preparação da Alta do Idoso Dependente*. Acedido em 20 de maio de 2017. Disponível em file:///C:/Users/Melani%20N%C3%B3brega/Downloads/D2011_10001522017_2914017_1.pdf
- Barbosa, L. R., & Melo, M. R. A. da C. (2008). Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(3), 366–370. Acedido em fevereiro de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>
- Bastos, J. L. D., & Duquia, R. P. (2013). Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: Estudo transversal. vol. 17, n. 4. *Scientia Medica*, 23(2), 229–232.
- Burns, N. & Grove, S. (2004). *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization* (5ª ed.). St Louis: Elsevier/Saunders.
- Cabral, T., V. (2015). *A Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Timor Leste*. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido em 10 de janeiro de 2018. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10772/1/Dissertação%20%2c3-12-2015-%20Último%20revisão%20e%20finais.pdf>
- Camara, P., Guerra, P. & Rodrigues, J. (2010). *Novo Humanator* (4ª ed.). Alfragide: D. Quixote.

- Canastra, M., A., de Almeida & Ferreira M., A., D. (2012). Liderar com competência... ou (treinar) competências de liderança. *Rev. Enferm. UFPI*, 1(1), 77–81.
- Carvalhais, M. & Sousa, L. (2013). Qualidade dos cuidados domiciliareos em enfermagem a idosos dependentes / The quality of nursing home care to dependent elderly. *Saúde e Sociedade*, (1), 160. Acedido em maio de 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>
- Carvalhais, M. (2010). *Promover a qualidade de cuidados de enfermagem a idosos dependentes*. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Acedido em 22 de maio de 2017. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/4274/1/4508.pdf>
- Carvalho, F., M., Ferreira, L., M. & Ferreira, P., J. (2016). *Qualidade dos cuidados de saúde*. Acedido em 03 de abril de 2017. Disponível em <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium35/7.pdf>
- D’Innocenzo, M., Adami, N. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). *O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem*. Acedido em 10 de novembro de 2018. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:periodicos.ibict.br.SCIELO:oai:scielo:S0034-71672006000100016>
- Davies, S., & Crippacc, C. (2008). Supporting quality improvement in care homes for older people: the contribution of primary care nurses. *Journal Of Nursing Management*, 16(2), 115-120. Doi:10.1111/j.1365-2834.2007.00838.x.
- Decreto-Lei nº 161/96. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (4 de setembro de 1996). *Diário da República*, Série I, nº 205, 2959–2962. Acedido em 4 de maio de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/241640>
- Decreto-Lei nº 437/91. Regime legal da carreira de enfermagem. (8 de novembro de 1991). *Diário da República*, Série I, nº 257, 5723-5741. Acedido em 4 de maio de 2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/331930>
- Decreto-Lei, nº 101/2006. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social. (6 de junho de 2006). *Diário da República*, Série I, nº 109. Acedido em 15 de setembro de 2017. Disponível: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/A110CE46-A607-4BD1-AB82BE86B31314C3/18627/38563866.pdf>

- Portaria n.º 67/2012. Ministério da Solidariedade e Segurança Social. (21 de março de 2012). *Diário da República*, Série I, nº 58. Acedido em 24 de maio de 2017. Disponível: http://www.segsocial.pt/documents/10152/604348/Portaria_n_67_2012_21_marco/06a43614-593e-4450-8c1b-e72eb5be1b8e
- Despacho n.º 5613/2015. Estratégia Nacional a Qualidade na Saúde 2015 -2020. (27 de maio de 2015). *Diário da República*, Série II, nº 102. Acedido em 24 de maio de 2017. Disponível em <https://www.dgs.pt/.../despacho-n-56132015--ministerio-da-saude--aprova-a-estrategia-n>
- Dias, A., & Santana, S. (2009). Cuidados integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde / Atención integrable; un nuevo paradigma en la prestación de atención a la salud / Integrated care: new paradigms in health care. *Revista de Gestão Dos Países de Língua Portuguesa*, 8 (1), 12–20. Acedido em 15 de julho de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v8n1/v8n1a03.pdf>
- Doran, D. & Cranley, L. (2006). Relationship Between Nursing Interventions and Outcome Achievement in Acute Care Settings. *Research in Nursing Health*, 29, pp. 61-70.
- Ferreira, C. I. da S. R. A. (2015). *Gestão em enfermagem e a formação em serviço: tecnologias de informação e padrões de qualidade*. Tese de Mestrado. Escola Superior de enfermagem do Porto. Acedido em 1 de novembro de 2018. Disponível em https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/.../1/tese_finalCarla
- Figueiredo, S. (2010). *Impacto de recursos mnemônicos na retenção de mensagens corporativas*. Tese de Mestrado. Universidade De São Paulo Escola De Enfermagem. Acedido em 26 de junho 2017. Disponível em http://www.abrapcorp.org.br/anais2010/GT4/GT4_Suzel.pdf
- Fontelles, M. J., Simões, M. G., Farias, S. H., & Fontelle, R. G. (2009). Metodologia Da Pesquisa Científica: Diretrizes Para a Elaboração De Um Protocolo De Pesquisa. *Revista Paraense de Medicina*, 23(2), 1–8. Acedido em 16 de agosto de 2018. Disponível em: https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf
- Fradique, M., & Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, (10), 45–53. Acedido

em janeiro de 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserlIn10/serlIn10a06.pdf>

Franco, J., N., Barros, B., P., A., Vaidotas, M. & D’Innocenzo, M. (2010). Percepção dos Enfermeiros sobre os resultados dos Indicadores de Qualidade na Melhoria da prática assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 63 n. 5, pp. 806-810. Acedido em 18 de fevereiro de 2018. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500018

Freire R.,M., A., Lumini. M.,J., Martins, M.,M., Martins, T. & Peres, H.,H.,C. (2016). Taking a look to promoting health and complications’ prevention: differences by context. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Vol.24. Acedido em 12 de outubro de 2018; Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100374

Garcia-Marques, T. & Maroco, J. (2006). *Alpha Crombach Tabela Portugal*. Laboratório de Psicologia 4(1), 65–90. Acedido em 5 de Dezembro de 2018. Disponível em

<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>

Godinho, N. (2014). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NP 450)*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Gomes, J., A., P. (2011). *Percurso para a Avaliação da Qualidade em Unidades de Internamento: Resposta para a Reabilitação*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado. Porto. Disponível no RCCAP.

Guerreiro Cabrita, M. de F., & Guerreiro José, H. M. (2013). O idoso na equipe de cuidados continuados integrados: Programa de enfermagem para prevenção de quedas. *Journal of Nursing UFPE* 7(1), 96–103. Acedido em Outubro de 2018. Disponível em

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13881/1/O%20idoso%20na%20equipe%20de%20cuidados%20continuados%20integrados.%20Programa%20de%20enfermagem%20para%20preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20quedas.pdf>

Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011a). Hospital nurses’ work environment, quality of care provided and career plans. *International Nursing Review*, 58, 255–262. Doi:10.1111/j.1466-7657.2010.00851.x.

- Lee, E. (2013). Continuing Education: The Arduous and Challenging Journey of Improving Patient Safety and Quality of Care. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 28383-398. Doi:10.1016/j.jopan.2013.07.004.
- Maia C., S.; de Freitas D., R., C.; Guilhem D.; Azevedo, A., F. (2008). Percepções sobre qualidade de serviços que atendem à saúde da mulher. *Scielo Public Health*. Acedido a 10 de Janeiro de 2019. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n5/2567-2574/pt>
- Martins, M., M.,F.,P., Gonçalves, M., N., Ribeiro, O.,M.,P. & Tronchin, D., M.,R. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira De Enfermagem*, (5), 920. Doi:10.1590/0034-7167-2015-015.
- Martins, R. T. (2014). *Gestão da qualidade nas unidades de cuidados continuados integrados de Lisboa e Vale do Tejo*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Tese de Mestrado. Lisboa. Disponível no RCAAP.
- McHugh, D. & Stimpfel, A. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), 566–575. Doi:10.1002/nur.21503.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), 7-19. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x.
- Motta, K. A. M. B, Munari, D. B., Costa, F. N. (2009). Os Pontos Críticos das Atividades do Enfermeiro-Gestor no Hospital Público. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*. 1(1). Acedido em 12 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.crp09.org.br/NetManager/documentos/v1n1a5.pdf>
- Oliveira, A. C. F. d., Paz, A. R. d. A. d., Telles, E. A. d. B., Leite, J. L., & Stipp, M. A. C. (2004). Liderança e Enfermagem: elementos para reflexão. *Rev. Bras Enferm*, 57 (4), 487-489. Acedido janeiro 12, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a21.pdf>
- Oliveira, E., R. & Ferreira, P. (2014). *Métodos de Investigação – Da Interrogação à Descoberta Científica*. Porto: VidaEconómica - Editorial, SA.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido em 26 de maio de 2018. Disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal*. Acedido em 30 de outubro de 2017. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/estudo_em_pregabilidade_jovens_enf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido em 1 de agosto de 2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). RNCCI: Sustentabilidade com Segurança. Acedido em julho de 2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/PublishingImages/INV_ESTIGA%C3%87%C3%83O/Estudo_SRS%20OE_RNCCI_05.12.2014.pdf

Pais Ribeiro, J., L. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa. Placebo Editora.

Palmeiro, I. D. (2016). *A interdisciplinaridade no cuidar. Perceção dos Profissionais das equipas de cuidados continuados integrados – Unidade de cuidados continuados integrados Manuel Fanha Vieira- Provedor*. Tese de Mestrado. Portalegre. Acedido em 10 de maio de 2018. Disponível no RCCAP.

Pardal, L. & Lopes, E., S. (2011). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.

Parecer CJ nº 136 / 2007. Proposta de Enunciado de Posição. Ordem dos Enfermeiros, 2007, 1-7. Acedido em 13-02-2019. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Petronilho, F. (2009). Produção de indicadores de qualidade: A Enfermagem que queremos evidenciar. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. nº 82, 35- 43.

Pinheiro, E. (2016). *Qualidade de vida dos utentes em unidades de cuidados continuados*. Instituto Politécnico de Bragança. Tese de Mestrado. Bragança. Acedido em 15 de

setembro de 2017. Disponível em <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:bibliotecadigital.ipb.pt:10198/13039.15>

Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (versão resumida). Acedido em 5 de julho de 2017. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Documento-Estrategico-PNS-2011-20161.pdf>

Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (versão resumida). Acedido em 5 de julho de 2017. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf

Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de Cuidados de Enfermagem: Das Práticas dos Enfermeiros Chefes à Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Acedido em 3 de Dezembro de 2018. Disponível em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/20608/1/ulsd071644_td_Teresa_Potra.pdf

Rantz, M. J., & Connolly, R. P. (2004). Measuring nursing care quality and using large data sets in nonacute care settings: State of the science. *Nursing Outlook*, 52 (1), 23-37.

Rantz, M., Cheshire, D., Flesner, M., Petroski, G., Hicks, L., Alexander, G., & Thomas, S. (2009). Helping nursing homes 'at risk' for quality problems: a statewide evaluation. *Geriatric Nursing*, 30 (4), 238-249.

Rantz, M., Mehr, D., Petroski, G., Madsen, R., Popejoy, L., Hicks, L., & ... Maas, M. (2000). Initial field testing of an instrument to measure: observable indicators of nursing home care quality. *Journal Of Nursing Care Quality*, 14 (3), 1-12.

Rantz, M., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V., Mehr, D., Hicks, L., & Maas, M. (1999). Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *Journal Of Nursing Care Quality*, 14 (1), 16-87.

Regulamento nº 101/2015. Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor (10 de março de 2015). *Diário da República*, Série II, nº 48, 5948-5952.

Regulamento nº 76/2018. Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão (10 de janeiro de 2018). *Diário da República*, Série II, nº 21, 3478-3487.

- Reis, V., P. (2007). *Gestão em Saúde: um espaço de diferença*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade de Lisboa.
- Ribeiro, J. (2010). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde* (2ª ed.). Lisboa: Placebo, Editora, Lda.
- Ribeiro, M., Santos, S., L. & Meira, T., G., B., M. (2006). Refletindo sobre liderança em Enfermagem. Reflexionando sobre liderazgo en enfermería. Reflecting on nursing leadership. *Escola Anna Nery* 10 (1), 109-111. Acedido em 12 de janeiro de 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a14.pdf>
- Ribeiro, O., Martins, M., M., F., P., & Tronchin, D., M.,R. (2017). Qualidade dos cuidados de enfermagem: um estudo em Hospitais Portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV, (14), 89-100. Acedido em 15 de março de 2018. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:gp-YIML3Ok8J:https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D1265%26codigo%3D+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt
- Ribeiro, R. (2014). *Cuidados de enfermagem prestados pelas equipas de cuidados continuados integrados: satisfação dos utentes e cuidadores*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Tese de Mestrado. Porto. Disponível no RCAAP.
- Rocha, E. S. B., & Trevizan, M. A. (2009). Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 17 (2).
- Rocha, M. C., Sousa, P., & Martins, M. (2016). A opinião dos enfermeiros diretores sobre a intervenção do enfermeiro chefe. *Investigacion En Enfermeria: Imagen Y Desarrollo*, 18 (2), 89-105.
- Rothbarth, Wolff & Peres (2009). "O desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro na perspectiva de docentes de disciplinas de administração aplicada à enfermagem." *Texto & Contexto Enfermagem*, 18 (2), 321-329. Acedido em 31 de agosto de 2018. Disponível em *Directory of Open Access Journals*, EBSCOhost.
- Silva, J. A., Marinho, J. C. B., Silva, G. R., Bertelmebs, R. C., & Da Silveira, J. B. (2014). Sensação e percepção no contexto dos estudos em Epistemologia Genética. *Revista Eletrônica de Psicologia e Epistemologia Genéticas*, 6 (2), 51-67.

- Silva, L. W. S. Da, Nazário, N. O., Silva, D. S. Da, & Martins, C. R. (2005). Arte Na Enfermagem: Iniciando Um Diálogo Reflexivo. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14 (1), 120–123.
- Souza, F. N. & Souza, D. N. (2011). Formular Questões de Investigação no Contexto do Corpus Latente na Internet. *Internet Latent Corpus Journal*, 2 (1), 1-5. Acedido em 20 de Dezembro de 2018. Disponível em <http://revistas.ua.pt/index.php/ilcj/article/view/1275/1172>
- Staplers, D., Kieft, R. A. M. M., van der Linden, D., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research* 16, 120. Acedido em 20 de janeiro do 2018. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823846/>
- Tavares, J., P., A. & Silva, A., L. (2010). Barreiras e soluções nos Cuidados Continuados a Pessoas Idosas: percepções de Enfermeiros (as). *Revista de Enfermagem Referência, SER III* (1), 17-28. Acedido em 14 de novembro de 2018. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000300003
- UMCCI (2013). *Implementação e Monitorização da Rede nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)- Relatório Final*. Acedido em 20 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-Implementacao-e-Monitorizacao-RNCCI-2012.pdf>
- Valentim, K., M., G., Leite, A., S., Ernesto, J.,A., Lima, W., M., & Oliveira, A., L., M. (2008). *O papel do Enfermeiro na gestão do Pessoal e os Reflexos na Qualidade de serviço*. Acedido em 31 de agosto de 2018. Disponível em <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Opapeldoenfermeironagestaodepessoaleosreflexosnaqualidadedeservico.pdf>.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. 2ª Edição. Lisboa. Edições Sílabo, Lda.

- Voutilainen, P., Backman, K., Isola, A., & Laukkala, H. (2006). Family Members' Perceptions of the Quality of Long-Term Care. *Clinical Nursing Research*, 15 (2),135-49. Doi:[10.1177/1054773805285697](https://doi.org/10.1177/1054773805285697)
- Wan, T., Zhang, N., & Unruh, L. (2006). Predictors of resident outcome improvement in nursing homes. *Western Journal Of Nursing Research*, 28 (8), 974-993. Doi: [10.1177/0193945906289331](https://doi.org/10.1177/0193945906289331)
- Wang, W., L., Chang, H., J., Liu, A., C., & Chen, Y., W. (2007). Research into care quality criteria for long-term care institutions. *The Journal of Nursing Research : JNR*, 15 (4), 255–64. Acedido em 10 de novembro de 2019. Disponível em <http://ntur.lib.ntu.edu.tw/retrieve/167679/05.pdf>
- Wiener, J., M. (2003). An Assessment of Strategies for Improving Quality of Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, 3, 9-27.

APÊNDICES

**APÊNDICE I- CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Perceção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados Continuados

Enquadramento: O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Gestão de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pela estudante Melani Correia Nóbrega, Enfermeira, e pela Orientadora Professora Teresa Ramalhal. São objetivos deste estudo: Analisar as perceções dos enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem relacionadas com a qualidade dos cuidados nas unidades de cuidados continuados integrados do distrito de Lisboa. Identificar as Perceções dos enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados nas unidades de cuidados continuados integrados. Relacionar as Perceções dos enfermeiros sobre a concretização das atividades de enfermagem integradas nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Explicação do estudo: Será solicitado aos Enfermeiros que exercem a sua atividade profissional nas Unidades de cuidados continuados das tipologias de convalescença, média duração e reabilitação, longa duração e manutenção do distrito de Lisboa que preencham um questionário (*Escala de Perceção das atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos Cuidados*). O questionário será entregue nos locais de trabalho aos Enfermeiros que aceitem participar no estudo.

Condições e financiamento: O estudo será efetuado com recurso à distribuição dos questionários no local de trabalho não implicando assim custos financeiros para os mesmos. O estudo será financiado pela autora do estudo. A participação no estudo é de carácter voluntário, podendo o participante recusar ou cancelar a sua participação na investigação, sem que isso possa constituir prejuízo na assistência prestada.

Confidencialidade e anonimato: Os dados colhidos serão confidenciais, e para uso exclusivo do presente estudo. A confidencialidade dos dados de identificação dos participantes e o anonimato dos mesmos será garantida.

Desde já agradeço a disponibilidade se pretender fazer parte deste projeto.

Melani Correia Nóbrega, Enfermeira na Empresa CERCITOP. Telemóvel nº 937955526, E-mail: melani-nobrega@campus.esel.pt

Assinatura/s:
.....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura: Data: /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME:</p> <p>BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:</p> <p>ASSINATURA</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 1 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

**APÊNDICE II- POSTER APRESENTADO NO II CONGRESSO DA SECÇÃO
REGIONAL DO SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIRO**

Percepção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos Cuidados nas Unidades de Cuidados Continuados – Scoping Review –

Autor: Melani Correia Nóbrega
Coautor: Teresa Ramalhal

Introdução

O aumento da esperança média de vida, patologias crónicas incapacitantes e o número de altas hospitalares precoces desencadeia a necessidade crescente de oferecer continuidade de cuidados de saúde fora do ambiente hospitalar. Os cuidados nas unidades de cuidados continuados são cada vez mais diferenciados e exigem rigor e qualidade e as percepções dos Enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem podem oferecer um importante contributo nesta área.

Percurso Metodológico

QUESTÃO

Quais as percepções dos Enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados continuados integrados?

OBJETIVO GERAL

Mapear na literatura existente a evidência científica sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados continuados integrados.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

- 1ª etapa- análise e configuração das palavras-chaves
- 2ª etapa- pesquisa sequencial nas bases de dados CINAHL e MEDLINE;
- 3ª etapa- identificação, seleção e resumo dos artigos.

→ Palavras-chave: *Nurses, Quality of health care, Nursing care quality, Long Term-Care.*

Marcacão utilizada para a formulação da questão

- P** População - *Nurses*
- C** Conceito - *Quality of Health Care, Nursing Care quality*
- C** Contexto - *Long Term Care*

Os enfermeiros são capazes de coletar dados confiáveis sobre os indicadores de qualidade

A qualidade dos cuidados de enfermagem é importante, porque está relacionada com a segurança do doente, com a satisfação do mesmo e com outros resultados em saúde.

(Doran, 2006; Maas, 2008)

Resultados

Na CINAHL foram encontrados 18 documentos dos quais foram selecionados 4 que preencheram os critérios de elegibilidade. Na MEDLINE foram encontrados 24 documentos. Os repetidos foram excluídos e os que não se encontravam disponíveis. No fim do rastreio apenas foi incluído 1 documento. Assim, foram selecionados e incluídos a totalidade de 5 artigos das bases de dados e 8 artigos da literatura "cinzenta" que tratam a temática da qualidade dos cuidados de saúde e dos cuidados de enfermagem.

Conclusão

Existe uma associação significativamente positiva entre os indicadores dos cuidados de enfermagem medidos objetivamente e a percepção da qualidade medida subjetivamente pelos enfermeiros (Stalpers, Kieft, van der Linden, Kaljouw & Schuurmans, 2016). As percepções dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados podem levar à melhoria dos resultados em saúde.

Bibliografia
McHugh, D. & Sampell, A. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), pp. 566-575. Doi 10.1002/nur.21503. Ranz, M., Cheskre, D., Fiesner, M., Petroski, G., Hicks, L., Alexander, G., & Thomas, S. (2009). Helping nursing homes 'at risk' for quality problems: a statewide evaluation. *Geriatric Nursing*, 38 (4), 238-249. Rodriguez-Martín, B., Martínez-Andrés, M., Cervera-Moestaquedo, B., Notario-Pacheco, B., & Martínez-Vizcaino, V. (2013). Perception of quality of care among residents of public nursing-homes in Spain: a grounded theory study. *BMC Geriatrics*, 13(65). Stalpers, D., Kieft, R. A. M. M., van der Linden, D., Kalkouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2016). Concordance between nurse-reported quality of care and quality of care as publicly reported by nurse-sensitive indicators. *BMC Health Services Research*. Doran, D.M., Harrison, J.M., Laschinger, H.S., Hixes, J., Rusholm, E., Sifani, S., et al. (2006). Nursing sensitive outcomes data collection in acute care and long-term care settings. *Nursing Research* 55: 76-81. Linda Maas Burfians. what is good nursing care? the lived meaning of quality nursing care for practicing nurses. College of Nursing, May, 2008. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews. Australia: The Joanna Briggs Institute. - Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9781118512000.ch10>

ANEXOS

**ANEXO I- ESCALA DE PERCEÇÃO DAS ATIVIDADES DE ENFERMAGEM QUE
CONTRIBUEM PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS**

Escala de Perceção das atividades de Enfermagem que contribuem para a qualidade de cuidados (EPAECQC) – MARTINS, MM; GOLÇALVES, M.N.

O acompanhamento do exercício profissional nos serviços é uma área que exige estudos específicos para a avaliação, recordamos que a Ordem dos Enfermeiros expressa que *nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde* (OE, 2001, p. 4).

Este questionário destina-se a identificar: **A perceção dos enfermeiros relativamente às suas atividades em articulação com os padrões de qualidade**

Considerando o conhecimento que tem sobre o seu trabalho, no exercício de gestão do serviço, pedimos que exprima a sua opinião face as seguintes afirmações:

Numa escala de 1 a 4, considere:

1- Nunca; 2- Poucas vezes; 3- Às vezes; 4- Sempre

Agradecemos a sua colaboração neste estudo

Grupo I

1 – Enquanto enfermeiro pense na prática de cuidados do seu serviço e expresse a sua opinião

1.1 - A satisfação do cliente	1	2	3	4
a) Os enfermeiros demonstram respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente nos cuidados que prestam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros procuram constantemente empatia nas interações com o cliente (doente/família)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros envolvem os conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2 - A promoção da saúde	1	2	3	4
a) Os enfermeiros identificam as situações de saúde da população e dos recursos do cliente / família e comunidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Os enfermeiros aproveitam o internamento para promover estilos de vida saudáveis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Os enfermeiros fornecem informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3 - A prevenção de complicações	1	2	3	4

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros identificam os problemas potenciais do cliente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros prescrevem e implementam intervenções com vista à prevenção de complicações | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico / científico na implementação das intervenções de enfermagem. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Os enfermeiros supervisionam as atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e as atividades que delegam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.4 –O Bem-estar e o autocuidado

1 2 3 4

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros identificam os problemas do cliente que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das suas atividades de vida. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os Enfermeiros prescrevem e implementam intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os enfermeiros avaliam as intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros demonstram o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Os enfermeiros referenciam situações problemáticas identificadas que contribuam para aumentar o bem-estar e a realização das atividades de vida dos clientes. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) Os enfermeiros demonstram responsabilidade pelas decisões que tomam, pelos atos que praticam e que delegam. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.5 -A readaptação funcional

1 2 3 4

- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros dão continuidade ao processo de prestação de cuidados de enfermagem | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os Enfermeiros planeiam a alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Os Enfermeiros otimizam as capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Os enfermeiros ensinam, instruem e treinam o cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.6 -A organização dos cuidados de enfermagem

1 2 3 4

- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Os enfermeiros dominam o sistema de registos de enfermagem. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Os enfermeiros conhecem as políticas do hospital | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Grupo II

1 – Serviço _____

2 – Perfil sociodemográfico:

2.1 – Género: Feminino Masculino

2.2 – Idade: _____ (Anos completos em 31/12/2013)

2.3 – Anos de exercício profissional: _____

2.4 – Anos de exercício na área da gestão: _____

2.5- Anos no atual serviço: _____

2.6 – Com Especialidade Sem Especialidade

Área de especialidade: _____

2.7 – Outros graus académicos:

Pós-Graduação:

Mestrado:

Outros:

Muito obrigada

**ANEXO II- AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA
DE DADOS**

04/11/2017

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa Correio - Autorização para utilização de instrumento de colheita de dados



MELANI CORREIA NÓBREGA <melani-nobrega@campus.esel.pt>

Autorização para utilização de instrumento de colheita de dados

5 mensagens

MELANI CORREIA NÓBREGA <melani-nobrega@campus.esel.pt>

19 de setembro de 2017 às 12:37

Para: mmartins@esenf.pt

Boa tarde EXª Senhora Maria Manuela Martins

O meu nome é Melani Correia Nóbrega, sou aluna de Mestrado de Gestão em Enfermagem da Escola superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a fazer um trabalho de investigação, sob orientação da Prof. Teresa Ramalhal, sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados continuados. Deste modo venho por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala de Perceção das Atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados. Espero contar com a sua disponibilidade.

Atenciosamente

Melani Correia Nóbrega

Manuela Martins <mmartins@esenf.pt>

19 de setembro de 2017 às 13:47

Para: MELANI CORREIA NÓBREGA <melani-nobrega@campus.esel.pt>

Cara Melani

Pode usar a escala apenas peço a sua referencia no trabalho e caso ocorra alguma publicação. Para ajudar envio o artigo que publiquei sobre ela e estou a aguardar outro da sua aplicação na Turquia, caso entretanto isso aconteça também lhe desencaminhareis.

Bom trabalho

Prof. Doutora Maria Manuela Martins

Núcleo de Investigação de Enfermagem de Família (NIEF)

Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS - center for health technology and services research - FMUP

Email mmartins@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 XX (opcional - apenas para casos de telefones directos)

Por uma enfermagem mais significativa para as pessoas

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://portal.esenf.pt>

No dia 19/09/2017, às 12:37, MELANI CORREIA NÓBREGA <melani-nobrega@campus.esel.pt> escreveu:

Boa tarde EXª Senhora Maria Manuela Martins

O meu nome é Melani Correia Nóbrega, sou aluna de Mestrado de Gestão em Enfermagem da Escola superior de Enfermagem de Lisboa e encontro-me a fazer um trabalho de investigação, sob orientação da Prof. Teresa Ramalhal, sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem nas unidades de cuidados continuados. Deste modo venho por este meio solicitar autorização para utilizar a Escala de Perceção das Atividades de enfermagem que contribuem para a qualidade dos cuidados.

ANEXO III- AUTORIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PARA APLICAÇÃO DO ESTUDO

Direção Técnica - [redacted] <[redacted]>

segunda, 6/11/2017, 14:34

para eu +

Cara Melani Correia Nóbrega

Boa tarde,

Venho, por este meio, informar que dispõe de autorização para aplicação do seu estudo na nossa UCCI.

Com os melhores cumprimentos,

Susana Santos Ribeiro

Diretora Técnica

Nuno Damião <[redacted]>

terça, 7/11/2017, 13:52

para eu +

Boa tarde, Sr.ª Enfermeira Melani Correia Nóbrega.

Com muito agrado que recebemos o seu contacto e claro que estamos disponíveis para colaborar no seu mestrado.

Fica com o meu email para articularmos um dia para nos reunirmos.

Os melhores cumprimentos,

[redacted] - Direção Técnica UCCI (UMDR/ULDM) <[redacted]>

sexta, 16/03/2018, 16:21 ☆ ↶ ⋮

para Dr.ª, Dr.ª, dir.tecnica.epi, Gabriela, eu +

Exma Sra. En.ª Melani Nóbrega

É com muito agrado que lhe transmito que a sua proposta de estudo no contexto do seu exercício académico de mestrado foi autorizado pela Direção da [redacted], proprietária do equipamento [redacted].
Quanto entender iniciar, esteja à vontade, solicito apenas que coordene comigo.

Com os meus melhores cumprimentos,

[redacted]

DIRETOR TÉCNICO UCCI (Unidade UCCI)

[redacted]

Pedro J.R. Costa

Administrador do Serviço de Saúde

Enfermeiro

Para os devidos efeitos se informa que a Comissão de Ética da [redacted] SAÚDE se reuniu a 30/4/2018 e aprovou de forma unânime a aplicação na [redacted] SAÚDE do questionário: "Escala de Perceção das Atividades de Enfermagem que contribuem para a Qualidade de Cuidados", a pedido da Enfermeira Melani Correia Nóbrega, no âmbito do seu projecto de mestrado.

Encarnação, 15 de maio de 2018,

A Diretora Clínica



Ana Margarida Soares dos Reis,
OM 40290

Adjunta Direção Enfermagem <[redacted]>

quarta, 24/01/2018, 18:37

para eu >

Boa tarde Enfermeira Melani

Peço que envie os questionários para podermos aplicar.

Obrigada

Carlos Lucas <[redacted]>

quarta, 17/01/2018, 23:00

para Isabel, Mário, pasimao, Leonel, Ivo, Fátima, eu >

Exma. Senhora Enfermeira Melani Nóbrega

Serve o presente email, para informar de que foi deferido o seu pedido para aplicar o questionário.

Para o efeito, deverá no Montijo articular-se com o Sr. Diretor Mário Requeijo e na Parede com a Sra. Diretora Isabel Sérgio.

Solicita-se que no final do seu trabalho de investigação, partilhe connosco os resultados.

Votos de bom trabalho

Carlos Lucas

Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados - Confirmado - UCCI <[redacted]>

Classe de entrada: g

Enf. Pedro Ferreira <[redacted]>

segunda, 19/03/2018, 10:36

para eu, Pedro, Sandra, Enf, Enf >

Bom dia Enfª Melani Nóbrega,

Confirmamos a disponibilidade para a aplicação do instrumento de colheita de dados.

Peço-lhe que deixe os questionários ao meu cuidado.

São 14 enfermeiros, mas um deles está de baixa.

Dado que muitos fazem prestações de serviços pontuais, este processo poderá demorar um pouco mais.

Com os melhores cumprimentos,

Pedro Ferreira

Diretor Técnico

Fernando Carito <[redacted]>

terça, 5/12/2017, 14:45 ☆ ↻ ⋮

para eu >

Boa Tarde Srª Enfª MELANI NÓBREGA:

No seguimento do seu pedido de colaboração por parte dos profissionais de enfermagem da UCCI <[redacted]> venho deste modo disponibilizar-lho, após consulta aos mesmos profissionais, pelo que lhe peço para me fazer chegar o respetivo documento em formato editável ou outro que pretenda trabalhar. Peço desculpa pela demora na resposta mas teve de se a razões de saúde que me impediram de o fazer atempadamente.

Sem outro assunto

Fernando Carito

Enfermeiro Coordenador

Enfermagem Coordenação [redacted] <[redacted]>

sexta, 5/01/2018, 17:53

para eu, Geral +

Exma. Sra. Enfermeira,
Melani Nóbrega

Boa tarde,

Encontra-se autorizada a aplicação do instrumento nas nossas Unidades.

Votos de bom ano.

Ao dispor:

Com os mais sinceros cumprimentos,

Tiago Nascimento
Enfermeiro Coordenador

UCC [redacted]

sexta, 3/11/2017, 09:17 ☆ ↶

para Dulce, rita.ribeiro, Claudia, eu, UCCI +

Cara En^h Melani,

No seguimento de pedido efectuado no âmbito da sua investigação "Percepção dos Enfermeiros acerca da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Unidades de Cuidados Continuados", e por se reconhecer pertinência na mesma, autoriza-se a aplicação do instrumento de recolha de dados "Escala de Percepção das Atividades de Enfermagem" aos enfermeiros a desempenhar funções nas UCCI da [redacted].
Mais se informa que a adesão é voluntária por parte de cada profissional.

Mais pretendíamos findo o referido estudo poder ter acesso às suas conclusões.

Votos de sucesso.

Atenciosamente,

Elisabete Duarte
Directora Técnica

Residências [redacted] Mário Requeijo <[redacted]>

sexta, 19/01/2018, 18:00

para eu +

Cara Enfermeira Melani Nobrega,

Tenho presente o seu email que agradeço.

Deixo à sua melhor consideração a forma e o veículo de envio e distribuição dos questionários. Se entender útil, poderá remeter-me o ficheiro digital que procederemos à sua impressão e distribuição. Sugiro que possa depois fazer a recolha presencial e, nesse momento, possamos discutir o âmbito do seu projecto.

As melhores venturas.

Fico ao seu inteiro dispor.

Mário Requeijo

Pedido de autorização para aplicação de instrumento de colheita de dados - ULDM

Caixa de entrada x

Marta Gaio

para eu +

quinta, 30/11/2017, 19:04

Boa tarde.

Informo que nos encontramos disponíveis para colaborar no estudo apresentado.

Cumprimentos

No dia 13/04/2018, às 14:50, Geral@ > escreveu:

Boa tarde,

Referimo-nos ao pedido que nos fez chegar e que remetemos para a nossa Comissão Científica. Após análise da documentação a mesma solicita o envio do Parecer de Comissão de Ética.

Ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Com os melhores cumprimentos,

<image001.jpg>

**ANEXO IV- Certificado de Participação no II Congresso da Secção Regional do
Sul da Ordem dos Enfermeiros**



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

MELANI CORREIA NÓBREGA

Membro n.º 61226 desta Ordem, participou no **II Congresso da Secção Regional do Sul**, que se realizou nos dias **10 e 11 de Novembro de 2017**, em **Setúbal**, no **Fórum Municipal Luísa Todi**, enquanto **Autora** do Póster exposto nos dias 10 e 11 de Novembro de 2017, com o título:

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS ACERCA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS NAS UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS

Setúbal, 11 de Novembro de 2017.

O Presidente do Conselho Directivo Regional

Sérgio Branco

