

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**  
**Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem**

**MÉTODO DE TRABALHO DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL - MELHORIA DA  
QUALIDADE**

**PRIMARY NURSING - QUALITY IMPROVEMENT**

Dissertação orientada pela Professora Doutora  
Maria Manuela Martins

Maria Teresa Martins da Costa Silva

Porto, 2017



*Nada existe de permanente a não ser a mudança...*

Heráclito



## AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Manuela Martins, antes de mais por me desafiar desde o primeiro dia. Por tudo que me ensinou, pelo rigor, exigência e interesse, pela paciência e disponibilidade, mas acima de tudo, por me orientar sem restringir e permitir-me discutir, mostrando-me sempre as diferentes perspetivas que podemos ter.

Aos meus Pais, pelo exemplo, pelos horizontes que me proporcionaram e pela forma como me ensinaram a olhar para a vida! Pelo amor incondicional, amizade, incentivo, paciência, ajuda na superação de obstáculos, pelos debates “prolongados” sobre a Enfermagem e a Gestão, mas sobretudo por acreditarem sempre em mim e me mostrarem que a sorte dá muito trabalho.

Aos meus irmãos, Luís e João, os melhores presentes dos meus Pais e modelos de coragem! Pela ajuda, motivação, amor e amizade incondicionais independentemente do fuso horário e “tempo” abdicado, sem vocês nada disto era possível. À Teresa e à Nelly pela compreensão e carinho.

À minha Tia Sílvia, sempre motivadora e carinhosa, pelas longas conversas telefónicas e mensagens enviadas sempre no momento certo, por me fazer acreditar que tudo é possível. Ao meu primo Pedro, pelo incentivo e sobretudo pelos desabafos, tornando “tudo” normal, simples e de fácil resolução.

À Renata, à Vânia, à Cristina, à Joana, ao Francisco, ao Pedro, ao João, ao Rogério e ao António, amigos do coração, compreensíveis pelas faltas imperdoáveis e por se orgulharem de mim! Ao Rui Fonseca e ao Pedro Raúl, meus novos amigos, por me acompanharem mesmo de longe! À Vânia Andrade, à Isabel Leitão e à Patrícia Ferreira, por tornarem as minhas “ausências” compreensíveis e pela amizade.

À Mariana Silva, à Emília Silva, à Rute Rodrigues, à Márcia Silva, ao Rui Moreira e ao Alexandre Soares, meus amigos e colegas, pelos desabafos que muito me ajudaram sem se aperceberem, por me fazerem pensar sobre a mudança, pelo incentivo e sobretudo pela compreensão!

Ao Enfermeiro-Chefe do serviço onde foi realizado o estudo e aos participantes, pela confiança e disponibilidade, permitindo a consecução deste trabalho.



## DEDICATÓRIA

Aos meus Pais, Aida e Venâncio e aos meus Irmãos, Luís e João!  
Pela inspiração, exemplo e amor incondicional!



## **SIGLAS**

APEGL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

APO - Administração por Objetivos

CIPE - Classificação Internacional para Prática de Enfermagem

CRN - Centro de Reabilitação do Norte

DGS - Direção Geral de Saúde

EAST-Enf - Escala de Avaliação da Satisfação no trabalho para Enfermeiros

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

ICN – International Council of Nurses

GLOBE - Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness

OE - Ordem dos Enfermeiros

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNS - Plano Nacional de Saúde

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SBR - Satisfação com Benefícios e Recompensas

SC - Satisfação com a Comunicação

SCT - Satisfação com o Contexto de trabalho

SNC - Sistema Nervoso Central

SNP - Sistema Nervoso Periférico

SP - Satisfação com Promoções

SRC - Satisfação no Relacionamento com o Chefe

SRE - Satisfação no Relacionamento com a Equipa



## RESUMO

O modo como poderá ser organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada. O Método de Enfermeiro Responsável caracteriza-se pela responsabilidade individual do Enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência. Este estudo tem como finalidade contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e neste sentido foram estabelecidos os seguintes objetivos: descrever as mudanças ocorridas depois da implementação do método do Enfermeiro Responsável, analisar a satisfação no trabalho antes e depois da implementação do método do Enfermeiro Responsável e analisar os registos de cuidados de enfermagem antes e depois dessa implementação. É um estudo descritivo misto com avaliação antes e depois da mudança do método de trabalho, de Enfermeiro Responsável num serviço de internamento de Medicina Física e Reabilitação de um Centro Hospitalar do Norte. Deste estudo fazem parte duas amostras não probabilísticas intencionais sendo compostas respetivamente por 14 enfermeiros especialistas em reabilitação e os registos de dois grupos de clientes, 14 internados nos três meses antes da implementação do método Enfermeiro Responsável e 14 internados nos três meses após, perfazendo uma diferença de 6 meses nos registos. A colheita de dados foi realizada a partir de três instrumentos, um guia de observação dos registos e dois questionários de autopreenchimento contendo em ambos a escala EAST-Enf. Dos resultados salienta-se que a média global da satisfação aumentou de 56,71 para 60,43 após a implementação do novo método de trabalho. Em ambos os momentos os enfermeiros estão mais satisfeitos na dimensão *Satisfação no Relacionamento com a Equipa*, apresentando uma média antes de 7,64 e depois de 7,29 num score máximo de dez e na dimensão *Satisfação com o Contexto de Trabalho*, apresentando uma média antes de 11,21 e depois de 11,86 num score máximo de 15. Estão mais insatisfeitos nos dois momentos na dimensão *Satisfação com as Promoções*, apresentando uma média antes de 9,93 e depois de 11,21 num score máximo de 35 e na dimensão *Satisfação com Benefícios e Recompensas*, apresentando uma média antes de 6,57 e depois de 7,5 num score máximo de 25. No que concerne à opinião dos enfermeiros sobre a implementação do método, a maioria afirmou a existência de maior controlo sobre a evolução do cliente, maior impacto nos clientes em termos de satisfação, mais qualidade na assistência prestada, maior satisfação profissional e maior autonomia do enfermeiro. Contudo, não concordaram que haja reconhecimento e prestígio profissional. No que respeita à amostra registos, verificamos que ocorreu uma diminuição de diagnósticos identificados de 777 para 689 e o número de intervenções de enfermagem aumentou ligeiramente de 2908 para 2924, demonstrando maior precisão na atualização dos processos de enfermagem. Após a implementação do novo método a percentagem de Enfermeiros a iniciar o plano de alta aumentou de 14% para 21%, o que revela responsabilidade pelo planeamento da alta por parte do Enfermeiro Responsável e as visitas domiciliárias aumentaram de 25% para 75%.

Podemos concluir que há alterações positivas com a implementação do método de Enfermeiro Responsável para os clientes, funcionamento do serviço e para a satisfação dos enfermeiros.

Palavras-chave: Enfermagem, Gestão, Método de Enfermeiro Responsável, Satisfação, Qualidade dos cuidados em enfermagem.



## ABSTRACT

The way the health care delivery is organized by the nurse manager reflects how all the care made available by nursing team is planned and provided and has a direct impact on the quality of the assistance generated. The primary nursing is defined by the nurse's individual responsibility on the decision making in what regards the care provided to clients and reflects itself in the decentralization of the decision making process as well as in guiding the actions of others in absence of primary nurse. The purpose of this study is to contribute to an improvement in quality of the nursing care provided and therefore establishes the following objectives: description of the changes occurred once the primary nursing is implemented; analysis of the work satisfaction before and after the implementation of the primary nursing and analysis of the nursing healthcare records before and after such implementation. It is a descriptive study combined with the before and after evaluation of the primary nursing on a rehabilitation internment service of an hospital center in the north of Portugal. This study includes two non-probabilistic intentional samples composed by 14 nurse specialists in rehabilitation as well as the records of two groups of clients: 14 clients admitted along three months before the implementation of primary nursing and 14 clients admitted along three months after the implementation of primary nursing, totaling six months of records. The data was collected through three different instruments: a record observation guide and two self-fulfilling questionnaires that contained the EAST-Enf rating. The results of these analysis show that the average global satisfaction level increased from 56.71 to 60.43 after the implementation of primary nursing. In both moments (before and after), the nurses have higher levels of satisfaction in what regards the dimension *Satisfaction in the relationship with the team*, presenting an average score of 7.64 before primary nursing and 7.29 afterwards, in a ranking with maximum score of 10 and in the dimension *Satisfaction with the working context* presenting an average score of 11.21 before and 11.86 after the implementation of primary nursing in a ranking with maximum score of 15. There is a higher level of dissatisfaction in both moments of the dimension *Satisfaction with Promotions*, presenting an average score of 9.93 before and 11.21 after the implementation of primary nursing, within a maximum score of 35 and in the dimension *Satisfaction with Benefits and Rewards*, the data presents an average score of 6.57 before and 7.5 after the implementation, within a maximum score of 25. Regarding the nurses' opinion in what concerns the implementation of primary nursing, most of them stated that it provided more control over the client's evolution, that it generated a stronger impact in the client's overall satisfaction, that it improved the quality of the health care provided as well as more professional satisfaction and autonomy for the nurse. However, they did not agree that the implementation of primary nursing has generated more professional recognition and prestige. In what regards the sample of records, we verified that the number of identified nursing diagnostics reduced from 777 to 689 and the number of nursing interventions increased slightly from 2908 to 2924, emphasizing more accuracy in the update of the nursing processes. Once the new method was implemented, the ratio of nurses initiating the discharge plane increased from 14% to 21% which is indicative of accountability for the planning of discharge by the primary nurse. The home visits increased from 25% to 75%. We can conclude that the implementation of primary nursing generates positive changes for the clients, nurse's satisfaction and overall functioning of the service.

Key words: Nursing, Management, Primary nursing, Satisfaction, Quality in the health care services.



## ÍNDICE

<i>INTRODUÇÃO</i> .....	1
<i>PARTE 1 – CONTRIBUTO DO ESTADO DA ARTE PARA O ESTUDO DO MÉTODO DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL</i> .....	3
1 - Gestão de recursos humanos em enfermagem.....	5
1.1 Satisfação no trabalho .....	10
2 - Gestão de Cuidados de Enfermagem.....	17
2.1 Métodos de trabalhos.....	21
2.2 Processo Assistencial em Saúde.....	29
2.2.1 Processo de Enfermagem .....	31
3 - Ganhos em Saúde com Cuidados de Qualidade .....	35
3.1 Organização para a Qualidade dos Cuidados.....	39
<i>PARTE 2 – PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO</i> .....	43
1 - Planeamento do Estudo.....	45
1.1 Variáveis.....	47
1.2 População e Amostra .....	50
1.3 Instrumentos de Colheita de dados.....	51
1.4 Preparação da implementação do Método (experimento).....	53
1.5 Procedimentos Éticos.....	55
1.6 Procedimento de Colheita de Dados .....	56
<i>PARTE 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO</i> .....	59
1 - Amostras .....	61
2 - Satisfação dos Enfermeiros no trabalho .....	65
2.1 Antes e depois da implementação do método .....	65
2.2 Opinião dos Enfermeiros depois da implementação do método .....	81
3 - Registos de Enfermagem .....	85
3.1 Tempo de internamento .....	89
3.2 Plano de alta.....	92
3.3 Visitas Domiciliárias .....	93
4 - Evolução da satisfação e dos registos.....	95
<i>CONCLUSÃO</i> .....	101
<i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</i> .....	105
<i>ANEXOS</i> .....	113
ANEXO 1 – Questionário A.....	115
ANEXO 2 – Questionário B.....	121
ANEXO 3 – Pedido de autorização de Comissão de Ética .....	127
ANEXO 4 – Pedido de autorização aos autores da escala EAST-Enf .....	131

ANEXO 5 – Consentimento Informado de um Centro Hospitalar do Norte.....	135
ANEXO 6 – Sumarização de teste de hipótese .....	139
ANEXO 7 – Número de diagnósticos mais comuns correspondentes a cada foco de enfermagem .....	143
ANEXO 8 - Distribuição de diagnósticos de enfermagem mais comuns .....	147
ANEXO 9 – Distribuição de intervenções de enfermagem mais comuns.....	155

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Elementos fundamentais do Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável	25
FIGURA 2 - Diagrama da investigação.....	47
FIGURA 3 - Operacionalização do Método Enfermeiro Responsável no serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação.....	54
FIGURA 4 - Procedimentos de colheitas de dados.....	56

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - SEXO DOS ENFERMEIROS .....	61
GRÁFICO 2 - SEXO DOS CLIENTES .....	62
GRÁFICO 3 - DIAGNÓSTICOS MÉDICOS .....	63
GRÁFICO 4 - DISTRIBUIÇÃO DAS MÉDIAS POR DIMENSÕES DA SATISFAÇÃO .....	79
GRÁFICO 5 - OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DO MÉTODO DE TRABALHO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL .....	82
GRÁFICO 6 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES ANTES E DEPOIS .....	88
GRÁFICO 7 - DISTRIBUIÇÃO DAS ESPECIFICAÇÕES ANTES E DEPOIS .....	89
GRÁFICO 8 - DISTRIBUIÇÃO POR ENCAMINHAMENTO DO CLIENTE .....	90
GRÁFICO 9 - MÉDIA DE DIAS DE INTERNAMENTO .....	91
GRÁFICO 10 - DISTRIBUIÇÃO DO PROFISSIONAL QUE INICIOU O PLANO DE ALTA - ANTES E DEPOIS .....	92
GRÁFICO 11 - MÉDIA DE DIFERENÇA DE DIAS ENTRE O INÍCIO DO PLANO DE ALTA E O DIA DA ALTA .....	93
GRÁFICO 12 - VISITAS DOMICILIÁRIAS .....	94

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas .....	48
QUADRO 2 - Operacionalização da variável método de trabalho enfermeiro responsável..	48
QUADRO 3 - Operacionalização da variável satisfação dos enfermeiros no trabalho .....	48
QUADRO 4 - Operacionalização da variável registros de enfermagem .....	49
QUADRO 5 - Operacionalização das variáveis: dias de internamento, visitas domiciliárias e plano de alta .....	49
QUADRO 6 - Momentos de utilização dos instrumentos de colheitas de dados .....	52
QUADRO 7 - Satisfação no trabalho dos Enfermeiros .....	80

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição da opinião – Gosto do meu chefe - antes e depois.....	66
TABELA 2 – Distribuição da opinião – O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho - antes e depois.....	66
TABELA 3 – Distribuição da opinião – O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados - antes e depois.....	67
TABELA 4 – Distribuição da opinião – O meu chefe é injusto comigo - antes e depois .....	67
TABELA 5 – Distribuição da opinião – Os aumentos salariais são poucos e distantes - antes e depois .....	68
TABELA 6 – Distribuição da opinião – Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter - antes e depois .....	68
TABELA 7 – Distribuição da opinião – Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser - antes e depois .....	69
TABELA 8 – Distribuição da opinião – Tenho muito que fazer no meu trabalho - antes e depois .....	69
TABELA 9 – Distribuição da opinião – Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização - antes e depois .....	70
TABELA 10 – Distribuição da opinião – Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas - antes e depois.....	71
TABELA 11 – Distribuição da opinião – Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos - antes e depois .....	71
TABELA 12 – Distribuição da opinião – Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo - antes e depois .....	72
TABELA 13 – Distribuição da opinião – As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais - antes e depois.....	72
TABELA 14 – Distribuição da opinião – Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço - antes e depois .....	72
TABELA 15 – Distribuição da opinião – Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso - antes e depois .....	73
TABELA 16 – Distribuição da opinião – A comunicação parece boa dentro desta organização - antes e depois .....	74
TABELA 17 – Distribuição da opinião – O meu trabalho é agradável - antes e depois .....	74

TABELA 18 – Distribuição da opinião – Gosto de fazer o que faço no meu trabalho - antes e depois.....	75
TABELA 19 – Distribuição da opinião – Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho - antes e depois .....	75
TABELA 20 – Distribuição da opinião – Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho - antes e depois.....	76
TABELA 21 – Distribuição da opinião – Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado - antes e depois.....	76
TABELA 22 – Distribuição da opinião – Os objetivos desta organização não são claros para mim - antes e depois.....	77
TABELA 23 – Distribuição da opinião – Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados - antes e depois .....	77
TABELA 24 – Distribuição da opinião – Gosto das pessoas com quem trabalho - antes e depois.....	78
TABELA 25 – Distribuição da opinião – Gosto dos meus colegas de trabalho - antes e depois .....	79
TABELA 26 - Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem mais comuns relativamente a cada Foco de Enfermagem.....	86
TABELA 27 – Distribuição do tipo de Intervenções de Enfermagem .....	87



## INTRODUÇÃO

A discussão sobre a qualidade nas organizações de saúde tem recebido cada vez maior atenção, tanto entre os profissionais de saúde que centram o seu foco de preocupação na excelência dos serviços prestados como pelos utilizadores dos serviços de saúde, que são afinal a figura central do nosso sistema de saúde. É desafiante gerir visando promover a qualidade dos serviços prestados, perante recursos restritos e necessidades crescentes, aspetos sempre presentes na área da saúde e simultaneamente concretizar os objetivos organizacionais. Considerando a enfermagem como a profissionalização da capacidade humana de cuidar, é seu dever contribuir na gestão e coordenação dos serviços de saúde, sendo da exclusiva responsabilidade dos gestores de enfermagem a gestão dos serviços de enfermagem.

A importância da prática da liderança em enfermagem não difere na essência de outras áreas, no entanto sendo uma profissão complexa e constantemente sujeita a processos de mudança, o enfermeiro gestor é responsável por garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem devendo estar simultaneamente atento às necessidades dos clientes, à sua satisfação e, simultaneamente, motivar a sua equipa para uma prática de enfermagem com qualidade. Os gestores têm como objetivo fundamental, alcançar a implementação de um sistema de melhoria de qualidade, sustentados nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

O modo como poderá ser organizada a prestação de cuidados, cuja responsabilidade é do enfermeiro gestor, reflete como são pensados e prestados os cuidados por toda a sua equipa, espelhando-se na qualidade da assistência prestada. Para garantir uma prestação de cuidados individualizados, personalizados e de qualidade é essencial, na nossa opinião suportada pela experiência profissional e pela revisão da melhor evidência disponível, uma definição clara da metodologia de organização dos cuidados de enfermagem, bem como um suporte claro dos valores defendidos para os cuidados ou seja da filosofia de cuidar seguidas pela equipa.

Dos quatro métodos de trabalho de enfermagem mais referenciados, verificamos que um é centrado na tarefa, designado por método **funcional** e os restantes três centrados no cliente, o **individual**, por **equipa** e de **enfermeiro responsável**. O método de enfermeiro responsável caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de

decisão sobre os cuidados a serem prestados aos clientes que lhe são atribuídos, espelhando-se na descentralização da mesma e na autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência. Promove cuidados de enfermagem personalizados e individualizados contribuindo para uma melhoria da qualidade o que exige uma metodologia científica para o desenvolvimento do trabalho quotidiano.

O presente relatório pretende assim ser uma forma para divulgar um processo de pesquisa que desenvolvemos num serviço de reabilitação pelo que nos esforçamos por sintetizar a reflexão realizada sobre os conceitos, descrever o processo de investigação e enumerar as principais conclusões.

Organizamos o relatório da dissertação em três partes. Iniciaremos por uma descrição do contributo do estado da arte para o estudo do método de enfermeiro responsável, que corresponde ao quadro de referência que sustenta a investigação, onde são refletidos os conceitos. Enaltece-se que os colaboradores são os recursos organizacionais mais valiosos, assim como a importância de os manter motivados através do aumento dos seus níveis de satisfação, por forma a prestarem cuidados de qualidade. Salienta-se as competências do enfermeiro gestor bem como a importância de saber liderar na gestão de cuidados de enfermagem.

Posteriormente reflete-se sobre a influência das várias teorias de administração nos métodos de organização de cuidados de enfermagem, as suas vantagens e desvantagens e foca-se o método de enfermeiro responsável como contributo para a melhoria da qualidade. Destaca-se a importância do cliente e transições por estes vivenciados no processo assistencial em saúde, seguido da reflexão sobre o método científico de organização dos cuidados ao cliente, ou seja o processo de enfermagem.

Termina-se evidenciando a relevância da qualidade na saúde, embora subjetiva e de difícil definição, destacando o contributo da enfermagem para a mesma e reflete-se como organizar para a qualidade dos cuidados sob o método de enfermeiro responsável.

Na segunda parte designada por preparação do trabalho de campo, descreve-se como o processo de investigação foi realizado e na terceira parte, designada por resultados do trabalho de campo, são analisados os dados colhidos e interpretados à luz da questão de investigação e objetivos traçados, em confronto com as referências científicas. O relatório termina com a conclusão.

## **PARTE 1 – CONTRIBUTO DO ESTADO DA ARTE PARA O ESTUDO DO MÉTODO DE ENFERMEIRO RESPONSÁVEL**

A gestão hospitalar portuguesa sofreu nestes últimos anos reformas sobretudo na transformação das unidades de saúde em entidades públicas empresariais, enquadrando-se o novo modelo de gestão designado por nova gestão pública, fundamentado na adoção de ferramentas de gestão privada visando a melhoria dos serviços prestados, aumento da eficiência e flexibilidade da gestão (Ferreira e Da Silva, 2012). Através deste novo modelo, salientam as mesmas autoras, as competências de gestão de cada instituição são valorizadas, as medidas de avaliação de desempenho são colocadas em prática, elucidando os objetivos e missão das mesmas, bem como a transparência custo/benefício, relevando a qualidade dos serviços prestados em oposição à quantidade.

Perante as circunstâncias difíceis da atualidade, é desafiante gerir num paradigma de exigência, mudança e inovação que obriga a uma liderança de equipas, ciente que os colaboradores são os recursos organizacionais mais valiosos.

Com o objetivo de mergulhar no problema, num contexto do conhecimento, organizamos esta parte como um referencial que construímos em três pilares que correspondem a capítulos. O primeiro capítulo, que designamos por gestão de recursos humanos em enfermagem é constituído também pelo subcapítulo satisfação no trabalho. O segundo capítulo denominado por gestão de cuidados de enfermagem subdivide-se por dois subcapítulos, métodos de trabalho e processo assistencial em saúde, subdividindo-se este último no subcapítulo processo de enfermagem. O terceiro e último capítulo designado por ganhos em saúde com cuidados de qualidade contém o subcapítulo, organização para a qualidade dos cuidados.



## 1 - Gestão de recursos humanos em enfermagem

A gestão de recursos humanos pode ser vista no sentido estrutural, o que nos ajuda a compreender que desta área depende o sucesso da própria organização. Contudo, esta estrutura necessita de ser fortalecida no sentido do desenvolvimento e investimento, sendo que a natureza das organizações irá influenciar a forma como são tratados os recursos humanos. Recordemos que existe uma diversidade de organizações com tamanhos, características, estruturas e objetivos diferentes, viradas tanto para a produção de bens ou produtos como para a produção ou prestação de serviços, podendo ser lucrativas designadas como empresas ou não-lucrativas como por exemplo, os serviços públicos (Chiavenato, 2014), o que, naturalmente, olhares diferentes surgem sobre a gestão de recursos humanos.

As organizações, independentemente das suas bases financeiras e acesso à mais avançada tecnologia, são compostas de pessoas e o seu sucesso depende fundamentalmente da gestão de recursos humanos (Ferreira et al., 2010). As pessoas destacam-se entre os vários recursos organizacionais por serem o único recurso vivo e inteligente das organizações, caracterizado pelo seu carácter dinâmico e com potencial de desenvolvimento (Chiavenato, 2009), em que é crucial investir para o êxito das organizações.

Os sistemas de saúde são constituídos por organizações de saúde e estas (...) *configuram-se em instituições complexas, em que convivem projetos políticos bastante diferenciados entre si, influenciando a gestão e organização do trabalho* (Matos e Pires, 2006, p. 511). As organizações de saúde, como qualquer outro tipo de organização, defrontam problemas, desde o equilíbrio entre as receitas e as despesas até aos problemas de gestão da prestação de cuidados (Fradique e Mendes, 2013).

A sua complexidade deriva não apenas deste equilíbrio, mas também do desempenho das suas atividades proveniente de um conjunto de colaboradores diferenciados. Estes colaboradores diferenciam-se em termos de técnicas e conhecimentos mas conciliam-se e dependem-se entre si, em função de um objetivo comum, sendo (...) *necessário uma forte coesão interna entre os vários profissionais, para que através do indispensável equilíbrio*

*entre a produtividade e qualidade, se promova um aumento da capacidade de resposta externa (Rodrigues, 2014, p.10).*

A sua diferenciação decorre do contexto em que se inserem e do serviço prestado de acordo com Kurcgant e Massarollo (2016), podendo organizar-se de diversas maneiras como hospitais, centros de saúde, unidades de saúde familiares, unidades da rede nacional de cuidados continuados integrados, etc., sendo cruciais na sociedade tanto para quem usufrui dos seus serviços como para os que nelas exercem funções.

Dentro de uma organização de saúde, os enfermeiros são o maior grupo profissional e é expectável que a sua prestação de cuidados seja de qualidade, promovendo a autonomia e uma vida mais saudável aos seus clientes (Estabrooks (2008) cit. por Fradique e Mendes, 2013). Neste ponto de vista, importa salientar que:

*O trabalho de enfermagem (...) não produz bens (...) e sim serviços que são consumidos no ato da sua produção<sup>1</sup>, isto é no momento da assistência, seja ela coletiva, grupal ou individual (...) diferenciam-se de outros trabalhos de prestação de serviços, na medida em que lidam com um objeto humano, como os usuários, individualmente, os grupos sociais e populações, que trazem, aos serviços de saúde, demandas relacionadas ao processo saúde-doença, expressas como necessidades ou problemas de saúde (Felli e Peduzzi, (2005) cit. por Tanaka e Leite, 2008, p. 482).*

O grande desafio para os profissionais da área da saúde consiste em avaliar e melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como assegurar, em tempo útil e com custos adequados, o acesso a cuidados de qualidade (Sousa, et al., 2008). Para os gestores, torna-se desafiante conciliar os objetivos da organização e a satisfação individual dos seus colaboradores (Oliveira e Passos, 2013) sendo progressivamente reconhecido a importância do seu bem-estar, acrescido da inquestionável necessidade de os capacitar através de uma educação reflexiva e participativa (Mira, et al., 2016).

Para aumentar a competitividade e a capacidade de aprendizagem na organização, a gestão de recursos humanos engloba o seguinte conjunto de atividades: planeamento, que consiste em antecipar e determinar a necessidade de recursos humanos; obtenção, que se traduz na atração, seleção e recrutamento de potenciais novos colaboradores; formação / desenvolvimento, que consiste em formar sobre os conteúdos funcionais, contribuir para o desenvolvimento de competências e organizar planos de carreira; controlo / avaliação de

---

<sup>1</sup> Neste sentido, será utilizado o termo *cliente* nesta dissertação.

desempenho que se traduz em acompanhar e avaliar o desempenho; compensação/manutenção, que se fundamenta em gerir sistema de remunerações e incentivos, motivar e promover boas condições de trabalho, (Gomes et al., 2008; Almeida, 2016) promovendo o desenvolvimento de climas organizacionais positivos e relações laborais construtivas.

Para isso é necessário liderar eficazmente os recursos disponíveis, influenciando o comportamento de outros. A liderança, (...) *processo de influenciar e dirigir o comportamento das pessoas em direção ao alcance de objetivos* (Chiavenato, 2014, p. 360), é indispensável em todos os tipos de organizações.

De acordo com a *Global Leadership and Organizational Behavior Effectiveness* (GLOBE) um líder excepcional é a pessoa na organização que tem a capacidade de motivar, influenciar e capacitar outros a contribuírem para o sucesso da mesma (GLOBE, 2007). Salienta-se assim que o *processo de liderança está orientado para a consecução de objetivos organizacionais* (Fradique e Mendes, 2013, p.47) e de acordo com os mesmos autores, é crucial que todos os colaboradores de uma organização possuam conhecimento sobre estes, por forma a elevar a sua motivação refletindo-se na produtividade, cumprimento de metas e maior satisfação no trabalho.

Ao refletir sobre o papel do líder é fundamental lembrar a sua importância para a (...) *criação de um ambiente de confiança, pois será ele que o impele através de estímulos e do desenvolvimento de competências dos colaboradores, resultando num melhor desempenho e maior colaboração* (Fradique e Mendes, 2013, p. 47) por parte destes na organização.

A importância da prática da liderança em enfermagem não difere na essência de outras áreas. De acordo com a Tomada de Posição emitida pelo Internacional Council of Nurses (ICN) designado por "*Management of nursing and health care services*", a liderança, componente primordial da gestão, compreende (...) *a criação de um ambiente e de condições para o desenvolvimento contínuo e a qualidade de cuidados* (ICN, 2010, p.1). Aos líderes de enfermagem, profissão complexa e adjudicada a processos de mudança, é exigido competências que conduzam à concretização dos objetivos organizacionais e à satisfação dos profissionais bem como à melhoria da qualidade dos cuidados (Pereira et al., 2008). Liderar na enfermagem é:

*Saber conduzir, organizando o trabalho da equipa, visando um atendimento eficiente, pois o líder é o ponto de apoio para a equipa, quer na educação ou na coordenação do serviço, estimulando a equipa para desenvolver plenamente o*

*seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade da assistência* (Gelbcke et al., 2009, p.137).

Contudo, apesar da distinção entre os conceitos de chefia e liderança, de acordo com Pereira et al. (2008), na enfermagem estas posições sobrepõem-se regularmente, devendo o líder sobressair, ser reconhecido e aceite pelo grupo e não aquele que é chefe pelo estatuto socioprofissional mais elevado.

Nas últimas décadas, a liderança foi um dos temas mais estudados e pesquisados tendo emergido várias teorias e expressões onde destacamos as de liderança transacional na qual o líder se centra em recompensar, apreciar e valorizar os colaboradores pelo apoio e trabalho e a liderança transformadora onde a preocupação do líder consiste em criar uma visão e conduzir os colaboradores em função dessa visão (Chiavenato, 2014). O mesmo autor reforça que na liderança transacional ao contrário da liderança transformadora onde predomina a mudança, renovação e transformação, ocorre apenas manutenção do *status quo*.

Contudo, destacamos as teorias de traços de personalidade, as teorias sobre estilos de liderança comportamental e as teorias situacionais de liderança. As teorias de traços de personalidade são as mais antigas, nas quais os traços específicos de personalidade do líder distinguem-no das demais pessoas (Sousa e Santos, 2010).

As teorias sobre estilos de liderança comportamental referem-se aquilo que o líder faz, ou seja, a liderança era estudada em termos de estilos de comportamento do líder em relação aos seus subordinados, podendo estes ser autoritário, liberal e democrático (Sousa e Santos, 2010). Segundo os mesmos autores na liderança autoritária o líder impõe as suas decisões ao grupo, na liderança liberal, delega as suas decisões no grupo refletindo-se a sua ausência de controlo e na liderança democrática, estimula a participação democrática das pessoas, orientando e conduzindo o grupo.

Por último, nas teorias situacionais de liderança é destacado que cada situação requer um tipo de liderança, assumindo-se que para toda e qualquer situação, não existe um único estilo de liderança válido, antes devendo o líder ajustar o tipo de liderança a cada situação por forma a atingir a eficácia dos seus colaboradores (Cardoso, et. al, 2011). Nesta abordagem de acordo com os mesmos autores, o desafio é saber qual o estilo a aplicar em cada situação, com quem e em que circunstâncias, porque na prática o líder utiliza os três tipos de liderança em função da situação e dos colaboradores.

Sob este prisma realçamos a importância da liderança também na área da enfermagem, uma vez que influencia a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e essa qualidade depende significativamente do “líder” e do modo como este gere o serviço em termos humanos, técnicos ou ambientais (Fradique e Mendes, 2013).

Contudo, para a garantir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, é também fundamental o aperfeiçoamento e crescimento profissional dos seus enfermeiros (Mira, et. al, 2016) através da formação contínua e avaliação de desempenho como recurso para caracterizar a qualidade da *performance* profissional (Leite et. al (1997) cit. por Mira, et. al, 2016) no sentido de identificar metas de desenvolvimento de competências, motivando a sua equipa.

No entanto, acrescenta-se que, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), para manter e melhorar a qualidade de prestação de serviços de enfermagem é crucial uma adequada dotação de enfermeiros para alcançar índices de segurança aos clientes que recebem os seus cuidados (OE, 2014) e suprimir situações de absentismos consequentes do excesso de trabalho. Para um cálculo adequado da dotação de enfermeiros é crucial a utilização de (...) *metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população* (OE, 2014, p. 5).

Todavia, perante a crescente necessidade de racionalizar custos, Portugal no final de 2016, apresentou uma média de 6,58 enfermeiros por 1000 habitantes bastante distante da média global de 9,16 da OCDE (OE, 2016 a)). Estes dados refletem mais uma vez, a constante redução de recrutamento e seleção de enfermeiros nas organizações de saúde, processos cruciais na gestão de recursos humanos, com mútuos benefícios para a organização no sentido de aliciar e deter enfermeiros com grande potencial de conhecimentos e habilidades (Covey (2002) cit. por Mira, et. al, 2016) como para os enfermeiros, na oportunidade de desenvolver o máximo das suas capacidades.

Acrescido a isto, salienta-se a importância da comunicação eficaz, competência fundamental na gestão de recursos humanos, utilizada para coordenar, informar e motivar os colaboradores no entanto (...) *saber quando e como partilhar informações requer complexa compreensão das pessoas e das situações* (Alves, 2009, p.79). De acordo com as mesmas autoras, quando usada ineficazmente favorece conflitos, obstáculos à mudança, desmotivação e problemas interpessoais, devendo o enfermeiro gestor utilizá-la favorecendo o feedback, minimizando o atrito na sua equipa e com os demais, por forma a evitar acima de tudo, danos no cliente.

Por último, importa ainda realçar a importância da organização dos cuidados por parte do enfermeiro gestor, na gestão de recursos humanos. A organização dos cuidados, definida através do método de trabalho de enfermagem implementado espelha de acordo Parreira (2005) como são refletidos, planeados e concebidos os cuidados de enfermagem, refletindo-se na sua qualidade. Deste modo, definir antecipadamente qual o método que mais se adequa à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é primordial, sendo este o tema central deste estudo.

Conclui-se assim, que é espectável por parte do enfermeiro gestor competências que o aproximem dos seus enfermeiros e clientes como argumentar, negociar, dialogar e atuar perante conflitos acrescido da capacidade de sugerir e implementar mudanças no sentido da melhoria da qualidade dos cuidados a serem prestados (Greco (2004) cit. por Yamauchi, 2009) tendo em consideração a satisfação dos seus colaboradores componente fundamental na gestão de recursos humanos que será abordada no subcapítulo seguinte.

### **1.1 Satisfação no trabalho**

A satisfação dos colaboradores, pessoas com expectativas, necessidades e objetivos, também designados como clientes internos de uma organização, é uma componente fundamental na gestão de recursos humanos, pois comporta o motivo pelo qual estão dispostos a colaborar e fazer parte de uma organização. O desígnio das organizações consiste não só em produzir um impacto positivo nas pessoas que consomem o produto ou serviço como nas que trabalham na organização (Gomes, et al., 2008), premissa fundamental para a gestão dos recursos humanos.

O trabalho é uma componente imprescindível na vida da pessoa, não só como meio de sobrevivência mas também como meio de realização pessoal. As organizações são compostas de pessoas sem as quais não poderiam existir e as pessoas dependem delas, refletindo-se numa interação complexa e contínua (Chiavenato, 2014). A satisfação com o trabalho, provavelmente é a variável mais estudada no âmbito do comportamento organizacional (Pinha e Cunha et al., 2007) sendo este designado como *o estudo da dinâmica das organizações e como os grupos e indivíduos se comportam dentro delas* (Chiavenato, 2014, p. 347).

A organização é um sistema cooperativo racional, pois só atinge os seus objetivos se os seus colaboradores se esforçarem para alcançar aquilo que, individualmente, lhes é impossível, existindo assim expectativas por parte da organização quanto aos seus colaboradores e vice-versa, originando uma interação entre os dois designada por processo de reciprocidade (Chiavenato, 2014). Ou seja, de acordo com o mesmo autor, ao esperar que os seus colaboradores executem as suas tarefas, a organização concede recompensas e incentivos, e ao mesmo tempo os colaboradores dispõem-se a cooperar, esperando assim atingir também os seus objetivos pessoais.

Apesar da satisfação no trabalho estar implícita ou explicitamente relacionada com a produtividade dos trabalhadores, a sua definição no entanto, está mais próxima dos estados afetivos e das cognições que lhes estão associadas, ao invés da questão de produtividade, anulando a ideia de que os trabalhadores mais satisfeitos são simultaneamente os mais produtivos (Pinha e Cunha et al., 2007), por outras palavras a satisfação (...) *resulta da avaliação que as pessoas fazem do seu trabalho e da vida geral* (Pinha e Cunha et al., 2007, p.179).

Apesar da existência de várias definições de satisfação no trabalho, a mais conhecida é a de Locke (1976) que a define *como um estado emocional positivo ou de prazer, resultante da avaliação do trabalho ou das experiências proporcionadas pelo trabalho* (Cit. por Pinha e Cunha et al., 2007, p.180). Mais tarde, George e Jones (1999) circunscrevem-na como: *O conjunto de sentimentos ou crenças das pessoas sobre o seu atual trabalho. Os graus ou níveis de satisfação das pessoas sobre o seu trabalho podem ir da satisfação extrema à insatisfação extrema* (Cit. por Pinha e Cunha et al., 2007, p.180).

No entanto, podemos afirmar a existência de várias particularidades da satisfação no trabalho, segundo George e Jones (1999) *além de terem atitudes sobre o seu trabalho como um todo, as pessoas podem também ter atitudes sobre os vários aspetos do seu trabalho – como o tipo de trabalho que fazem, os seus colegas, supervisores ou subordinados e pagamentos* (Cit. por Pinha e Cunha et al., 2007, p.180). Consequentemente, os colaboradores podem estar satisfeitos numa das áreas e não em outras, várias áreas podem ser afetadas pela insatisfação de apenas uma e os antecedentes e causas de cada particularidade da satisfação são diferentes, como por exemplo a satisfação com a chefia resulta dos comportamentos desta e da interação que com ela é estabelecida, ao invés da satisfação com as tarefas, a qual resulta das características das mesmas (Pinha e Cunha et al., 2007).

Ao refletir sobre a satisfação no trabalho verificamos que se torna subjetiva dado que são vários os fatores que a influenciam e afetam os colaboradores de forma distinta (Ferreira e Loureiro, 2012) do mesmo modo que os objetivos e necessidades de cada um diferem entre si.

A motivação, variável mais apropriada para influenciar o desempenho e os resultados produtivos, difere da satisfação por se referir ao desenvolvimento de comportamentos em função de objetivos (Pinha e Cunha et al., 2007). Motivar consiste em dar significado para agir, mas para que se garanta a adoção de um comportamento pretendido é crucial demonstrar um motivo adequado, sendo que o maior comprometimento que um líder assume em face dos seus colaboradores é o esforço constante de motivar (Almeida, 2016), espelhando-se num grande desafio para a mudança em face das circunstâncias atuais.

A nível organizacional, surge o conceito de clima organizacional descrito como (...) *meio interno ou a atmosfera psicológica característica de cada organização* (Chiavenato, 2014, p. 368) que pode ser satisfatório ou insatisfatório, dependendo de como os colaboradores se sentem motivados ou não. A existência de uma dinâmica entre organização e seus colaboradores, elementar para a consecução dos objetivos de ambos, produz consequências positivas para os dois se houver equilíbrio, ou seja, para a organização manifesta-se em qualidade e quantidade de trabalho executado pelo seus colaboradores e para estes gera aumento do nível da realização pessoal, bem-estar e satisfação (Tamayo e Paschoal, 2003).

O conhecimento sobre as necessidades humanas dos colaboradores acrescido de como dispor da motivação para melhorar a qualidade dentro das organizações, é fundamental por parte dos gestores (Chiavenato, 2014).

Diversas teorias foram elaboradas para explicar a motivação no trabalho, contudo as mais divulgadas dividem-se em dois grupos, as teorias centradas no conteúdo e as centradas no processo (Ferreira, 2006). De acordo com a mesma autora, as teorias centradas no conteúdo procuram identificar o que motiva e sustenta o comportamento da pessoa e as teorias centradas no processo, visam compreender como é que o comportamento é orientado, definindo primeiro quais as variáveis necessárias para compreender as escolhas e o esforço.

Como teoria centrada no conteúdo, a Teoria da Hierarquia de Necessidades Humanas de Maslow (1943), teoria motivacional mais conhecida, baseia-se na premissa que (...) *as pessoas são motivadas pelo desejo de satisfazer conjuntos específicos de necessidades*

(Ferreira, 2006, p.112). Para Maslow, as necessidades humanas estão agrupadas em função da importância e influência no comportamento humano e subdivididas em necessidades primárias e secundárias, sob o formato de pirâmide, numa hierarquia de cinco níveis (Chiavenato, 2014).

As necessidades primárias compreendem as necessidades fisiológicas e as necessidades de segurança, sendo que as fisiológicas relacionam-se com a sobrevivência do indivíduo incluindo necessidades de alimentação (fome, sede), de abrigo (calor e frio) de sono e repouso (cansaço), desejo sexual, etc, situando-se no nível mais baixo as de segurança, emergem quando as anteriores estão relativamente satisfeitas, comportando necessidades como a procura de proteção contra a ameaça ou privação e fuga ao perigo (Chiavenato, 2014). De acordo com o mesmo autor, quando o colaborador apresenta uma relação de dependência para com a organização as necessidades de segurança podem ser postas em causa perante decisões incoerentes refletindo-se em sentimentos de incerteza e insegurança.

As necessidades secundárias, advêm do comportamento quando satisfeitas as necessidades primárias e compreendem as necessidades sociais, as necessidades de estima e as necessidades de autorrealização (Chiavenato, 2014). As sociais relacionam-se com as necessidades de associação da vida do indivíduo com outros como o desejo de associação, participação e de aceitação por parte de outros (Chiavenato, 2014), contudo quando não satisfeitas podem propiciar a frustração e resistência possibilitando contrariar os objetivos da organização (Ferreira, 2006).

As necessidades de estima, caracterizam-se pela forma como a pessoa se avalia e se vê englobando as necessidades de aprovação e reconhecimento social, prestígio e reputação (Chiavenato, 2014), que em contexto laboral espelham-se na motivação para o aumento da responsabilidade, reconhecimento e ganho de créditos pela organização pelos seus contributos (Ferreira, 2006).

As necessidades de autorrealização, situadas no topo da hierarquia, relacionam-se com a realização do próprio potencial e desenvolvimento contínuo ao longo de toda a vida incluindo as necessidades de autonomia, independência e realização do potencial de cada um (Chiavenato, 2014), por outras palavras, correspondem ao desejo de atingir tudo o que se pode vir a ser (Ferreira, 2006), refletindo-se em benefício organizacional pois quando atingidas, aumenta a satisfação no trabalho consequente das capacidades dos colaboradores estarem potencializadas ao máximo.

O aspeto fundamental da Teoria da Hierarquia de Necessidades Humanas de Maslow baseia-se na suposição de que à medida que os níveis mais baixos vão sendo relativamente atingidos, os níveis imediatamente acima passam a motivar o comportamento, ressaltando a flexibilidade da teoria, assumindo pelo seu próprio autor a existência de variações individuais sobretudo relacionadas com a intensidade das necessidades e o momento em que se manifestam como prioritárias (Chiavenato, 2014).

Mais tarde, também como teoria centrada no conteúdo, Herzvberg (1959) formulou a Teoria Bifatorial de Motivação-Higiene igualmente designada como Teoria dos Dois Fatores de Herzvberg (...) *para explicar o comportamento das pessoas em situação de trabalho* (Chiavenato, 2014, p.326) defendendo que o comportamento dos colaboradores depende de dois fatores, os higiénicos e os motivacionais.

Os fatores higiénicos designados também de *extrínsecos* correspondem às condições físicas e ambientais que rodeiam o individuo enquanto trabalha, ou seja, correspondem à perspetiva ambiental, são usados pela organização com o intuito de se obter a motivação dos colaboradores e representam as políticas da organização, tipo de supervisão, remuneração, benefícios sociais, relações humanas, condições de trabalho, etc. (Chiavenato, 2014). Possuem um carácter preventivo limitando-se a influenciar o comportamento dos colaboradores, mas quando precários provocam insatisfação (Ferreira, 2006).

Os fatores motivacionais, denominados também como *intrínsecos*, dizem respeito ao conteúdo e natureza do cargo em si, como a atração e desafio do próprio trabalho, realização, reconhecimento, responsabilidade e possibilidade de progresso. Proporcionam efeitos prolongados de satisfação, refletindo-se no aumento de produtividade, mas quando precários provocam ausência de satisfação (Chiavenato, 2014).

Os fatores higiénicos e motivacionais são independentes e com responsabilidade distinta pela satisfação, uma vez que é expetável para o colaborador a presença dos fatores higiénicos (remuneração, condições de trabalho, etc.) por isso a sua ausência ou precaridade geram insatisfação (Ferreira, 2006), contudo, os fatores motivacionais ao relacionarem-se com o que o colaborador desempenha (responsabilidade, reconhecimento e possibilidade de progresso), deverão ser enriquecidas por forma a aumentar a satisfação no trabalho (Chiavenato, 2014), refletindo-se na melhoria da qualidade nas organizações.

A Teoria da Equidade de Adams (1961-1963), teoria centrada no processo, caracteriza-se pelo princípio de que em situação de trabalho, o individuo compara-se continuamente com

os outros, as suas contribuições como a sua formação profissional, desempenho etc. e as compensações recebidas como as remuneração e reconhecimento etc. (Nidhi, 2015; Correia, 2010).

Adams, define a existência de inequidade quando há percepção por parte do indivíduo que a relação entre investimentos e resultados não são equivalentes entre ele e outros e perante a mesma, tendencialmente procurará alterar o seu comportamento através de níveis de desempenho e carácter das suas atitudes em função de cada caso (Correia, 2010).

A Teoria das Expectativas de Vroom (1964), teoria centrada no processo, baseia-se na premissa que a motivação do colaborador fundamenta-se nas expectativas de sucesso ou seja, é assumido que existe (...) *uma relação entre o esforço que se realiza e o rendimento no trabalho* (Ferreira, 2006, p.119), depreendendo que a motivação é uma função de três componentes, a expectativa, instrumentalidade e o valor.

A expectativa consiste em que a possibilidade de um esforço maior significará melhor desempenho, a instrumentalidade condiz com a relação entre uma boa potencialidade de desempenho irá refletir em resultados desejados e valor ou valência corresponde ao valor de determinadas recompensas ou resultados consequentes do desempenho (Ferreira, 2006). De acordo com a mesma autora, o colaborador encontra-se motivado ao pensar que tem possibilidade de executar uma determinada tarefa (instrumentalidade) e que ao realizá-la poderá obter a meta desejada (expectativa), à qual adjudicou grande valor (valor).

Após esta síntese sobre algumas teorias elaboradas sobre a motivação, reconhece-se que é fundamental que a motivação dos colaboradores seja alvo de permanente atenção por parte dos gestores das organizações, pois quanto maior for a motivação melhor será o desempenho e inevitavelmente haverá maior satisfação no trabalho. A satisfação no trabalho é claramente um indicador do clima organizacional, sendo a gestão de conflitos, a promoção e desenvolvimento de coesão, espírito da equipa e bom ambiente de trabalho, determinantes na motivação individual de cada trabalhador.

A satisfação dos profissionais é um fator imprescindível dos serviços de saúde associada à qualidade e aos resultados das organizações de saúde. Portugal possui um enquadramento legal sendo um dos critérios de avaliação permanente do Serviço Nacional de Saúde, segundo o disposto na Lei de Bases da Saúde, nomeadamente a Base XXX do Capítulo III (Lei nº 48/90 de 24 de Agosto). É igualmente destacada no âmbito das orientações defendidas para a Qualidade em Saúde inseridas no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016

(Portugal, 2012a)), ferramenta condutora para a melhoria dos cuidados de saúde, devendo ser também monitorizada, tal como a satisfação dos cidadãos.

Reflexo das exigências próprias do trabalho desempenhado, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional é um elemento importante face à *organização dos cuidados de enfermagem*, enunciado descritivo de qualidade do exercício profissional (OE, 2002).

Nesta lógica conclui-se que, é crucial que os Enfermeiros Gestores, à luz do Regulamento nº 101/2015, promovam o empenhamento e a motivação da sua equipa e façam a avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros, competências elementares na gestão de recursos humanos, por forma a identificar problemas e oportunidades com o propósito de melhoria contínua da qualidade.

## 2 - Gestão de Cuidados de Enfermagem

De acordo com ICN, a enfermagem é responsável por contribuir quer na gestão e coordenação dos serviços de saúde quer no planeamento e política de saúde tanto a nível local, nacional como internacional, por meio de papéis de gestão e liderança e associações profissionais de enfermagem (ICN, 2010). É acentuado que a gestão dos serviços de enfermagem é da responsabilidade exclusiva dos gestores de enfermagem.

É característico da área da saúde o antagonismo entre os recursos que são finitos e as necessidades que são crescentes. Consequência deste antagonismo em conformidade com Escoval (2003), para gerir é primordial respeitar o cumprimento dos objetivos definidos através do desenvolvimento de regras criteriosas e procurar fontes alternativas de financiamento. Neste sentido, gerir é definido como (...) *avaliar, responsabilizar, transmitir, exigir; para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento* (Escoval, 2003, p.24).

A enfermagem é a profissionalização da capacidade humana de cuidar e conforme é referido por Santos et. al (2013), a gestão de cuidados centra-se no cliente e suas necessidades, compreendendo ações educativas, administrativas e de cuidado em prol do mesmo ou seja, concentra-se em desenvolver condições e organizar o trabalho em função do processo de cuidar. A gestão de cuidados em enfermagem (...) *é um instrumento para alcançarmos a assistência e, como tal, contém a possibilidade de propor mudanças, implementá-las e instituir novas ações* (Felli, Peduzzi e Leonello, 2016, p. 29).

Engloba a coordenação do processo de realização do cuidado, bem como o planeamento, prestação e avaliação dos mesmos, gestão dos recursos humanos e materiais, liderança e capacitação da equipa de enfermagem, por conseguinte assenta na constante melhoria da qualidade assistencial e procura de melhores condições de trabalho (Santos, et. al 2013). Acrescido da *definição prévia dos objetivos da organização e da unidade, determinação do número, tipo de clientes e seu grau de dependência, pelos recursos humanos e materiais disponíveis e pelas características das instalações* (OE, 2004, p. 10).

No entanto é exigido aos enfermeiros gestores conhecimento, habilidades e atitudes que possibilitem a execução do seu trabalho com o propósito de obter resultados com eficiência

(Cunha e Neto, 2006), definindo-se estes, de acordo com a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança (APEGL) como *profissionais habilitados técnica e cientificamente para responderem com rigor, eficiência e eficácia aos desafios das organizações e das pessoas na garantia da qualidade dos cuidados prestados, aos vários níveis de atuação: prevenção, promoção e reabilitação* (APEGL, 2009, p.1).

Enfermeiros a exercer funções na área da gestão, deverão cooperar para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, de acordo com as seguintes competências expressas no Artigo 9º do Capítulo IV do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE): (a) executar, coordenar, organizar, supervisionar e avaliar a formação dos enfermeiros; (b) estabelecer normas e critérios de atuação e avaliar o desempenho dos enfermeiros, avaliar e propor recursos humanos necessários para a prestação dos cuidados de enfermagem, (c) propor protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação dos cuidados, (d) emitir parecer técnico sobre as instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem, (e) facilitar a aprendizagem dos formandos colaborando na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas; (f) participar na avaliação das necessidades da população e dos recursos existentes em matéria de enfermagem e propor a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem; (g) participar e promover estudos necessários à reestruturação, atualização e valorização da enfermagem (OE, 2015).

Dos registos encontrados verificamos que esta área do exercício profissional tem sido acompanhada do desenvolvimento da formação de gestão em enfermagem em Portugal. Em 1901 foi criada a Escola Profissional de Enfermeiros, em Lisboa, com dois níveis de formação, um composto pelo Curso Completo que acumulava, para além da habilitação mínima característica do Curso Ordinário, a formação em Economia Hospitalar, entre outras, porém só em 1965 foi aprovado um novo plano curricular onde, disciplinas como Administração de Serviços de Enfermagem estariam incluídos (Fernandes (1998) cit. por Ferreira, 2012).

Como referido pela mesma autora, na década de 80 definiu-se que a competência de administração era imprescindível para gerir unidades ou serviços e foram criados, o Curso de Pedagogia e Administração para enfermeiros especialistas, o Curso de Administração de Serviços de Enfermagem e a integração de disciplinas de Administração nos cursos de especialização.

No que respeita ao regime de carreira, somente há trinta e cinco anos é que os enfermeiros viram consagradas as funções de gestão na carreira de enfermagem (artigo 5º do Decreto-Lei nº 305/81) e apenas dez anos depois, ao estipular uma nova carreira da enfermagem pelo Decreto- Lei nº 437/91 foram estabelecidas três áreas de atuação: prestação de cuidados, gestão e assessoria, vendo-se contemplados o conteúdo funcional das categorias de enfermeiro chefe, de enfermeiro supervisor e do cargo de enfermeiro diretor, através do artigo 8º do referido decreto-lei.

Desde 2009, verificou-se uma desvalorização do papel de enfermeiro gestor por meio da publicação da carreira especial de enfermagem através dos Decretos-Leis nº 247/2009 e 248/2009 de 22 de Setembro. A atual carreira de enfermagem estrutura-se em duas categorias, a de enfermeiro e a de enfermeiro principal, onde o conteúdo funcional deste último, em função do artigo 10º de ambos os decretos, inclui para além das funções inerentes da categoria de enfermeiro, a gestão do processo de prestação de cuidados de saúde.

Não obstante, nesse mesmo ano, a APEGL documentou o *Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão*, ressaltando que *a gestão é uma área de intervenção da Enfermagem com uma importância estratégica e primordial para a qualidade dos cuidados prestados por qualquer unidade de saúde* (APEGL, 2009, p.1).

No entanto, numa perspetiva integradora do Modelo de Desenvolvimento Profissional, a OE reconheceu que é de alta relevância o exercício de funções de gestão de enfermeiros para assegurar a qualidade do exercício profissional destes profissionais, regulamentando a 10 de Março de 2015, o *Perfil de Competências de Enfermeiro Gestor*, em Diário da República. Este regulamento define Enfermeiro Gestor como:

*Enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiros 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 gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação de recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais, dos conflitos, entre outros* (Regulamento nº 101/2015, p. 5949).

Para efeitos deste regulamento, é definido dois domínios de competências acrescidas, as competências do domínio da gestão e as competências do domínio da assessoria.

Desempenhar um papel pró-ativo na definição de políticas de saúde corresponde à competência do domínio da assessoria de acordo com o Artigo 6º e no artigo antecedente,

estão as seguintes cinco competências do domínio da gestão: a) Garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera; b) Garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; c) Gerir serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos clientes em cuidados de saúde; d) Garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, e) Garantir a prática profissional baseada na evidência.

Desta forma, compete aos enfermeiros responsáveis pela gestão, *responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planejar e concretizar ações que visem melhoria e colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados* (Ribeiro et al., 2008, p.16).

Reforça-se neste sentido, que para garantir a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, competência no domínio da gestão, cabe ao enfermeiro gestor promover o planeamento da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente dos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros integrados na sua equipa, bem como assegurar a organização, coordenação e avaliação dos mesmos (Regulamento nº 101/2015, p. 5950).

Mantendo este raciocínio, a *organização dos cuidados de enfermagem*, enunciado descritivo dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE), salienta que *na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem* (OE, 2002, p.15), sendo a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, um dos elementos importantes face à organização dos mesmos. Acentua-se assim que o trabalho deverá ser organizado a partir de uma metodologia de planeamento após avaliada a situação (OE, 2004).

Concluimos conforme Frederico e Leitão (1999), para que seja permitido aos profissionais de enfermagem planejar o seu trabalho é crucial precisar previamente qual a metodologia de organização dos cuidados de enfermagem que mais se adequa à prestação de cuidados individualizados e personalizados sendo este assunto abordado no subcapítulo seguinte.

## 2.1 Métodos de trabalhos

Face à necessidade de melhorar as condições humanas perante os problemas sociais existentes foi iniciada uma reforma da enfermagem em Inglaterra, com o desígnio de melhorar as condições da vida humana por Florence Nightingale (Ferreira, 2012), pioneira da administração hospitalar e precursora da profissão de enfermagem.

No entanto, ao longo dos anos, várias teorias administrativas influenciaram a organização do trabalho no sector da saúde, nomeadamente na Enfermagem. Simultaneamente, novas conceções de cuidados de enfermagem e modelos de organização da prestação dos mesmos emergiram, fruto de aspetos como a adversidade diária retratada pela privação de recursos financeiros e humanos, a conquista da autonomia da profissão e a procura de níveis de qualidade mais elevados, tanto na prestação de cuidados como no desempenho profissional (Costa, 1999).

Estando a sua utilização dependente de diversos fatores determinados pelo contexto onde se concretizam os cuidados, vários são os métodos, com vantagens e desvantagens, usados na organização dos cuidados de enfermagem, assentando todos em quatro princípios: melhorar a qualidade dos cuidados prestados, reduzir a perda de recursos e tempo, suprimir a duplicação de esforços e pessoal e por último, facilitar e tornar mais seguro o trabalho das pessoas (Frederico e Leitão, 1999).

O número e tipo de clientes, o seu grau de dependência, as características das instalações, os objetivos da organização e das unidades de cuidados bem como os recursos materiais e humanos disponíveis, são aspetos a ter em consideração quanto à seleção do método de trabalho e organização dos cuidados de enfermagem (Frederico e Leitão, 1999). Da revisão da literatura podemos identificar com clareza quatro métodos de trabalho de enfermagem: o funcional, o individual, o de equipa e o método de enfermeiro responsável.

O **método funcional ou de tarefa**, descrito também como método tipo “linha de montagem” (Kron e Gray, 1994, p.13), fundamenta-se na distribuição de tarefas específicas antecipadamente padronizadas e definidas quanto à sua sequência e execução, para cada enfermeiro, numa unidade de cuidados, em que cada profissional de enfermagem é responsável pela concretização das mesmas (Frederico e Leitão, 1999; Costa, 1999). Fundamenta-se no princípio taylorista, caracterizado pelo aumento da produção através da eficiência do nível operacional, propósito fundamental de Frederick Taylor, maior figura da

administração científica, no qual se preconizava a divisão do trabalho, especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas (Chiavenato, 2014) refletindo-se num maior conhecimento sobre a tarefa e menos sobre o todo.

Apresenta como vantagens, o aumento do aproveitamento dos recursos humanos e da produtividade resultante do trabalho ser racionalizado, fragmentado e metódico, promovendo a eficácia quando há falta de enfermeiros (Kron e Gray, 1994, Frederico e Leitão, 1999, Matos e Pires, 2006). Em contrapartida, por os cuidados de cada cliente serem fragmentados, dificulta a relação enfermeiro/cliente, contradizendo os atuais objetivos e filosofia dos cuidados de enfermagem, pois a atenção em vez de ser centrada nas necessidades do cliente desvia-se para as necessidades do serviço e da organização. Neste sentido, preza-se a quantidade de trabalho em detrimento da qualidade, promove-se a insatisfação do cliente por não saber quem é o enfermeiro responsável pela prestação dos seus cuidados, acrescido da insatisfação profissional pela não permissão de individualização dos cuidados e estendido ainda à suscetibilidade de erros pelos quais é difícil de imputar responsabilidade (Frederico e Leitão, 1999).

No início da década de 1930, a preocupação das teorias de administração, em vez de ter em vista as regras e normas a serem cumpridas pelos trabalhadores, passou a ter como objeto o homem no trabalho e com os grupos, valorizando a variável pessoas, em oposição à variável estrutura, emergindo assim a Teoria das Relações Humanas (Chiavenato, 2014). A contribuição da experiência desenvolvida por Elton Mayo, numa fábrica de Hawthorne em Chicago (Chiavenato, 2014) concluiu que o nível de produção era determinado por expectativas grupais e normas sociais e não pela capacidade física ou fisiológica do colaborador e por conseguinte, passou a utilizar temas relativos à motivação humana, à liderança, à comunicação e à dinâmica de grupo (Frederico e Leitão, 1999), contestando os clássicos conceitos como a racionalização do trabalho, autoridade e hierarquia. Nesta lógica, serão debatidos os seguintes métodos de trabalho, o individual e o de equipa.

No **método de trabalho individual**, designado também por método de caso, ao contrário do método funcional, o atendimento não é fragmentado. Centra a sua atenção nas necessidades dos clientes, valorizando a personalização e individualização dos cuidados, por meio da distribuição de um limitado número de clientes em função do grau de dependência para cada enfermeiro, responsabilizando este, durante o turno de trabalho, pela prestação de cuidados globais aos clientes que lhe foram atribuídos (Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999; Costa, 1999).

Associado também ao surgimento das teorias de enfermagem e do processo de enfermagem, o enfermeiro é responsável por todos os cuidados, avaliando e coordenando os mesmos, tornando os planos de cuidados mais específicos, consequentes do melhor conhecimento do cliente nesse turno (Frederico e Leitão, 1999). No entanto, a responsabilidade última é a do enfermeiro responsável pela unidade, sobretudo pela supervisão e avaliação dos cuidados possuindo poder decisório em todas as etapas do processo (Kron e Gray, 1994; Pinheiro (1994) cit. por Costa, 1999).

Como vantagens, apresenta maior satisfação profissional, fruto da individualização dos cuidados, proporcionando aumento da responsabilidade e consequente capacidade de decisão, refletindo-se em planos de cuidados mais específicos (Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999). A satisfação do cliente também se eleva derivado a sentimentos de confiança pela percepção de quem é enfermeiro responsável pela prestação de todos os seus cuidados. Porém, Kron e Gray (1994) salientam a existência de planos de cuidados incompletos por avaliações realizadas por diversos profissionais de enfermagem ou pela escassez de tempo. Caracteriza-se também pela exigência de maior dotação de pessoal, mais conhecimentos por parte dos enfermeiros e assimetria nos cuidados prestados de um turno para o outro (Frederico e Leitão, 1999; Parreira, 2005).

O **método de trabalho de equipa** foi desenvolvido com o intuito de agrupar reduzidas porções de conhecimentos e informações num todo, isto é, quando fossem utilizadas equipas constituídas por profissionais de enfermagem com diferentes níveis de formação e capacidades (Kron e Gray, 1994). Neste sentido, as equipas são lideradas por um enfermeiro que aceita a responsabilidade de tomar decisões, tanto sobre as necessidades dos clientes como pelo planeamento, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem prestados (Frederico e Leitão, 1999).

Cada equipa é responsável por todos os cuidados prestados aos clientes a seu cargo e orientada por um líder, reconhecido internamente e designado de entre os enfermeiros, que coordena e planifica a distribuição dos cuidados de forma a maximizar as capacidades de todos os membros da sua equipa, consoante as competências e formações individuais de cada um (Costa, 1999; Frederico e Leitão, 1999, Parreira, 2005) e apesar de cada enfermeiro cooperar singularmente para a satisfação das necessidades do cliente, toda a equipa conhece as necessidades e problemas dos clientes a seu cargo pois são discutidas em grupo (Parreira, 2005).

Desta forma, o método de trabalho de equipa centra-se em quatro pressupostos fundamentais: todo o cliente tem o direito de obter o melhor atendimento possível com a equipa e em tempo disponível; para se proporcionar esse atendimento é fundamental um plano de cuidados; todos os profissionais de enfermagem têm o direito de ser ajudados na realização das suas funções; sob a liderança de um enfermeiro, um grupo de responsáveis pelos cuidados proporcionará melhor atendimento ao cliente do que trabalhando individualmente (Kron e Gray, 1994).

Como vantagens, o método de trabalho de equipa apresenta maior aproveitamento das capacidades de todos os enfermeiros que compõem a equipa apoiando os menos experientes, promove a dinâmica de grupo, contribui para melhorar a qualidade dos cuidados e fomenta a liderança e a comunicação (Frederico e Leitão, 1999; Parreira, 2005). Como limitações, o método exige maior número de recursos humanos e caso não haja correta distribuição e coordenação terá tendência para cair no método funcional. Requer grande dinamização de grupo e espírito de equipa, pois caso contrário, surgirão dificuldades de colaboração e comunicação entre enfermeiros, refletindo-se na prestação de cuidados ao cliente (Frederico e Leitão, 1999; Parreira, 2005).

No início da década de 50, surge através de vários autores, porém realçado por Peter Drucker, a Teoria Neoclássica, que de uma forma simplificada, representa a Teoria Clássica revista, melhorada e redimensionada aos atuais problemas administrativos (Chiavenato, 2014). Segundo o mesmo autor, caracteriza-se pelo pragmatismo e procura de resultados concretos e palpáveis, no qual a administração fundamenta-se em pressupostos como orientar, dirigir e controlar os esforços de todos os colaboradores para um objetivo comum.

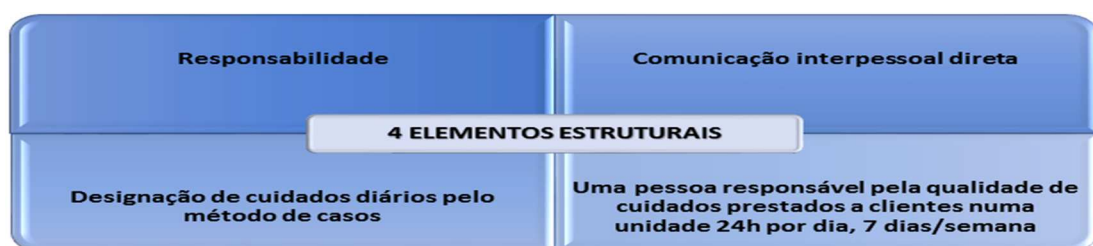
Na Administração por Objetivos (APO) ou por Resultados, método administrativo baseado na democracia, essencial na Teoria Neoclássica, os objetivos são definidos em conjunto pelos gestores e colaboradores, para que as responsabilidades definidas de cada um sejam em função dos resultados esperados, estabelecendo posteriores indicadores ou padrões de desempenho de possível avaliação (Chiavenato, 2014). Atualmente a APO (...) *serve de base para os novos esquemas de avaliação de desempenho humano, remuneração flexível e sobretudo, para a compatibilização entre os objetivos organizacionais e os objetivos individuais das pessoas* (Chiavenato, 2014, p.228). O mesmo autor acrescenta que o desempenho individual advém da eficácia dos colaboradores numa organização, sendo elementar quer à organização para poder funcionar, como ao próprio colaborador para alcançar satisfação.

Sob este prisma, debruçamo-nos sobre o **método de enfermeiro responsável**, originalmente designado de *Primary nursing*, denominado também por enfermagem primária ou de enfermeiro de referência, que consiste num sistema configurado para prestar cuidados de enfermagem a clientes internados (Manthey, 2014). Oriundo dos Estados Unidos da América, ganhou relevância em 1970, quando descrito e publicado pela primeira vez num jornal profissional por Manthey e seus colaboradores, espalhando-se gradualmente pelos Estados Unidos da América (Bowers, 1989, Manthey, 2009) apesar do termo já ter sido mencionado em 1959 por Russell Barton como *terapeutas primários* no seu trabalho para combater neuroses institucionais (Bowers, 1989).

O *Primary nursing* foi desenvolvido em 1969, durante um período de grave escassez de mão-de-obra numa unidade de saúde, designada por *Station 32*, da *University of Minnesota Hospital* (Manthey, 2014). Com o intuito de alcançar uma enfermagem de alta qualidade, melhorando o anterior método de trabalho, utilizou apenas os recursos disponíveis, ou seja, nenhum dos elementos da equipa foi escolhido em particular nem considerado excecionalmente qualificado. Descrito pela autora como uma iniciativa inovadora projetada para melhorar a assistência ao cliente – o *Milagre do Projeto 32* surgiu pela identificação de três problemas: a fragmentação do cuidado, canais de comunicação complexos e responsabilidade compartilhada.

Para Manthey, o exercício da profissão de enfermagem fundamenta-se numa avaliação independente das necessidades de um cliente refletindo-se na decisão do tipo e quantidade de cuidados que deverão ser prestados, onde a sua qualidade resulta do desempenho dos enfermeiros envolvidos nesta metodologia. O desempenho é consequente *da capacidade clínica, sofisticação de julgamento, da habilidade organizacional e qualidade de liderança, entre outros fatores* (Manthey, 2014, p. 37). Este método de trabalho caracteriza-se como um sistema de prestação de cuidados de enfermagem composto por quatro elementos fundamentais, como podemos ver na figura 1.

FIGURA 1 – Elementos Estruturais do Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável



Fonte: Adaptado dos conceitos de Manthey (1980) cit. por Carmona e Laluna, 2002, p.14

A essência do *Primary Nursing*, que o diferencia dos restantes métodos de trabalho, consiste na atribuição da responsabilidade individualizada pelas tomadas de decisão em relação aos cuidados de enfermagem a serem prestados ao cliente (Manthey, 2014). Isto é, o enfermeiro responsável é responsável por decidir como o cuidado deverá ser prestado aos seus clientes numa base diária contínua e para além de os decidir, simultaneamente presta cuidados (Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999; Magalhães e Juchem, 2000; Manthey, 2014), ao contrário do método de trabalho de equipa onde o plano de cuidados resulta de um processo de tomada de decisão em grupo e é liderado por um membro da equipa, e dos métodos de trabalho funcional e individual, onde normalmente as decisões são feitas pelo enfermeiro gestor.

No entanto, é salientado por Manthey (2014) que para que assim suceda é necessária atenção sobre alguns aspetos fundamentais. A aceitação da responsabilidade deverá ser visível quer para o cliente e sua família como para toda a equipe multidisciplinar devendo ser assumido perante todos quem é o Enfermeiro Responsável.

O enfermeiro responsável é responsável por disponibilizar as informações clínicas essenciais para que outros prestem os cuidados por si decididos na sua ausência, pois é humanamente impossível a sua presença 24 horas por dia, sendo o processo de enfermagem vantajoso no cumprimento das tomadas de decisão realizadas (Parreira, 2005; Manthey, 2014). Neste sentido, perante alguma alteração na condição do cliente as decisões do Enfermeiro Responsável deverão ser alteradas pelos membros da sua equipe, designados por Enfermeiros Associados (Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999; Magalhães e Juchem, 2000; Parreira, 2005; Manthey, 2014).

O planeamento da alta é da responsabilidade do enfermeiro responsável, devendo este certificar-se caso necessário, quem será responsável pela prestação de cuidados fora do hospital e prepará-los de forma eficaz e segura (Frederico e Leitão, 1999; Manthey, 2014). Em casos de transferência para outra unidade de saúde, Manthey (2014) reforça que deverá transmitir todas as informações essenciais proporcionando uma transição tranquila.

Quanto à designação de cuidados diários pelo método de caso, caracteriza-se pela prestação total dos cuidados de enfermagem exclusivamente por um profissional, proporcionando mais facilidade nas tomadas de decisão quer nos planos de cuidados como nos planos de alta (Manthey, 2014).

Em relação à comunicação interpessoal direta, esta caracteriza-se pelo estreitamento da pirâmide de comunicação ou seja, um cuidador deverá comunicar diretamente com outro

cuidador e de igual forma, com os restantes elementos da equipa multidisciplinar podendo estes ter informações pertinentes que influenciam as tomadas de decisão e vice-versa, devendo o Enfermeiro Responsável ser responsável por iniciar a comunicação direta (Kron e Gray, 1994; Manthey, 2014).

Por último, salienta no que toca a uma pessoa operacionalmente responsável pela qualidade do atendimento prestado aos clientes numa unidade 24 horas por dia, sete dias por semana, significa como acima referido, que na ausência do enfermeiro responsável, os membros da sua equipa, designados por enfermeiros associados, deverão seguir o plano de cuidados estabelecido pelo Enfermeiro Responsável e alterá-lo perante alguma mudança na condição do cliente (Kron e Gray, 1994; Frederico e Leitão, 1999; Magalhães e Juchem, 2000; Parreira, 2005; Manthey, 2014). Por consequência, o enfermeiro responsável é também enfermeiro associado de outros enfermeiros responsáveis (Kron e Gray, 1994; Parreira, 2005; Manthey, 2014), podendo em qualquer dia ter sob os seus cuidados dois a quatro clientes seus como alguns clientes de outro enfermeiro responsável, quando este está de folga seguindo os seus planos de cuidados como enfermeiro associado (Manthey, 2014).

Sob este prisma, revela-se ser um método caracterizado pela tomada de decisão descentralizada, ou seja, a tomada de decisão é realizada por cada Enfermeiro Responsável, estando este autorizado a direcionar as ações de outros enfermeiros (associados) a prestarem os mesmos cuidados na sua ausência (Manthey, 2014). Consequente desta descentralização, a atribuição de enfermeiros responsáveis exige uma formação global de base qualificada com conhecimentos técnicos, científicos e relacionais elevados por parte dos enfermeiros (Parreira, 2005), acrescido de experiência laboral sendo a sua certificação da responsabilidade do Enfermeiro Gestor, para que atuem em segurança, estendendo-se também à responsabilidade de ensinar, avaliar e supervisionar as decisões tomadas e em situações de discordância, deverá sugerir alternativas fomentando novas tomadas de decisão por parte dos Enfermeiros Responsáveis (Manthey, 2014).

Existem estudos realizados sobre a satisfação profissional do enfermeiro como a satisfação do cliente após a implementação deste método de trabalho, que damos como exemplo o estudo de Zetta et al. (2010), numa Unidade de Cuidados Intensivos com o objetivo de identificar quais as atitudes dos enfermeiros quando à implementação e uso deste método de trabalho onde se concluiu que as atitudes dos enfermeiros para a implementação do mesmo foram positivas e concordaram no impacto positivo para os seus clientes quer em

termos de satisfação quer em termos de autonomia dos mesmos. O estudo de Allen e Vitale-Nolen (2005) chega à mesma conclusão.

Allen e Vitale-Nolen (2005) salientam que para Manthey (1980), embora seja o enfermeiro a identificar quanto e que tipo de cuidados de enfermagem são necessários, com a utilização deste método, o cliente e o enfermeiro são mutuamente responsáveis em definir quais os resultados desejados dos cuidados que serão prestados, fruto da relação estabelecida entre ambos. Outra das conclusões do estudo de Allen e Vitale-Nolen (2005) realizado num hospital psiquiátrico foi que a relação enfermeiro/cliente promovida por este método capacita os enfermeiros responsáveis, que são quem melhor conhecem o cliente, a estabelecer um melhor plano de cuidados.

No estudo realizado por Lundgren et al. (2005) num serviço de internamento misto de cirurgia e medicina concluiu-se que mesmo com redução simultânea do número de enfermeiros e implementação do método de Enfermeiro Responsável, existe mais tempo para a realização do plano de cuidados. Acrescenta-se também que através da análise crítica realizada por Carmona e Laluna (2002), a sete estudos sobre a implementação deste método de trabalho concluíram que a qualidade da assistência prestada pelo enfermeiro é elevada e a sua implementação depende crucialmente dos enfermeiros alterando o seu referencial em direção à competência profissional, necessitando de investir no seu conhecimento científico.

Sintetizando, este método apresenta como vantagens a criação de uma relação mais profunda entre enfermeiro/cliente, promovendo a continuidade dos cuidados, personalização dos mesmos e segurança do cliente desde a admissão até a alta. Confere maior autonomia e responsabilidade ao enfermeiro, é o que melhor se adequa à aplicação do Processo de Enfermagem e facilita o planeamento da alta (Frederico e Leitão, 1999; Parreira, 2005). Como limitações de acordo com os mesmos autores apresenta difícil implementação quer pelo tipo de horários praticados, trocas no horário e quando a taxa de rotação de clientes é elevada, exige uma maior dotação de pessoal e elevados níveis de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais dos enfermeiros.

## 2.2 Processo Assistencial em Saúde

Consagrar o cidadão como a figura central do sistema de saúde permitindo a sua participação no processo decisório face à sua saúde tornou-se o princípio vital de todo o processo assistencial. De acordo com a Coulter (2002) o cidadão é *decisor, gestor e coprodutor de saúde, avaliador, agente de mudança, contribuinte e ativo a influenciar os decisores de saúde* (Carta de Otowa, 1986 cit. por Portugal, 2012c, p. 5).

De acordo com o PNS 2012-2016, o cidadão tem o direito e o dever de participar no planeamento e prestação dos cuidados, mas para isso é necessário que estes cuidados sejam individualizados e personalizados, sendo da responsabilidade exclusiva dos profissionais de saúde (Portugal, 2012c). É crucial que os cuidados de saúde sejam centrados nos clientes e suas famílias, identificando quais as suas necessidades e expectativas por forma a permitir que sejam igualmente decisores do processo assistencial.

A Enfermagem ao afirma-se como disciplina, possui *um campo de intervenção próprio tomando por objeto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida* (OE, 2007a, p. 6). O atual desempenho profissional dos enfermeiros progrediu de uma lógica particularmente executiva, quase subordinada às atividades delegadas pelo médico, para uma lógica progressivamente mais conceptual (Paiva, 2004). Este autor destaca que por intermédio da produção e aplicação de conhecimentos refletindo-se no desenvolvimento de novas competências, os enfermeiros têm vindo a responder a novas necessidades em cuidados de saúde.

Sob este prisma, cientes que todo o Ser Humano sofre variadíssimas transições ao longo da vida, essas transições recaem no domínio da enfermagem *quando dizem respeito à saúde ou doença ou quando as respostas para a transição se manifestam em comportamentos relacionados com a saúde* (Meleis, 2010, p.25). Isto é, os enfermeiros estão perante pessoas que estão a vivenciar uma transição *quando e se esta está relacionada com a saúde, bem-estar e na capacidade de se cuidar a si mesmo* (Meleis, 2010, p.11).

Nos últimos trinta anos, o conceito de *transição*, muito discutido por Meleis e seus colaboradores, tornou-se um conceito central na Enfermagem. A autora define-o como:

*A passagem de uma fase de vida, condição ou estado para outro, é um conceito multidimensional que engloba os elementos do processo, o intervalo*

*de tempo e as percepções. O processo sugere fases e sequências, o intervalo de tempo indica um fenómeno em curso limitado e a percepção tem a ver com o significado da transição para a pessoa que a experimenta* (Meleis, 2010, p.25-26).

Por outras palavras, as transições são tanto *o resultado de, como resultam de mudanças na vida, saúde, relações e ambientes* (Meleis et al., 2000, p.13) das pessoas. À vista disso, traduz um conjunto de padrões de resposta ao longo de um período de tempo consequente de uma mudança nas relações de papéis, no estado de saúde, nas expectativas ou habilidades (Meleis e Trangenstein, 1994).

Existem distintos tipos de transições com os quais os enfermeiros lidam na interação com os clientes e suas famílias podendo estas ser sequenciais ou simultâneas (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010). As transições desenvolvimentais estão associadas às fases do ciclo da vida, como a passagem da fase adulta para a terceira idade, as situacionais estão associadas a eventos que implicam uma mudança de papéis na pessoa como a perda ou ganho de um membro na família, tal como a morte ou o nascimento e as saúde-doença estão associadas a eventos de saúde / doença como o diagnóstico de uma doença crónica (Meleis e Trangenstein, 1994; Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Certo é que, *em todas as transições está inerente a necessidade da pessoa incorporar novo conhecimento, alterar comportamentos, e assim, alterar um conceito de si num contexto social* (Silva, 2011, p.27). Meleis e seus colaboradores ressaltam que os principais cuidadores dos clientes e suas famílias que experienciam transições e assistem às alterações e exigências consequentes destas nas suas vidas quotidianas são os enfermeiros, pois tanto facilitam o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com experiências de saúde e doença como preparam os clientes para transições iminentes (Meleis et al., 2000).

Daí acentuar-se que *(...) a enfermagem tem sido considerada como uma ciência preocupada e orientada para a compreensão e conhecimento da forma como os seres humanos lidam e vivem os desafios que as alterações nos seus estados de saúde e as transições que experimentam lhes colocam* (Pereira, 2009, p.41).

Como o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de atuação multiprofissional, os cuidados de enfermagem, de acordo com o REPE são as intervenções realizadas pelos enfermeiros no âmbito das suas qualificações (OE, 2015) sendo reconhecidos dois tipos de intervenções de enfermagem, as interdependentes e as autónomas.

As intervenções interdependentes são as iniciadas por outros técnicos como as prescrições médicas, nas quais o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua implementação; as intervenções autónomas, são iniciadas pela prescrição do próprio enfermeiro, assumindo este a responsabilidade por essa prescrição e implementação técnica da intervenção (OE, 2002). Nas intervenções autónomas, é imprescindível uma abordagem sistémica e sistemática na tomada de decisão visto que para isso, o enfermeiro:

*(...) identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a identificação do problema do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados (OE, 2002, p.10).*

Corroborando com Silva (2011) todos os profissionais de enfermagem tomam decisões, pois ao julgarem sobre as necessidades das pessoas, decidem que intervenções irão implementar. Estas decisões dizem respeito (...) *às múltiplas realidades vivenciadas pelas pessoas e que implicam mudanças nas suas vidas sejam (...) mudanças situacionais, desenvolvimentais, ou de uma situação de saúde para um quadro de doença* (Silva, 2011, p. 30). A mesma autora salienta a complexidade destas realidades, pois cada pessoa que a experiencia vive-a de forma diferente, concedendo-lhe significados diferentes. Por isso e salientando Doenges e Moorhouse (2010), é dever dos profissionais de enfermagem apoiar os clientes na definição dos seus próprios objetivos de saúde e ajustar os cuidados por forma a refletir os valores dos clientes.

### **2.2.1 Processo de Enfermagem**

Ao longo da evolução da profissão de enfermagem foram surgindo vários conceitos de “processo de enfermagem” com o propósito de organizar o processo de conceção dos cuidados de enfermagem. Porém, *a visão do processo de enfermagem enquanto ferramenta que na prática sustenta os processos de pensamento para a tomada de decisão foi introduzida em 1961 por Orlando* (Pereira, 2009, p.48). No entanto, serão descritas três gerações distintas para melhor compreensão da evolução do seu conceito.

No período entre 1950 e 1970, o modelo de processo de enfermagem consistia em quatro fases, a colheita de dados, o planeamento, a implementação e a avaliação (Almeida e

Lucena, 2011). O foco do cuidado de enfermagem prendia-se a determinadas condições fisiopatológicas circunscrevendo como propósito do processo de enfermagem, a identificação e resolução de problemas, sendo conseqüentemente rotinizado.

Mais tarde, entre as décadas de 70 e 90, o processo de enfermagem passou a incluir o diagnóstico de enfermagem, caracterizando-se assim como processo dinâmico e multifacetado baseado no raciocínio e no pensamento crítico, contribuindo para a gestão de informações sobre os indivíduos e na tomada de decisão em relação às intervenções de enfermagem. Por conseguinte, surgiu a necessidade de desenvolver uma linguagem padronizada dos problemas de saúde diagnosticados e cuidados pelos enfermeiros.

Por último, de acordo com as mesmas autoras, a partir da década de 90, o foco do processo de enfermagem, centrou-se na especificação e na avaliação dos resultados dos clientes suscetíveis às intervenções de enfermagem e simultaneamente constatou-se o uso de sistemas de classificação no ensino, pesquisa e prática clínica concedendo à profissão documentar o seu trabalho em sistemas informatizados.

O processo de enfermagem *é um método eficiente de organizar os processos de pensamento para uma tomada de decisão clínica, resolução de problemas e para a prestação de cuidados individualizados e de alta qualidade* (Doenges e Moorhouse, 2010, p.3). Devendo ser compreendido como um meio e não como um fim em si mesmo, representa um instrumento ou modelo metodológico utilizado para beneficiar o cuidado, organizar condições necessárias à realização do mesmo e documentar a prática profissional (Garcia e Nóbrega, 2009).

O processo de enfermagem compreende 5 etapas concretas, a Avaliação inicial, o Diagnóstico, o Planeamento, a Implementação e a Avaliação final. Doenges e Moorhouse (2010) definem a avaliação inicial como a recolha sistemática de dados sobre o cliente, o diagnóstico, como a análise dos dados colhidos identificando os problemas e necessidades dos clientes. A definição de planeamento consiste na identificação de objetivos e resultados desejados pelo cliente, enfatizando a saúde avaliada e as necessidades de bem-estar, e na escolha de intervenções de enfermagem auxiliando o cliente a alcançar os resultados. A implementação compreende a execução do plano de cuidados e a avaliação final consiste na avaliação do progresso do cliente quanto aos resultados identificados, monitorização das intervenções de enfermagem estabelecidas e da resposta do cliente, no sentido de alterar o que for necessário.

Sintetizando, recolhe-se dados (avaliação inicial), identifica-se as necessidades dos clientes (diagnóstico de enfermagem) determina-se objetivos, resultados e intervenções de enfermagem auxiliando o cliente a atingir os objetivos e resultados (planeamento), desempenha-se as intervenções (implementação) e avalia-se a eficácia do plano implementado no sentido de identificar se os objetivos e resultados foram alcançados (avaliação final) (Doenges e Moorhouse, 2010). As mesmas autoras relevam que inevitavelmente terá de se identificar mais problemas, modificar os resultados/objetivos esperados ou alterar as intervenções caso se detete a existência de necessidades ou problemas por resolver. Acrescentam, que as etapas do processo de enfermagem relacionam-se entre si, apesar de definidas separadamente, formando um ciclo contínuo de pensamento e ação que se recicla enquanto houver contato entre o cliente e o sistema de saúde.

A continuidade dos cuidados é crucial nos serviços de saúde, nesta lógica enaltece-se o planeamento da alta como referido por Menoita et al. (2012) inicia-se no momento da admissão numa unidade de cuidados e apesar da decisão da alta hospitalar ainda estar muito centrada na figura médica e não na equipa de saúde,

*(...) deverá passar por um conjunto de atividades prosseguidas por uma equipa interdisciplinar de prestação de cuidados, ao longo do internamento, que facilitam a promoção da independência e a transferência adequada e em tempo útil à pessoa, de uma instituição para a comunidade, ou para outra instituição, onde a continuidade da prestação de cuidados fique assegurada (Marques (2000), cit. por Menoita et al., 2012, p.26-27).*

Considerado como um dos elementos importantes face à readaptação funcional, Enunciado Descritivo dos PQCE (OE, 2002), o planeamento da alta é definido como um processo complexo que requer uma comunicação permanente entre o cliente, a sua família e os diversos membros da equipa multidisciplinar e uma ligação com quem na comunidade poderá providenciar se necessário, cuidados, serviços e equipamentos materiais e sociais (Portugal, 2004).

Nesta sequência, a gestão da informação constitui um desafio marcante nas instituições de saúde (Crossetti, et al., 2011). A sua pertinência resulta da sua mais-valia para as decisões clínicas, continuidade e qualidade de cuidados, gestão, formação, investigação e para os processos de tomada de decisão (OE, 2007b). Assim a evolução do conceito processo de enfermagem tem sido acompanhado pelo desenvolvimento de taxonomias e classificações de enfermagem, nomeadamente centradas em diagnósticos, intervenções e resultados (Pereira, 2009).

Em Portugal, há duas décadas que emergiu o primeiro contributo, através da investigação de Silva (2006), para implementação de uma linguagem comum, a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE). Os Sistemas de Informação em Enfermagem devem dar (...) *visibilidade ao contributo dos enfermeiros para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e, acima de tudo, aumentando a qualidade das decisões em saúde pelo acesso a informação sobre uma parte muito significativa da vida destas organizações* (Silva, 2006, p.306). Nesta perspetiva, foi optado a linguagem comum da CIPE no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) desenvolvido pelo Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde objetivando a informatização dos registos de enfermagem realizados em unidades de saúde (Cunha e Mota, 2007). O atual sistema de informação designado por *SCLínico* inclui as duas aplicações o SAPE e o Sistema de Apoio ao Médico, tornando a atuação dos profissionais de saúde mais eficaz e eficiente possibilitando uma melhor assistência e acompanhamento dos clientes.

Conclui-se neste sentido, em concordância com Currell e Urquhart (2003) cit. por Mota, et al. (2014) que a gestão da informação clínica é crucial para atividade dos profissionais de saúde e existe uma relação direta entre a qualidade dos cuidados e a qualidade da informação acessível a esses profissionais.

### 3 - Ganhos em Saúde com Cuidados de Qualidade

Atualmente a discussão sobre a qualidade nas organizações de saúde tem sofrido uma ascensão rápida entre profissionais de saúde, sendo a excelência dos serviços prestados o foco em questão. Simultaneamente, os utilizadores dos serviços de saúde têm expectativas cada vez mais elevadas, exigindo informação mais transparente sobre o desempenho das organizações, participação nas decisões e maior comprometimento dos prestadores de serviços. A preocupação com a sua avaliação tem crescido também consideravelmente, espelhando-se na utilização de instrumentos, métodos e modelos de avaliação da qualidade característicos da indústria para a área da saúde (Gomes, et al., 2014).

O conceito ou filosofia da qualidade existe desde há muito tempo não havendo concordância entre os vários académicos quanto ao seu início. Nutre de vários contributos e definições como de Juran e Taguchi, defendendo que a qualidade de um produto ou serviço centrava-se nas consequências que poderiam gerar no consumidor, Crosby e Ishikawa centravam-se nos resultados, na conformidade com os requisitos e Deming enfatizava o processo de realização (António, Teixeira; 2009).

Como evidenciado por António e Teixeira (2009) apesar da própria filosofia da qualidade defender a não existência de absolutos, não é fácil tentar definir qualidade pois para além de se querer definir algo que pode e deve ser considerado sob diversas perspetivas, é difícil caracterizar sinteticamente algo complexo e multifacetado. No entanto, concordamos que qualidade é *um conjunto de propriedades de um serviço (produto) que o tornam adequado à missão de uma organização (empresa) concebida como resposta às necessidades e legítimas expectativas de seus clientes* (Mezomo, 2001, p.73).

Em contexto de saúde, a sua definição também possui vários aspetos e diferentes autores utilizam significados distintos, tendo sido identificado por Quinti (2001) no contexto dos sistemas europeus de saúde, 60 abordagens diferentes do tema da qualidade dos serviços de saúde (Serapioni, 2009), ou seja, depende da perspetiva e valores de quem a define.

Embora a preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde remonte há vários anos, passando por Florence Nightingale e Ernest Codman (Campos, et al., 2010) nos últimos anos, independentemente do tipo de sistema de saúde adotado e nível de desenvolvimento económico, é considerada um componente estratégico na maioria dos países (Serapioni, 2009). Num atual contexto de mercado cada vez mais competitivo a

qualidade deixou de ser uma opção e passou a ser uma obrigação, sendo o aumento da produtividade, atenuação de custos e satisfação dos clientes, fatores determinantes para a sobrevivência e crescimento das organizações (Mezomo, 2001). Em 1993, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: *um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde* (Cit. por D’Innocenzo, et al., 2006, p. 85).

Em Portugal, no PNS 2012-2016 é adotada a definição de qualidade em saúde do Programa Ibérico de 1990, (Campos, et al., 2010) precisando-a como (...) *a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão* (Saturno et al. (1990) cit. por Portugal, 2012 a), p. 2). É igualmente reforçado neste documento, que os cuidados de saúde deverão ser desempenhados da melhor forma possível e adequados às expectativas e necessidades do cidadão.

Salienta-se então, que embora seja um conceito subjetivo e abstrato, deverá ser compreendido como um produto final de uma rede de trabalho constituída por vários prestadores com diferentes formações do qual o resultado final é consequente do trabalho de todos (Ribeiro et al., 2008). Assenta em diferentes perspetivas, a do utilizador dos serviços de saúde, a dos profissionais e a do gestor (Portugal, 2012a) e deve ser compreendida *como uma extensão da própria missão da organização, que é atender e exceder as necessidades e expectativas dos clientes* (Mezomo, 2001, p. 73)

Por forma a medir tal complexo conceito, reconhecido mundialmente em investigação de qualidade em saúde, o médico Avedis Donabedian (1919-2000), considerou a eficácia, a efetividade, a eficiência, a otimização, a adequação, a legitimidade e a equidade como atributos da qualidade nos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

A eficácia diz respeito à capacidade das ciências e tecnologias da saúde em proporcionarem melhorias do estado de saúde, ou seja, corresponde às referências provenientes da experiência e investigação, com as quais os resultados efetivamente obtidos são comparados (Donabedian, 2003). A efetividade, de acordo com o mesmo autor, corresponde à comparação entre os resultados obtidos com os de base na evidência científica, ou seja, é a capacidade através da qual as melhorias possíveis na saúde são de fato atingidas.

A eficiência refere-se à capacidade de minimizar os custos dos cuidados sem reduzir nem sacrificar as melhorias possíveis da saúde (Donabedian, 2003). A otimização, segundo o mesmo autor, representa o equilíbrio entre as melhorias de saúde e os custos destas, isto é, maximização dos resultados com a minimização dos custos.

A adequação refere-se à conformidade entre os cuidados prestados e as necessidades, crenças, desejos e valores dos clientes e suas famílias (Donabedian, 2003). De acordo com o mesmo autor, engloba dimensões como a acessibilidade (facilidade em aceder aos cuidados), relação interpessoal entre profissional de saúde e cliente (que deverá ser adequada colocando o cliente no centro da assistência prestada respeitando os seus valores, crenças e desejos), condições ambientais (que garantam a privacidade e o conforto do mesmo), preferências do cliente no que trata aos efeitos, riscos e custo dos cuidados prestados e aquilo que os clientes consideram ser justo e equitativo.

A legitimidade diz respeito à conformidade das preferências sociais, expressas em princípios éticos, valores, normas, leis e regulamentos, ou seja corresponde à possibilidade de adaptar um serviço à sociedade de forma satisfatória e a equidade corresponde à igualdade de oportunidade quanto à distribuição e benefícios dos serviços de saúde (Donabedian, 2003).

Na década de 60, Donabedian introduziu os conceitos de Estrutura, Processo e Resultado, inaugurando o atual paradigma de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde, conhecido por *tríade de Donabedian* (D’Innocenzo, et al., 2006; Sousa et al., 2008; Pereira, 2009; Menezes de Almeida, 2010). A Estrutura refere-se às condições sob as quais os cuidados são prestados tais como as instalações da organização de saúde, recursos materiais, recursos humanos etc., os Processos representam as atividades que constituem os cuidados de saúde desempenhados habitualmente pelos profissionais de saúde, incluindo as também realizadas pelas famílias junto dos clientes, e por último, os Resultados correspondem às modificações nos indivíduos e populações resultantes dos cuidados de saúde (Donabedian, 2003).

Se bem que até à metade dos anos 90 as abordagens incidissem-se na avaliação de aspetos relacionados com a estrutura e o processo, de acordo com Donabedian, o atual enfoque centra-se na análise de resultados – *outcomes*, tendo sempre presente a relação indissociável entre os três aspetos dado que ao identificar um resultado menos positivo do que se esperava, poderá ser indicador de problemas a nível da estrutura ou do processo, recomendando-se a adoção de abordagens integradas e globais (Sousa et al., 2008).

Contudo, já desde 1863 que Nightingale debatia a necessidade de recolher e divulgar resultados estatísticos dos hospitais, propondo alterações em função dos mesmos, no sentido de compreender as diferenças e melhorar a qualidade dos cuidados prestados (Sousa et al., 2008). Assim, sendo a definição de resultado em saúde, qualquer mudança desfavorável ou positiva do atual ou potencial estado de saúde proveniente dos cuidados prestados (Donabedian, 2003), e ganhos em saúde compreendidos *como resultados positivos em indicadores de saúde e incluem referências sobre a respetiva evolução* (Portugal, 2012b, p.2), para a avaliação da qualidade dos cuidados é fundamental a definição e monitorização de indicadores.

Indicadores de saúde *são medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde* (Pereira, 2009, p.72) e compreendem informação pertinente a respeito do desempenho do sistema de saúde. Em 1989, a *Joint Commission* aclarou que pode ser uma taxa ou coeficiente, um número absoluto ou um facto, contudo não é uma medida direta da qualidade mas uma chamada que direciona a atenção para assuntos específicos de resultados que necessitam de ser revistos (Bittar, 2001; Kurgant et al., 2008). Pereira (2009) ressalta que constituem somente uma ferramenta básica que na sua ausência tornaria inoperável qualquer programa ou estratégia de melhoria de qualidade em saúde.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade em saúde foi assumida por instâncias internacionais como a OMS e o ICN assim como por organismos nacionais (OE,2002), sendo definida na Meta 31 da declaração “Saúde para todos no ano 2000” e na recomendação 17/79 do Conselho da Europa como *um conjunto integrado de atividades planeadas, baseado em metas explícitas e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, com o objetivo de melhoria contínua* (Ribeiro et al., 2008, p. 3).

Um dos desígnios dos sistemas de saúde modernos consiste na avaliação da qualidade dos cuidados prestados, tendo como objetivo a melhoria contínua e o aumento da efetividade dos mesmos (Sousa et al., 2008). Com o objetivo de melhorar e promover a prestação de cuidados de saúde, tem sido adotado universalmente o recurso à avaliação interna e externa dos cuidados, existindo inúmeros modelos de avaliação externa destacando as creditações, auditorias clínicas, certificações pelas normas da *International Organization for Standardization* (ISO), entre outros.

Portugal ao longo dos anos esteve a par de outros países na implementação de um sistema de qualidade na saúde. Em 1999, foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde,

posteriormente extinto em 2006, no qual foi celebrado um acordo entre o Ministério de Saúde Português e o *Health Quality Service*, que adotava a metodologia *King's Fund*, originando o primeiro Programa Nacional de Acreditação dos Hospitais (Portugal, 2009, 2014). Foi identificado mais tarde, uma precária cultura da qualidade aliada a um défice organizacional dos serviços de saúde, bem como a falta de indicadores de desempenho e de apoio à decisão através do PNS 2004-2010, adotando em 2004 pela Unidade de Missão para os Hospitais S.A., o modelo da *Joint Comission International* para acreditação dos mesmos (Portugal, 2009).

No decurso de alguns anos estes dois modelos distintos de acreditação conviveram em simultâneo e em 2008 concedeu-se à Direção Geral da Saúde as competências nas áreas de planeamento e programação da política para a qualidade no Sistema de Saúde Português, criando em 2009 para este efeito o Departamento da Qualidade em Saúde, herdando este todas as funções e atribuições do extinto Instituto da Qualidade em Saúde (Portugal, 2014).

Nesse mesmo ano é publicado em Diário da Republica o Despacho que aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determinando que o Departamento da Qualidade em Saúde da Direção Geral de Saúde *deve criar um programa nacional de acreditação em saúde baseado num modelo de acreditação sustentável e adaptável às características do Sistema de Saúde Português* (Despacho nº 14223/2009 de 24 de Junho, p. 24667), recaindo posteriormente a escolha sobre o modelo de acreditação o Modelo ACSA (*Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*), por melhor se adaptar aos critérios do anterior Despacho e ter sido concebido para um sistema publico de saúde de organização similar ao português.

### **3.1 Organização para a Qualidade dos Cuidados**

Atualmente, a preocupação com a melhoria da prestação de cuidados de saúde intensificasse progressivamente nas organizações de saúde exigindo por parte dos profissionais de saúde uma constante atualização e adequação às novas necessidades da população.

Embora não haja uma unidade de medida para a qualidade, o seu controlo é imprescindível e a prova disso consiste no surgimento de estratégias para gerir a qualidade (Bastos e Saraiva, 2011) pois, a sua melhoria *garante respeito ao profissional, compreensão dos objetivos das atividades que afetam a qualidade e sólidas ferramentas para avaliar e*

*melhorar os cuidados* (Mezomo, 2001, p.125). Sob este prisma e sem menosprezar fatores significativos como características dos indivíduos, cuidadores, comunidade e como os cidadãos procuram e implementam os cuidados, modificando ou não os seus comportamentos, os resultados em saúde dependem naturalmente da qualidade dos cuidados prestados e da forma como estão organizados (Campos et al., 2010).

Destaca-se que para a qualidade na saúde o contributo de enfermagem (...) *é colocado no desafio de acrescentar valor à qualidade em saúde, através do paradigma de enfermagem centrado nos processos de transição que as pessoas vivenciam em resultado de eventos na sua saúde ou na incorporação de novos papéis* (Machado, 2013, p. IX). Pois, os enfermeiros são os principais cuidadores dos clientes e suas famílias que estão em processo de transição e são quem atendem às mudanças e exigências que as transições trazem às suas vidas quotidianas (Meleis et al., 2000).

A Enfermagem tem paralelamente acompanhado as atuais preocupações com a qualidade, sendo um marco importante na enfermagem portuguesa e credibilização da profissão, a criação da Ordem dos Enfermeiros em 1998. Em 2001, considerou-se prioritário criar e implementar sistemas de qualidade em saúde tendo sido assumido pelo Conselho de Enfermagem (CE) o papel de reunir *esforços tendentes à definição estratégica de um caminho que vise a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros* (OE, 2002, p.3).

Foram então definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela imprescindibilidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros e por reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem, constituindo-se como referencial que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros. Ainda assim, foi reconhecido que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional e não depende apenas do exercício profissional dos enfermeiros, no entanto, para obter qualidade em saúde, o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser invisível nem negligenciado (OE, 2002).

É claramente também esclarecido, que para reformar métodos e técnicas que não beneficiam os cidadãos, é necessário tempo apropriado pois (...) *a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objetivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir* (OE, 2002, p. 5). Por outro lado, é reforçado o dever de compromisso por parte das instituições de saúde onde os enfermeiros exercem as suas funções, competindo-lhes adequar recursos e criar estruturas que promovam a possibilidade de um exercício profissional de qualidade (OE, 2002).

Por conseguinte, foram configurados os conceitos de saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, constituindo o enquadramento conceptual e seis Enunciados Descritivos que estabelecem a base padronizada da qualidade dos cuidados que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Salientamos neste contexto o Enunciado descritivo *A organização dos cuidados de enfermagem*, pois para que o enfermeiro contribua para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem são elementos importantes entre outros:

- *A existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros;*
- *A utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade (OE,2002, p.18).*

Os sistemas de melhoria contínua da qualidade são sistemas organizados (...) *para melhorar, de forma constante, procedimentos, resultados e serviços prestados pelas organizações de saúde, independentemente do melhor ou do pior desempenho atingido, de forma a exceder permanentemente o nível conseguido* (Dias, 2014, p.39).

Os enfermeiros, profissionais de saúde responsáveis pela gestão dos cuidados ao cliente, desempenham um papel irrefutável na conquista da qualidade dos serviços de saúde tendo como foco de atenção o atendimento integral das necessidades humanas, definindo-se melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem como: (...) *um processo dinâmico de identificação dos fatores intervenientes no processo de trabalho da equipa de enfermagem, requerendo desse profissional a implementação de ações e a elaboração de instrumentos que possibilitem avaliar de maneira sistemática os níveis de qualidade dos cuidados prestados* (Paiva (2006) cit. por Gabriel et al., 2010, p. 530).

Entendendo-se a qualidade como processo contínuo e patenteada na assistência de enfermagem, corroborando com D' Innocenzo et al. (2006), tem como propósito a contínua melhoria da prestação de cuidados e a definição de estratégias para atingi-la considerando o custo-benefício. Mas para que se possa medir a qualidade dos cuidados de enfermagem é imprescindível que estes estejam descritos com exatidão e em termos mensuráveis, sendo exequível através da definição de normas (Sale, 2000). No entanto, para que tenham impacto, as normas devem ser elaboradas em função da investigação mais atual, fundamentadas na prática e conter critérios que possibilitem que os cuidados possam ser medidos e avaliados. Neste sentido, realça-se a importância das auditorias na enfermagem, instrumentos usados para averiguar se as atividades estão de acordo com as disposições

estabelecidas pelas instituições de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade do serviço prestado (Cavelão et al., 2015).

Como vimos anteriormente os métodos de organização da prestação de cuidados em enfermagem fundamentam-se nos princípios das teorias de administração. No entanto, para além de dizerem respeito à forma como o trabalho é ordenado e distribuído pelos enfermeiros é *a adoção de uma perspetiva, uma filosofia de cuidar, uma conceção dos cuidados, um modo de pensar a organização dos cuidados* (Parreira, 2005, p. 267), que tornam a prática de enfermagem eficaz e eficiente.

Percecionamos que o método de enfermeiro responsável, apesar de difícil implementação, é o método de trabalho que para além de melhor se adequar à aplicação do Processo de Enfermagem (Parreira, 2005), instrumento que na prática suporta os processos de pensamento para a tomada de decisão dos enfermeiros, promove a continuidade dos cuidados, sendo estes personalizados, o planeamento da alta com maior eficácia e eficiência e sobretudo a autonomia e responsabilidade dos enfermeiros.

No entanto, Manthey (2014) salienta que como sistema, facilita um nível de qualidade muito elevado, permitindo e capacitando os profissionais de enfermagem a desempenhar as suas funções com a sua capacidade máxima, porém, não define nem garante a qualidade dos cuidados. Com o uso deste método a qualidade do cuidado sobressai claramente, todavia os profissionais que atuam em níveis inaceitáveis são rapidamente identificados e responsabilizados pelo seu desempenho.

Podemos concluir sintetizando, em função da literatura e estudos realizados aqui apresentados, que o método de trabalho de enfermeiro responsável apesar das suas limitações se cingirem à difícil implementação consequente do tipo de horários praticados, trocas no horário e escassez de recursos humanos, apresenta vantagens em maior número, nomeadamente mais qualidade na assistência prestada, maior controlo sobre a evolução do cliente e impacto nos clientes em termos de satisfação, assim como reconhecimento, prestígio e satisfação profissional e maior autonomia por parte do enfermeiro, acrescido da promoção de oportunidade de crescimento profissional em virtude das tomadas de decisão que fomentam a aquisição de novos conhecimentos e habilidades. Deste modo, sentimo-nos desafiados a investigá-lo colocando-o em prática por forma a perceber que consequências poderão revelar-se numa realidade portuguesa, como oportunamente iremos verificar nas partes que se seguem.

## PARTE 2 – PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

A investigação é um método de aquisição de novos conhecimentos e o seu desenvolvimento no seio de uma disciplina objetiva a produção de uma base científica para garantir a credibilidade da profissão e conduzir a sua prática (Fortin, 2009). Para além de contribuir para o desenvolvimento contínuo das profissões, permite um suporte de conhecimentos teóricos no qual os seus profissionais se apoiam na prática.

O corpo de conhecimento da Enfermagem como qualquer outra disciplina, requer produção e renovação contínua, que somente se garante através da investigação (OE, 2006). *A investigação em enfermagem é necessária para gerar novos conhecimentos, avaliar a prática e os serviços existentes e fornecer evidência que irá informar o ensino, prática, investigação e gestão em enfermagem* (ICN, 2009, p.1)

Caracteriza-se por ser um processo rigoroso, científico e sistemático que visa enriquecer o conhecimento nesta disciplina, obtendo respostas ou resolvendo problemas em prol dos clientes, famílias e comunidades (OE, 2006). A incorporação da melhor evidência científica existente, em conjunto com a opinião de peritos, a experiência e os valores e preferências dos clientes, em contexto dos recursos disponíveis, define uma prática de Enfermagem baseada na evidência.

O propósito fundamental da investigação em enfermagem consiste em melhorar a qualidade dos cuidados, os resultados de saúde e o custo-benefício das intervenções de enfermagem através do avanço nos conhecimentos e prática de enfermagem, bem como fornecer informações para as políticas de saúde (ICN,2009).

Nesta parte pretende-se apresentar e descrever as opções metodológicas adotadas tendo em consideração a finalidade e as questões de partida do estudo, compreendendo o capítulo planeamento do estudo dividido em seis subcapítulos, designados por variáveis, população e amostra, instrumentos de colheita de dados, preparação da implementação do método, procedimentos éticos e procedimento de colheita de dados.



## 1 - Planeamento do Estudo

O plano ou desenho de investigação é um plano lógico criado pelo investigador com o desígnio de ordenar um conjunto de atividades de forma a permitir a realização do projeto, destinando-se a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas (Fortin, 2009). O presente estudo desenvolve-se no Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação de um Centro Hospitalar do Norte. Este serviço diferencia-se dos outros, por funcionar com base numa equipa multidisciplinar da qual fazem parte apenas enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação (EEER). Salienta-se ainda que as atividades de enfermagem são suportados nos modelos de autocuidado e das transições.

O método de trabalho utilizado é o Individual, pelo que diariamente são distribuídos um determinado número de clientes por cada profissional de enfermagem, sendo este responsável pela totalidade dos cuidados prestados durante o seu turno de trabalho. Assim podemos afirmar que o cliente aufere diariamente três abordagens diferentes de cuidados pela existência de três turnos, que embora suportado por um sistema único de registo informatizado (*Sclínico*) não garante uniformidade de decisões com o objetivo de garantir continuidade e especificidade face a cada cliente, considerando que em cada turno cada enfermeiro fica com toda a liberdade de planear ou modificar o que os outros colegas estabeleceram.

Acrescido ao descrito, por o tempo de turnos diurnos se cingir apenas a seis horas e meia de trabalho e os turnos noturnos a 12 horas, é neste último turno, acordado por toda a equipa de enfermagem, que dois processos deverão ser atualizados na sua totalidade por dois enfermeiros, num total de quatro atualizações por noite em função da última atualização mais tardia. Contudo, esta atualização é frequentemente realizada, independentemente de os enfermeiros em questão terem prestado ou não cuidados a esses clientes até esse momento, o que dificulta a correta planificação dos cuidados.

Acrescenta-se por último, que apesar das atividades de enfermagem serem uniformizadas pelas normas existentes no serviço estas são ajustadas à situação do cliente, no entanto, conseqüente das mudanças de cada turno sem um fio condutor responsável, existe assimetria de cuidados e planos de cuidados incompletos espelhando as diferentes avaliações efetivadas por diversos profissionais de enfermagem.

Face à situação descrita, o problema em estudo centra-se no método de trabalho dos enfermeiros, sendo formulada a pergunta:

- Será que o método de enfermeiro responsável altera a satisfação dos enfermeiros no trabalho e provoca alterações no registo de atividades na assistência dos clientes?

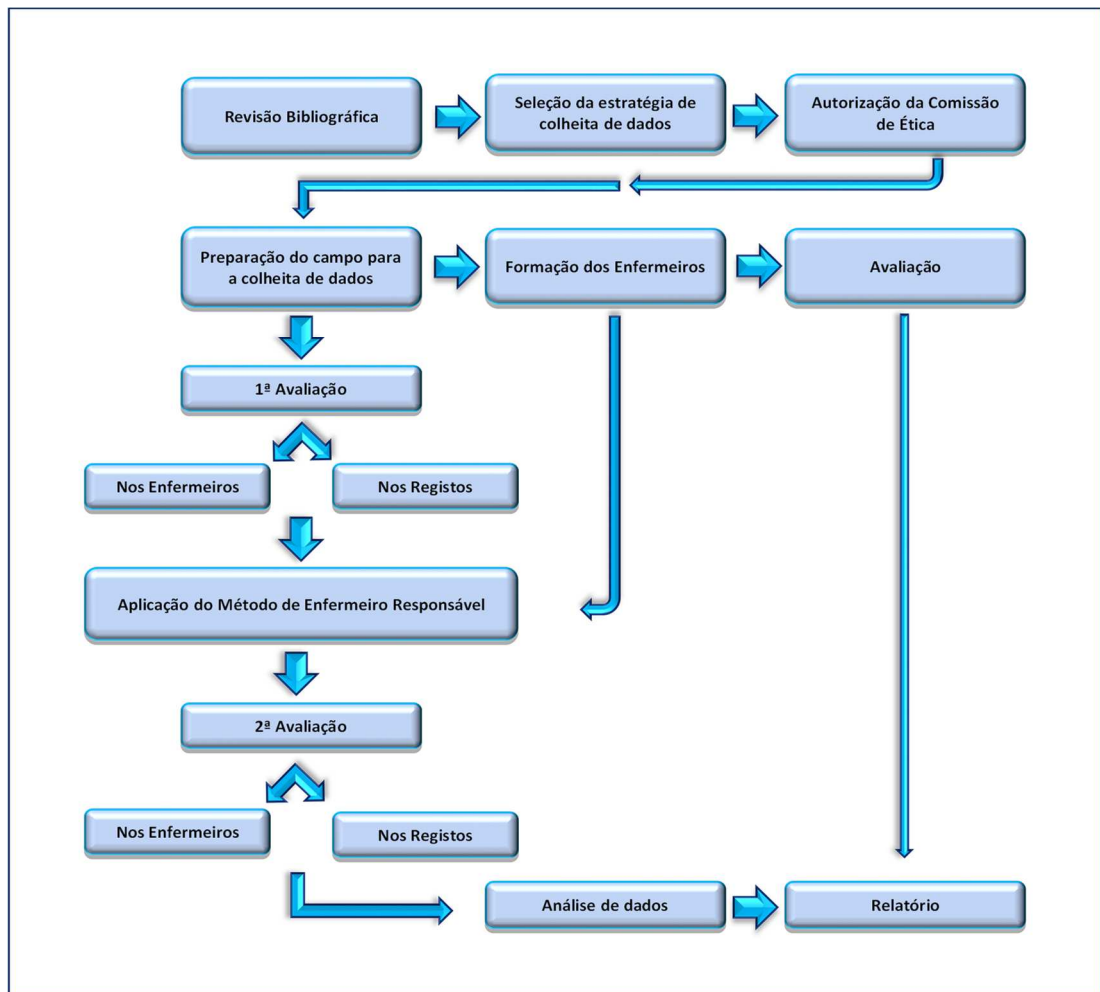
Centrámo-nos num estudo descritivo com avaliação antes e depois, de natureza mista, considerando que além da análise dos resultados quantitativos de uma escala de satisfação incluímos a análise qualitativa e quantitativa dos registos. A fase quantitativa consiste em *contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos* (Fortin, 2009, p.22) e a fase qualitativa visa *descrever ou interpretar mais do que avaliar (...) dar um sentido ao fenómeno* (Fortin, 2009, p.22), com análise exploratória dos registos dos enfermeiros no processo clínico que posteriormente serão convertidos em frequências simples.

No presente estudo realizámos uma avaliação antes e depois da mudança do método de trabalho. Consideramos assim que o experimento constou na criação de condições para implementar o método de enfermeiro responsável. Considerando a problemática proposta a investigar, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Descrever as mudanças ocorridas depois da implementação do método do enfermeiro responsável;
- Analisar a satisfação no trabalho antes e depois da implementação do método do enfermeiro responsável;
- Analisar os registos de cuidados de enfermagem antes e depois da implementação do método do enfermeiro responsável.

Para consecução dos objetivos, organizámos a pesquisa através do Diagrama que se segue.

FIGURA 2 - Diagrama da investigação



Para detalhar o processo de investigação apresentamos a seguir as partes de suporte à mesma.

### 1.1 Variáveis

As variáveis são *qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos ou de situações que são estudadas numa investigação (...) e que por definição têm uma propriedade inerente de variação e atribuição de valores* (Fortin, 2009, p. 36). Entender como e porquê os valores de uma variável alteram e como se associam aos diferentes valores de outras variáveis é o desígnio da atividade de investigação (Polit e Hungler (1995) cit. por Fortin, 2009).

Para uma análise do fenómeno seleccionámos, fundamentados na revisão da literatura, as seguintes variáveis: sociodemográficas; método de trabalho enfermeiro responsável;

satisfação dos enfermeiros no trabalho; registos de enfermagem; dias de Internamento, visitas domiciliárias e plano de alta. Para melhor compreensão das variáveis apresentamos a seguir quadros com a sua operacionalização.

QUADRO 1 - Operacionalização das variáveis sociodemográficas

Componentes	Dimensões	Indicadores
Sexo	Feminino / Masculino	Sim / Não
Idade	Anos	Nº de anos completos
Tempo de Serviço	Anos	
Tempo de serviço como Especialista de Reabilitação	Anos	

Com a utilização das variáveis sociodemográficas pretendemos fazer apenas a descrição da amostra dos enfermeiros que participaram no estudo.

QUADRO 2 - Operacionalização da variável método de trabalho enfermeiro responsável

Componentes	Dimensões	Indicadores
Formação	Método de trabalho	Sim / Não
Aplicação do método de trabalho	Antes	Não
	Depois	Sim
Satisfação com o método	Maior controlo sobre a evolução do cliente.	Sim/Não/ Sem efeito
	Maior impacto nos clientes em termos de satisfação	
	Mais qualidade na assistência prestada	
	Mais satisfação profissionalmente	
	Maior reconhecimento e prestígio profissional	
	Mais autonomia do enfermeiro	

A variável método de trabalho inclui a formação sobre o método a sua aplicação bem como a opinião dos enfermeiros sobre a satisfação face à utilização do método.

QUADRO 3 - Operacionalização da variável satisfação dos enfermeiros no trabalho

Componentes	Dimensões	Indicadores
Relacionamento com o chefe	Gosto do meu Chefe	Discordo em absoluto, Discordo em parte, Nem concordo nem discordo,
	O meu Chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho	
	O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados	
	O meu chefe é injusto comigo	
Benefícios e recompensas	Os aumentos salariais são poucos e distantes	Concordo em parte, Concordo em absoluto
	Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter	
	Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser	
	Tenho muito que fazer no meu trabalho	

	Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização	
Promoções	Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas	
	Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos	
	Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo	
	As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais	
	Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço	
	Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso	
	A comunicação parece boa dentro desta organização	
Contexto de trabalho	O meu trabalho é agradável	
	Gosto de fazer o que faço no meu trabalho	
	Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho	
Comunicação	Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho	
	Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado	
	Os objetivos desta organização não são claros para mim	
	Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados	
Relacionamento com a equipa	Gosto das pessoas com quem trabalho	
	Gosto dos meus colegas de trabalho	

A variável satisfação dos enfermeiros no trabalho é o resultado de uma escala composta pelos componentes: relacionamento com o chefe; benefícios e recompensas; promoções; contexto de trabalho; comunicação e relacionamento com a equipe.

QUADRO 4 - Operacionalização da variável registos de enfermagem

Componentes	Dimensões	Indicadores
Diagnósticos de enfermagem	Antes	Nº de diagnósticos
	Depois	
Intervenções de enfermagem	Antes	Nº de intervenções
	Depois	

Embora seja analisado o conteúdo dos dois componentes a sua quantificação será apenas em número de diagnósticos e intervenções de enfermagem finais.

QUADRO 5 - Operacionalização das variáveis: dias de internamento, visitas domiciliárias e plano de alta

Componentes	Dimensões	Indicadores
Dias de Internamento	Antes	Nº de dias
	Depois	

Visitas domiciliárias	Antes	Nº visitas
	Depois	
Plano de alta	Antes	Nº de dias entre o início do Plano de Alta e o Profissional que iniciou Plano
	Depois	

Por último, a variável que traduz resultados efetivos sobre o trabalho onde se pretende quantificar diferenças antes e depois de indicadores usados na gestão do serviço. Conscientes que a componente dias de internamento e plano de alta, serão influenciados pelo trabalho dos enfermeiros mas também, podem ser poluídos por o trabalho dos outros profissionais e outras condições dos clientes.

## 1.2 População e Amostra

Após a formulação da questão em estudo a população é caracterizada pelo investigador estabelecendo critérios de seleção para o estudo (Fortin, 2009). Conforme a autora, todos os elementos que partilham características comuns definidas pelos critérios de estudo representam a população. No entanto, um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população convidados para participar no estudo correspondem à amostra. Este estudo é composto de duas amostras não probabilísticas intencionais: Enfermeiros e Registos.

Na amostragem não probabilística cada elemento da população não dispõe da mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra (Fortin, 2009), ou seja não existe igualdade estatística de pertencer à amostra. Na amostra intencional também designada por amostragem por seleção racional, de acordo com a mesma autora, o investigador escolhe incluir determinados sujeitos em função de características típicas.

Quanto à amostra Enfermeiros, como a equipa de enfermagem é constituída na íntegra por EEER, os critérios de inclusão são os Enfermeiros que exercem funções no Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação do respetivo Centro Hospitalar, sendo aplicados os critérios de exclusão: estar de licença, o enfermeiro chefe e a Investigadora. Por conseguinte, dado que a equipa de enfermagem é composta por 18 enfermeiros, esta amostra será constituída por 14 Enfermeiros, depois de aplicados os critérios de exclusão.

A amostra dos Registos baseia-se no número de camas do serviço, sendo constituída por dois grupos: os primeiros 14 clientes internados nos três meses antes da implementação do método de trabalho de enfermeiro responsável e os últimos 14 clientes internados nos três meses após a implementação do método, perfazendo 28 clientes com uma diferença de 6 meses nos registos.

### **1.3 Instrumentos de Colheita de dados**

A colheita sistemática de informações junto dos participantes através do uso de instrumentos de medida escolhidos corresponde à colheita de dados (Fortin, 2009). Neste sentido, em função do tipo e finalidade do estudo é da responsabilidade do investigador determinar o tipo de instrumento de medida mais favorável ao estudo, dado que os dados podem ser colhidos de variadas formas junto dos sujeitos.

Na presente investigação, a colheita de dados foi realizada a partir de três instrumentos, dois questionários de autopreenchimento e um guia de observação dos registos. Os dois questionários foram aplicados aos enfermeiros em estudo em dois momentos distintos. O primeiro questionário é composto por duas partes. A primeira parte é constituída por cinco perguntas de resposta fechada relacionadas com idade, sexo, tempo de serviço, tempo de serviço enquanto EEER e formação sobre método de trabalho de enfermeiro responsável. A segunda parte é constituída pela Escala de Avaliação da Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros (EAST-Enf), como podemos visualizar no anexo 1.

O segundo questionário é composto igualmente por duas partes. A primeira compreende seis perguntas de resposta fechada relacionadas com a opinião dos enfermeiros sobre o método de trabalho de enfermeiro responsável e a segunda é composta também pela escala EAST-Enf, exatamente idêntica à segunda parte do primeiro questionário, como podemos visualizar no anexo 2.

No que diz respeito à **avaliação da satisfação dos enfermeiros no trabalho** foi aplicada a escala EAST-Enf, como anteriormente referida nos dois questionários, construída e validada em Portugal, por Ferreira e Loureiro em 2012, num estudo que envolveu 722 enfermeiros.

É constituída por seis dimensões, a satisfação no relacionamento com o meu chefe (SRC); a satisfação com benefícios e recompensas (SBR), a satisfação com as promoções (SP), a satisfação com o contexto de trabalho (SCT), a satisfação com a comunicação (SC) e a satisfação no relacionamento com a equipa (SRE), comportando 25 itens avaliados numa escala de *Likert* que varia de 1 (Discordo totalmente) a 5 (Concordo totalmente) (Ferreira e Loureiro, 2012). Onze itens estão apresentados negativamente, necessitando de reconversão posterior e os restantes catorze apresentam-se pela afirmativa, *os scores de cada uma das sub-escalas são calculados a partir do somatório de cada um dos itens pertencentes a essa dimensão* (Ferreira e Loureiro, 2012, p.11).

Para garantir a fidelidade da escala foi determinado o alfa de cronbach global de 0,767 o que traduz que esta escala apresenta uma consistência interna de acordo com Pestana e Gageiro (2014) razoável pois apresenta-se entre alfa de 0,7 e 0,8. Contudo, apresenta-se inferior ao estudo de Maia (2012) no qual foi determinado o alfa de cronbach global de 0,88 e ao estudo de Martinho (2015) com um alfa de cronbach global de 0,905.

O guia de observação dos registos foi um instrumento que consistiu na verificação da informação produzida nos processos de enfermagem onde foi verificado o número e tipo de diagnósticos de enfermagem identificados e o número e tipo de intervenções de enfermagem prescritas. Acrescido dos dias de internamento, o número de visitas domiciliárias, o início da elaboração do plano de alta e qual o profissional de saúde que o iniciou, como podemos visualizar no quadro seguinte.

QUADRO 6 - Momentos de utilização dos instrumentos de colheitas de dados

<b>Instrumentos</b>	<b>1ª Avaliação – 3 meses Antes</b>	<b>2ª Avaliação – 3 Meses Depois</b>
<b>Questionários</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade, sexo, tempo de serviço, tempo de serviço enquanto EEER e formação sobre método de trabalho de enfermeiro responsável;</li> <li>• EAST- Enf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opinião dos Enfermeiros sobre o método de trabalho de enfermeiro responsável;</li> <li>• EAST- Enf</li> </ul>
<b>Guia de Observação de Registos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos de Enfermagem</li> <li>• Dias de internamento;</li> <li>• Número de visitas domiciliárias;</li> <li>• Data de início da elaboração do plano de alta e qual o profissional de saúde que o iniciou.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registos de Enfermagem</li> <li>• Dias de internamento;</li> <li>• Número de visitas domiciliárias;</li> <li>• Data de início da elaboração do plano de alta e qual o profissional de saúde que o iniciou.</li> </ul>

É de salientar que, apesar da segunda parte de ambos os questionários apresentar a escala EAST-Enf no sentido de saber se há ou não alteração na satisfação no trabalho após a utilização do novo método, a primeira parte é diferente em ambos. No primeiro questionário caracteriza os enfermeiros em estudo e no segundo questionário objetiva-se

saber qual a sua opinião sobre o novo método de trabalho. Os dois questionários foram codificados para fazer corresponder o antes e depois ao mesmo participante.

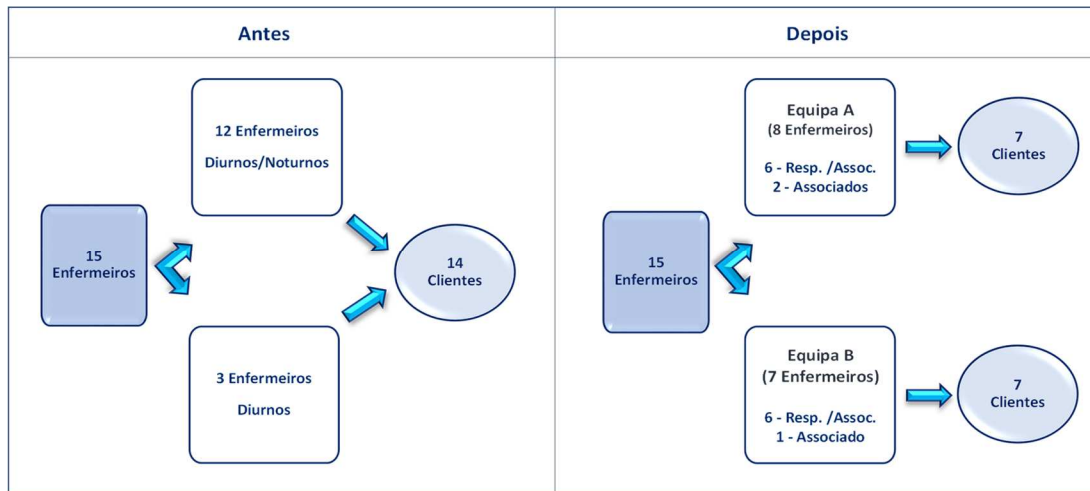
#### **1.4 Preparação da implementação do Método (experimento)**

Para a preparação da implementação do método de enfermeiro responsável, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o mesmo, incluindo estudos sobre a sua implementação e partilha de experiências de Enfermeiros que já o vivenciaram, suportando a realização uma formação. A formação teve como objetivos, refletir sobre os métodos de trabalho em enfermagem, discutir as vantagens e desvantagens, analisar as estratégias de implementação do método de enfermeiro responsável e desenvolver um acordo de implementação da mudança de método face à organização do serviço. Foi concretizada em contexto de formação de serviço, onde todos os enfermeiros foram convocados por aviso previamente fixado no serviço, com local e hora da formação, 15 dias antes da realização da mesma. Para o desenvolvimento da formação foi utilizada a metodologia expositiva participativa.

O conteúdo da formação consistiu em definir qual o pressuposto fundamental do método, as vantagens e desvantagens do mesmo, apresentação de resultados de estudos sobre a sua aplicação, o processo da metodologia do enfermeiro responsável, os quatro elementos estruturais do método de trabalho, a divisão de equipas do serviço em causa de forma a colocar em prática o método, o modo de atribuição de clientes a cada enfermeiro responsável e quais as competências dos enfermeiros associados. Por último, ocorreu esclarecimento de dúvidas e um momento de avaliação da formação.

Foi posteriormente acordado a atribuição de enfermeiros responsáveis e associados dos 15 enfermeiros no ativo (a investigadora incluída). Cientes que o turno noturno detém de maior disponibilidade para a atualização de processos de enfermagem, três elementos da equipa, nesta fase, seriam apenas enfermeiros associados por exercerem apenas turnos diurnos. Os restantes doze eram simultaneamente responsáveis e associados da sua equipa, sendo a equipa de enfermagem dividida em duas equipas como podemos visualizar na figura seguinte.

FIGURA 3 - Operacionalização do Método Enfermeiro Responsável no serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação



De acordo com a figura, no anterior método de trabalho, dois enfermeiros atualizavam por noite dois processos de enfermagem, em função da última atualização dos mesmos, independentemente de terem ou não prestado cuidados a esses clientes, perfazendo a atualização de quatro processos de enfermagem. Ao contrário do que preconiza o método de enfermeiro responsável, todos os processos de enfermagem eram atualizados por diversos enfermeiros, originando alguma discordância na concretização do mesmo, quer por falta de conhecimento sobre o cliente em si como por não aprovação da atualização anterior efetuada.

Após a implementação do novo método, uma das equipas ficou constituída por dois enfermeiros associados e seis simultaneamente responsáveis e associados. A outra apenas de um enfermeiro associado e os restantes seis exatamente iguais como na equipa anterior, possibilitando assim maior precisão na atualização dos processos de enfermagem. Com o novo método cada processo é atualizado pelo enfermeiro responsável pois para além de prestar cuidados, espelhando-se num maior conhecimento sobre o seu cliente é quem simultaneamente os planeia, competindo aos enfermeiros associados seguirem o plano de cuidados estabelecido e perante alguma mudança na condição do cliente alterá-lo.

## 1.5 Procedimentos Éticos

Por estarmos perante uma investigação na área da saúde a mesma possui condicionantes éticas específicas que obrigatoriamente foram respeitadas. Na contribuição para o avanço de conhecimentos através da investigação científica existe um limite que não deve ser ultrapassado, o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano (Fortin, 2009). A mesma autora enaltece cinco princípios fundamentais que deverão ser absolutamente salvaguardados no protocolo de investigação, sendo estes o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo.

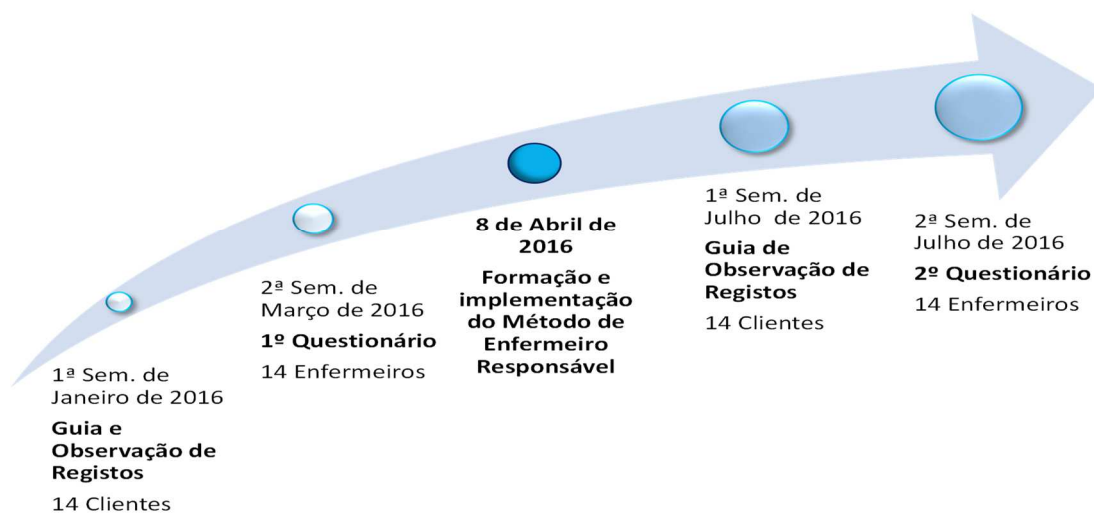
Sob esta ótica, na sequência deste estudo considerou-se todos os princípios éticos referidos tendo sempre em consideração os direitos e liberdades dos participantes desta investigação garantindo o sigilo e o direito ao consentimento informado, procurando a verdade com rigor, saber e vontade firme. Consequentemente foi realizado um pedido de autorização para a realização do estudo ao Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar em causa e Comissão de Ética da mesma instituição que deferiram o pedido, apresentado em anexo 3, bem como, aos respetivos autores da EAST- Enf aceite também, podendo ser visualizado no anexo 4.

Por último, aos 14 participantes desta investigação foi realizada uma descrição do estudo, incluindo os objetivos dos mesmos e preenchido por todos, o formulário próprio do Centro Hospitalar sobre o consentimento informado, esclarecido e livre, apresentado no anexo 5.

## 1.6 Procedimento de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada em dois momentos, o primeiro consistiu na avaliação antes da mudança do método de trabalho e o segundo depois da mudança do método de trabalho. Para melhor compreensão do procedimento de colheita de dados apresentamos a seguinte figura.

Figura 4 - Procedimentos de colheitas de dados



Na primeira avaliação foi aplicado o instrumento guia de observação de registos, que consistiu na verificação da informação produzida nos processos de enfermagem para constatação do número de diagnósticos de enfermagem identificados e número de intervenções de enfermagem prescritas, e simultaneamente os dias de internamento, número de visitas domiciliárias, início da elaboração do plano de alta e qual o profissional de saúde que o iniciou a 14 clientes internados na primeira semana de Janeiro de 2016, perfazendo três meses antes da formação.

O primeiro questionário aplicado aos 14 enfermeiros em estudo foi na segunda semana de Março de 2016. No dia 8 de Abril de 2016, foi realizado um momento de formação e seguida da mesma, o método manteve-se em vigor durante três meses.

Findando os três meses de aplicação do novo método de trabalho iniciou-se a segunda avaliação após mudança do método de trabalho.

Foi novamente foi aplicado o instrumento guia de observação de registros, objetivando a mesma produção de dados equivalentes a 14 clientes internados, três meses após a implementação, correspondendo à primeira semana de Julho de 2016, e o segundo questionário foi aplicado aos mesmos 14 Enfermeiros na segunda semana de Julho de 2016.

Depois de colhidos todos os dados passamos à análise dos mesmos, em duas bases autónomas uma trabalhada em *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS21) e outra em Excel onde, depois de transcritos os diagnósticos e as intervenções foram agrupados de acordo com a linguagem classificada.



### **PARTE 3 – RESULTADOS DO TRABALHO DE CAMPO**

Após a descrição da conceção do projeto de investigação iremos agora dedicarmo-nos à apresentação dos resultados, primeiro irá ser realizada uma análise dos dados colhidos e posteriormente serão interpretados à luz da questão de investigação e objetivos traçados, bem como o quadro de referência apresentado e resultados de investigações já realizadas.

Para melhor compreensão da investigação esta parte está dividida em quatro capítulos.

O primeiro capítulo denominado por Amostras inclui a amostra dos enfermeiros e dos registos.

O segundo capítulo intitulado por Satisfação dos Enfermeiros no trabalho subdivide-se em dois subcapítulos, designados por antes e depois da implementação do método e opinião dos enfermeiros depois da implementação do método.

O terceiro capítulo apelidado de registos de enfermagem subdivide-se em três subcapítulos designados por tempo de internamento, plano de alta e visitas domiciliárias.

Por último, apresenta-se o quarto capítulo que corresponde à evolução da satisfação e dos registos.

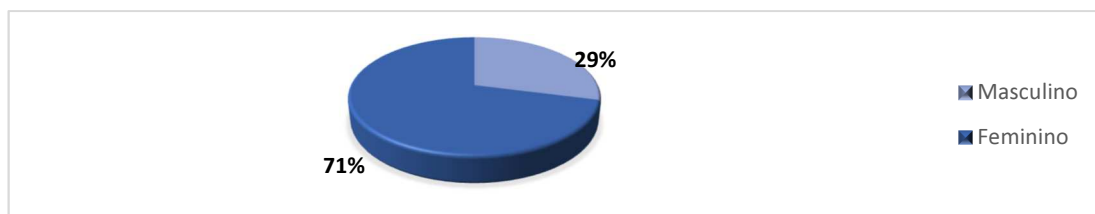


## 1 - Amostras

Como esclarecido anteriormente, este estudo compreende dois tipos de amostras não probabilísticas intencionais, a amostra dos enfermeiros e a amostra registos. Serão utilizadas estatísticas descritivas por forma a permitir descrever as características de ambas as amostras das quais os dados foram colhidos.

No que respeita à descrição da **amostra dos enfermeiros**, a idade dos 14 Enfermeiros participantes neste estudo, varia entre o mínimo de 28 e o máximo de 53 anos, a média de idade é 37,71 anos, mediana e moda são de 36.

GRÁFICO 1 - Sexo dos Enfermeiros



De acordo com o gráfico apresentado, 71% dos Enfermeiros em estudo são do sexo feminino e 29% são do sexo masculino.

Das condições sobre o exercício profissional verificamos que relativamente ao tempo de serviço, este varia entre o mínimo de 6 e o máximo de 30 anos de serviço, a média é de 15,36 anos e a moda é de 11. Em relação ao tempo de serviço enquanto EEER, varia entre o mínimo de 1 e o máximo de 8 anos, a média é de 4,79 anos e a moda é de 5. O que nos leva a concluir que a amostra é constituída por enfermeiros com experiência profissional como enfermeiros e como especialistas.

No que respeita à **amostra dos registos**, para melhor compreensão sobre a análise a ser realizada sobre os registos de enfermagem, acrescido de dias de internamento, número de visitas domiciliárias, início da elaboração do plano de alta e qual o profissional de saúde que o iniciou, a amostra é constituída por 14 clientes antes e depois da implementação do método de enfermeiro responsável, perfazendo um total de 28 clientes, sendo descrita da seguinte forma.

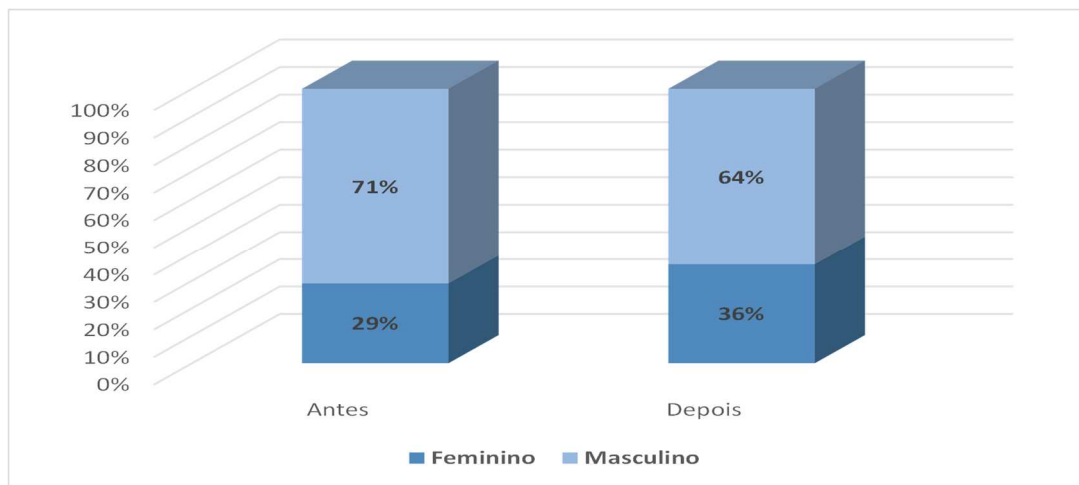
Em relação à idade dos 14 clientes três meses antes da implementação do novo método, varia entre o mínimo de 38 anos e o máximo de 86, a média é de 56 anos, a mediana é de

52 e moda de 38. Nos 14 clientes três meses depois, a idade varia entre o mínimo de 31 anos e o máximo de 76, com a mesma média de 56 anos, mediana de 53 e a moda de 51.

O que nos leva a afirmar que as amostras são semelhantes em termos de média das idades, embora com maior dispersão de idades no primeiro grupo.

Quanto ao sexo dos clientes, três meses antes, 29% são do sexo feminino e 71% do sexo masculino. Três meses depois, 36% são do sexo feminino e 64% são do sexo masculino como podemos visualizar no seguinte gráfico:

GRÁFICO 2 - Sexo dos Clientes

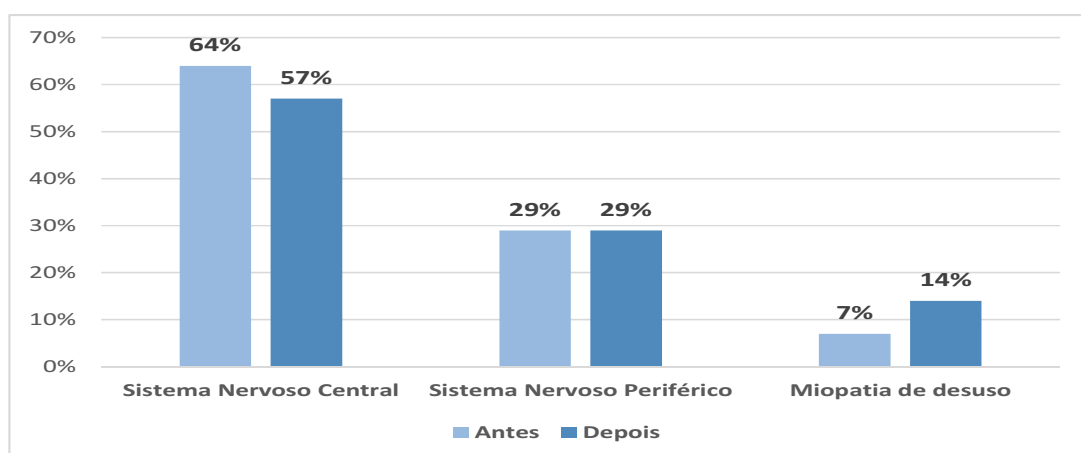


Embora a percentagem de representação no que se refere ao sexo é maior no masculino, em ambos os momentos verificamos que as diferenças não passam de 7 por cento.

Em relação aos diagnósticos médicos dos clientes estes foram divididos em três grupos: Sistema Nervoso Central (SNC), Sistema Nervoso Periférico (SNP) e Miopatia de desuso.

No SNC estão incluídos os diagnósticos de Aneurisma, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Acidente Vascular Cerebral Hemorrágico e Traumatismo Crânio Encefálico. No SNP incluíram-se o *Síndrome de Guillian Barré*, Traumatismo Vertebro Medular, Mielopatia Espondilótica Cervical e Espondilodiscite como podemos visualizar no gráfico seguinte.

GRÁFICO 3 - Diagnósticos Médicos



A maioria dos 28 clientes apresentavam patologias do SNC, 64% antes e 57% depois, porém em ambos os momentos, 29% dos clientes apresentavam patologias do SNP. Apenas 7% dos 14 clientes apresentavam Miopatia de desuso antes da implementação do novo método, no entanto após, a percentagem era de 14% dos 14 clientes.

No que diz respeito aos diagnósticos médicos ocorrem diferenças ligeiras relativamente ao SNC e às Miopatias de desuso.

Podemos assim concluir que embora as amostras dos registos tenham origem em diferentes grupos eles têm semelhanças que nos ajudam a compreender as variações no antes e depois do uso do novo método de trabalho.



## 2 - Satisfação dos Enfermeiros no trabalho

Neste capítulo pretende-se apresentar os dados sobre quem possui ou não formação sobre o método de trabalho de enfermeiro responsável, dados relativamente à satisfação dos enfermeiros no trabalho que advém da utilização da escala EAST-Enf de Ferreira e Loureiro (2012) e qual a opinião dos enfermeiros sobre o método depois da sua implementação.

De acordo com a natureza das variáveis utilizaremos na apresentação dos dados estatística descritiva com recurso a medidas de tendência central (moda, média e mediana) e medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação) e o Teste U Mann-Whitney. O teste U Mann-Whitney permite avaliar se duas amostras independentes são significativamente diferentes, (...) *possibilitando verificar a igualdade de comportamentos de dois grupos de casos, ou a existência de diferenças pós-teste entre duas condições experimentais* (Pestana e Gageiro, 2014, p. 941).

### 2.1 Antes e depois da implementação do método

No que concerne à **formação sobre o método de enfermeiro responsável** verificamos que apenas um dos 14 enfermeiros em estudos tinha formação sobre o método de trabalho de enfermeiro responsável.

No que diz respeito à **avaliação da satisfação dos enfermeiros no trabalho** iniciamos pela seguinte dimensão da escala EAST- Enf, dimensão SRC, onde se apresentam as primeiras quatro tabulações cruzadas, relativamente aos itens: gosto do meu chefe; o meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho; o meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados; o meu chefe é injusto comigo. Os dois últimos itens desta dimensão estão apresentados negativamente, neste sentido foram reconvertidos sob a forma positiva.

TABELA 1 – Distribuição da opinião – Gosto do meu chefe - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
Discordo em parte	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
Nem concordo nem discordo	Contagem	7 <sub>a</sub>	7 <sub>a</sub>	14
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	25,0%	25,0%	50,0%
Concordo em parte	Contagem	5 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	8
	% da linha	62,5%	37,5%	100,0%
	% da vertical	17,9%	10,7%	28,6%
Concordo em absoluto	Contagem	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	5
	% da linha	40,0%	60,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	10,7%	17,9%
Total	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *gosto do meu chefe*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, contudo ocorrem ligeiras diferenças entre o *concordo em parte* que diminui após a aplicação novo método de 62,5% para 37,5% e o contrário aconteceu no *concordo em absoluto* que passou de 40% para 60%. Constata-se que independentemente da implementação do novo método as respostas dividem-se de forma simétrica apresentando o mesmo valor nos dois momentos no *nem concordo nem discordo* de 50%.

TABELA 2 – Distribuição da opinião – O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
Discordo em parte	Contagem	4 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	9
	% da linha	44,4%	55,6%	100,0%
	% da vertical	14,3%	17,9%	32,1%
Nem concordo nem discordo	Contagem	2 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	5
	% da linha	40,0%	60,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	10,7%	17,9%
Concordo em parte	Contagem	7 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	11
	% da linha	63,6%	36,4%	100,0%
	% da vertical	25,0%	14,3%	39,3%
Concordo em absoluto	Contagem	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3
	% da linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% da vertical	3,6%	7,1%	10,7%
Total	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *o meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, porém ocorrem ligeiras diferenças entre *nem concordo nem discordo* aumentando de 40% para 60%, como no *discordo em parte* aumentando de 44,4% para 55,6% depois da aplicação do novo método de trabalho, ao contrário do que acontece com o *concordo em parte* que diminuiu de 63,6 % para 36,4%.

TABELA 3 – Distribuição da opinião – O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	7,1%	14,3%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	6 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	10
	% da linha	60,0%	40,0%	100,0%
	% da vertical	21,4%	14,3%	35,7%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	5 <sub>a</sub>	7
	% da linha	28,6%	71,4%	100,0%
	% da vertical	7,1%	17,9%	25,0%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	3
	% da linha	66,7%	33,3%	100,0%
	% da vertical	7,1%	3,6%	10,7%
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	7,1%	14,3%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *o meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, no entanto após a implementação do novo método ocorrem ligeiras diferenças entre *concordo em parte* diminuindo de 60% para 40%, ao contrário do que acontece no *nem concordo nem discordo* que aumentou de 28,6% para 71,4%.

TABELA 4 – Distribuição da opinião – O meu chefe é injusto comigo - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	5 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	8
	% da linha	62,5%	37,5%	100,0%
	% da vertical	17,9%	10,7%	28,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	3 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	7
	% da linha	42,9%	57,1%	100,0%
	% da vertical	10,7%	14,3%	25,0%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	5 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	7
	% da linha	71,4%	28,6%	100,0%
	% da vertical	17,9%	7,1%	25,0%
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	4 <sub>a</sub>	5
	% da linha	20,0%	80,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	14,3%	17,9%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *o meu chefe é injusto comigo*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, porém ocorrem ligeiras diferenças no *concordo em parte* que diminuiu de 62,5% para 37,5% após aplicação do novo método, bem como no *discordo em parte* que diminuiu

de 71,4% para 28,6%, ao contrário do *discordo em absoluto* que aumentou 20% para 80% e do *nem concordo nem discordo* que aumentou também de 42,9% para 57,1%.

Relativamente à dimensão SBR apresentam-se cinco tabulações cruzadas correspondentes a cinco itens que estão apresentados negativamente e foram posteriormente reconvertidos sob a forma positiva: os aumentos salariais são poucos e distantes; nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter; sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser, tenho muito que fazer no meu trabalho; sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização.

TABELA 5 – Distribuição da opinião – Os aumentos salariais são poucos e distantes - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>14<sub>a</sub></b>	<b>13<sub>a</sub></b>	<b>27</b>
	% da linha	<b>51,9%</b>	<b>48,1%</b>	100,0%
	% da vertical	50,0%	46,4%	96,4%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *os aumentos salariais são poucos e distantes*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, no entanto ocorrem ligeiras diferenças, no *concordo em absoluto* diminuindo de 51,9% para 48,1% após aplicação do novo método de trabalho de enfermagem.

TABELA 6 – Distribuição da opinião – Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>24</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	42,9%	42,9%	85,7%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	1
	% da linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	0,0%	3,6%
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter*, não há

diferenças significativas entre o antes e o depois, pois as respostas dividem-se de forma simétrica, apresentando o mesmo valor nos dois momentos no *concordo em absoluto* de 50%, independentemente da aplicação do novo método.

TABELA 7 – Distribuição da opinião – Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>7<sub>b</sub></b>	<b>19</b>
	% da linha	<b>63,2%</b>	<b>36,8%</b>	100,0%
	% da vertical	42,9%	25,0%	67,9%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>6<sub>a</sub></b>	<b>8</b>
	% da linha	<b>25,0%</b>	<b>75,0%</b>	100,0%
	% da vertical	7,1%	21,4%	28,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, no entanto ocorrem ligeiras diferenças no *concordo em absoluto* diminuindo de 63,2% para 36,8 %, após aplicação do novo método e aumentando de 25% para 75% no *concordo em parte*.

TABELA 8 – Distribuição da opinião – Tenho muito que fazer no meu trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>10<sub>a</sub></b>	<b>8<sub>a</sub></b>	<b>18</b>
	% da linha	<b>55,6%</b>	<b>44,4%</b>	100,0%
	% da vertical	35,7%	28,6%	64,3%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>8</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	14,3%	14,3%	28,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *tenho muito que fazer no meu trabalho*, não há diferenças significativas entre o antes e o depois, porém ocorrem ligeiras diferenças no *concordo em absoluto* diminuindo de 55,6% para 44,4%, após aplicação do novo método. Quanto ao *concordo em parte*, independentemente da implementação do novo método as respostas dividem-se de forma

simétrica apresentando o mesmo valor de 50% nos dois momentos.

TABELA 9 – Distribuição da opinião – Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>8<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>12</b>
	% da linha	<b>66,7%</b>	<b>33,3%</b>	100,0%
	% da vertical	28,6%	14,3%	42,9%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>9<sub>a</sub></b>	<b>13</b>
	% da linha	<b>30,8%</b>	<b>69,2%</b>	100,0%
	% da vertical	14,3%	32,1%	46,4%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>2</b>
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>0<sub>a</sub></b>	<b>1</b>
	% da linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	0,0%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização* não há diferenças significativas entre o antes e o depois, contudo ocorrem ligeiras diferenças no *concordo em absoluto*, diminui de 66,7% para 33,3%, após aplicação do novo método, ao contrário no *concordo em parte*, que aumentou de 30,8% para 69,2%.

Quanto à dimensão SP, apresentam-se sete tabulações cruzadas correspondentes aos itens: sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas; aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos; nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo; as pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais; julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço; quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso; a comunicação parece boa dentro desta organização.

TABELA 10 – Distribuição da opinião – Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>24</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	42,9%	42,9%	85,7%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

No item *sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas* não há diferenças significativas entre o antes e o depois da aplicação do novo método uma vez que as respostas dividem-se de forma simétrica, apresentando o mesmo valor de 50% nos dois momentos no *discordo em absoluto*.

TABELA 11 – Distribuição da opinião – Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>11<sub>a</sub></b>	<b>23</b>
	% da linha	<b>52,2%</b>	<b>47,8%</b>	100,0%
	% da vertical	42,9%	39,3%	82,1%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	7,1%	14,3%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

No item *aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos* não há diferenças significativas entre o antes e o depois no entanto ocorrem ligeiras diferenças no *discordo em absoluto* diminuindo de 52,2% para 47,8% após a aplicação do novo método.

TABELA 12 – Distribuição da opinião – Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>10<sub>a</sub></b>	<b>9<sub>a</sub></b>	<b>19</b>
	% da linha	<b>52,6%</b>	<b>47,4%</b>	100,0%
	% da vertical	35,7%	32,1%	67,9%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	7,1%	14,3%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	4
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	7,1%	14,3%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

No item *nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo* não há diferenças significativas entre o antes e o depois da aplicação do novo método, porém ocorrem ligeiras diferenças no *discordo em absoluto* diminuindo de 52,6% para 47,4%.

TABELA 13 – Distribuição da opinião – As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>12<sub>a</sub></b>	<b>10<sub>a</sub></b>	<b>22</b>
	% da linha	<b>54,5%</b>	<b>45,5%</b>	100,0%
	% da vertical	42,9%	35,7%	78,6%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3
	% da linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% da vertical	3,6%	7,1%	10,7%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	3
	% da linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% da vertical	3,6%	7,1%	10,7%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

No item *as pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais* não há diferenças significativas entre o antes e o depois da aplicação do novo método, no entanto porém ocorrem ligeiras diferenças no *discordo em absoluto* diminuindo de 54,5% para 45,5% após a aplicação do novo método de trabalho.

TABELA 14 – Distribuição da opinião – Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>14<sub>a</sub></b>	<b>11<sub>a</sub></b>	<b>25</b>
	% da linha	<b>56,0%</b>	<b>44,0%</b>	100,0%
	% da vertical	50,0%	39,3%	89,3%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	7,1%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

No item *julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço* não há diferenças significativas entre o antes e o depois da aplicação do novo método, porém ocorrem ligeiras diferenças no *discordo em absoluto* diminuindo de 56% para 44% após a aplicação do novo método de trabalho.

TABELA 15 – Distribuição da opinião – Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>7<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>11</b>
	% da linha	<b>63,6%</b>	<b>36,4%</b>	100,0%
	% da vertical	25,0%	14,3%	39,3%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>6<sub>a</sub></b>	<b>7<sub>a</sub></b>	<b>13</b>
	% da linha	<b>46,2%</b>	<b>53,8%</b>	100,0%
	% da vertical	21,4%	25,0%	46,4%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	2
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	7,1%	7,1%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso* não há diferenças significativas entre o antes e o depois, contudo no *discordo em absoluto* diminui de 63,6% para 36,4% e no *discordo em parte* aumentou de 46,2% para 53,8% após aplicação do novo método.

TABELA 16 – Distribuição da opinião – A comunicação parece boa dentro desta organização - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>6</b>
	% da linha	<b>33,3%</b>	<b>66,7%</b>	100,0%
	% da vertical	7,1%	14,3%	21,4%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>7<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>11</b>
	% da linha	<b>63,6%</b>	<b>36,4%</b>	100,0%
	% da vertical	25,0%	14,3%	39,3%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>8</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	14,3%	14,3%	28,6%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>3</b>
	% da linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% da vertical	3,6%	7,1%	10,7%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *a comunicação parece boa dentro desta organização* não há diferenças significativas entre o antes e o depois, contudo no *discordo em absoluto* aumentou de 33,3% para 66,7%, ao contrário do que aconteceu no *discordo em parte* diminuindo de 63,6% para 36,4%. Porém independentemente da aplicação do novo método as respostas dividem-se simetricamente apresentando o mesmo valor de 50% no *nem concordo nem discordo*.

Em relação à dimensão SCT, apresentam-se três tabulações cruzadas correspondentes aos itens: o meu trabalho é agradável; gosto de fazer o que faço no meu trabalho e tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho.

TABELA 17 – Distribuição da opinião – O meu trabalho é agradável - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>6<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>b</sub></b>	<b>7</b>
	% da linha	<b>85,7%</b>	<b>14,3%</b>	100,0%
	% da vertical	21,4%	3,6%	25,0%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>6</b>
	% da linha	<b>33,3%</b>	<b>66,7%</b>	100,0%
	% da vertical	7,1%	14,3%	21,4%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>9<sub>a</sub></b>	<b>13</b>
	% da linha	<b>30,8%</b>	<b>69,2%</b>	100,0%
	% da vertical	14,3%	32,1%	46,4%
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>0<sub>a</sub></b>	<b>2</b>
	% da linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	0,0%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *o meu trabalho é agradável*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo no *discordo em parte* diminuiu de 85,7% para 14,3%, ao contrário do *nem*

*concordo nem discordo* que aumentou de 33,3% para 66,7%, bem como *concordo em parte* que aumentou de 30,8% para 69,2 %, após a implementação do novo método de trabalho.

Tabela 18 – Distribuição da opinião – Gosto de fazer o que faço no meu trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	3 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	3
	% da linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% da vertical	10,7%	0,0%	10,7%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	7 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	18
	% da linha	38,9%	61,1%	100,0%
	% da vertical	25,0%	39,3%	64,3%
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	4 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	6
	% da linha	66,7%	33,3%	100,0%
	% da vertical	14,3%	7,1%	21,4%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *gosto de fazer o que faço no meu trabalho*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo no *concordo em parte* aumentou de 38,9% para 61,1% ao contrário do *concordo em absoluto* que diminuiu de 66,7% para 33,3%, após a utilização do novo método.

TABELA 19 – Distribuição da opinião – Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	2 <sub>a</sub>	0 <sub>a</sub>	2
	% da linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% da vertical	7,1%	0,0%	7,1%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	7 <sub>a</sub>	11 <sub>a</sub>	18
	% da linha	38,9%	61,1%	100,0%
	% da vertical	25,0%	39,3%	64,3%
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	5 <sub>a</sub>	3 <sub>a</sub>	8
	% da linha	62,5%	37,5%	100,0%
	% da vertical	17,9%	10,7%	28,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo no *concordo em parte* aumentou de 38,9% para 61,1% ao contrário do *concordo em absoluto* que diminuiu de 62,5% para 37,5% após a utilização do novo método.

Relativamente à dimensão SC, apresentam-se quatro tabulações correspondentes a quatro

itens que estão apresentados negativamente e foram posteriormente reconvertidos sob a forma positiva: muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho; não sinto que o trabalho que faço seja apreciado; os objetivos desta organização não são claros para mim e nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados.

TABELA 20 – Distribuição da opinião – Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>3<sub>a</sub></b>	<b>5</b>
	% da linha	<b>40,0%</b>	<b>60,0%</b>	100,0%
	% da vertical	7,1%	10,7%	17,9%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>9<sub>a</sub></b>	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>14</b>
	% da linha	<b>64,3%</b>	<b>35,7%</b>	100,0%
	% da vertical	32,1%	17,9%	50,0%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>7</b>
	% da linha	<b>28,6%</b>	<b>71,4%</b>	100,0%
	% da vertical	7,1%	17,9%	25,0%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>2</b>
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença entre o *concordo em absoluto* que aumentou de 40% para 60%, bem como *nem concordo nem discordo* que aumentou de 28,6% para 71,4% ao contrário do *concordo em parte* que diminuiu de 64,3% para 35,7%.

TABELA 21 – Distribuição da opinião – Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>6</b>
	% da linha	<b>66,7%</b>	<b>33,3%</b>	100,0%
	% da vertical	14,3%	7,1%	21,4%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>7<sub>a</sub></b>	<b>7<sub>a</sub></b>	<b>14</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	25,0%	25,0%	50,0%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>5</b>
	% da linha	<b>20,0%</b>	<b>80,0%</b>	100,0%
	% da vertical	3,6%	14,3%	17,9%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>3</b>
	% da linha	66,7%	33,3%	100,0%
	% da vertical	7,1%	3,6%	10,7%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *não sinto que o trabalho que faço seja apreciado*, não há diferenças

significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença entre *concordo em absoluto* de diminuiu de 66,7% para 33,3%, ao contrário no *nem concordo nem discordo* que aumentou de 20% para 80% após a utilização do novo método de trabalho. Independentemente da implementação do novo método, as respostas dividem-se simetricamente no *concordo em parte* apresentando o mesmo valor de 50%.

TABELA 22 – Distribuição da opinião – Os objetivos desta organização não são claros para mim - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>6</b>
	% da linha	<b>83,3%</b>	<b>16,7%</b>	100,0%
	% da vertical	17,9%	3,6%	21,4%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>3<sub>a</sub></b>	<b>8<sub>a</sub></b>	<b>11</b>
	% da linha	<b>27,3%</b>	<b>72,7%</b>	100,0%
	% da vertical	10,7%	28,6%	39,3%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>9</b>
	% da linha	<b>55,6%</b>	<b>44,4%</b>	100,0%
	% da vertical	17,9%	14,3%	32,1%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>2</b>
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *os objetivos desta organização não são claros para mim*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença entre *concordo em absoluto* que diminuiu de 83,3% para 16,7%, e no *nem concordo nem discordo* diminuindo de 55,6% para 44,4%. No *concordo em parte* que aumentou de 27,3% para 72,7%, após a utilização do novo método de trabalho.

TABELA 23 – Distribuição da opinião – Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>7</b>
	% da linha	<b>71,4%</b>	<b>28,6%</b>	100,0%
	% da vertical	17,9%	7,1%	25,0%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	<b>3<sub>a</sub></b>	<b>4<sub>a</sub></b>	<b>7</b>
	% da linha	<b>42,9%</b>	<b>57,1%</b>	100,0%
	% da vertical	10,7%	14,3%	25,0%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>5<sub>a</sub></b>	<b>10</b>
	% da linha	<b>50,0%</b>	<b>50,0%</b>	100,0%
	% da vertical	17,9%	17,9%	35,7%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>2<sub>a</sub></b>	<b>3</b>
	% da linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% da vertical	3,6%	7,1%	10,7%
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	<b>0<sub>a</sub></b>	<b>1<sub>a</sub></b>	<b>1</b>
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscripto indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna

não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados*, não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença entre *concordo em absoluto* que diminuiu entre 71,4% para 28,6%, ao contrário no *concordo em parte* que aumentou de 42,9% para 57,1% após a utilização do novo método. No entanto, independentemente da implementação do novo método de trabalho as respostas dividem-se simetricamente nos dois momentos em relação ao *nem concordo nem discordo* apresentando o mesmo valor de 50%.

Relativamente à dimensão SRE, apresenta-se duas tabulações cruzadas correspondentes aos itens: gosto das pessoas com quem trabalho e gosto dos meus colegas de trabalho.

TABELA 24 – Distribuição da opinião – Gosto das pessoas com quem trabalho - antes e depois

		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Discordo em parte</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	5
	% da linha	60,0%	40,0%	100,0%
	% da vertical	10,7%	7,1%	17,9%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	11 <sub>a</sub>	9 <sub>a</sub>	20
	% da linha	55,0%	45,0%	100,0%
	% da vertical	39,3%	32,1%	71,4%
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *gosto das pessoas com quem trabalho* não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença entre *nem concordo nem discordo* diminuindo de 60% para 40% após a utilização do novo método, bem como no *concordo em parte* diminuindo de 55% para 45%.

TABELA 25 – Distribuição da opinião – Gosto dos meus colegas de trabalho - antes e depois

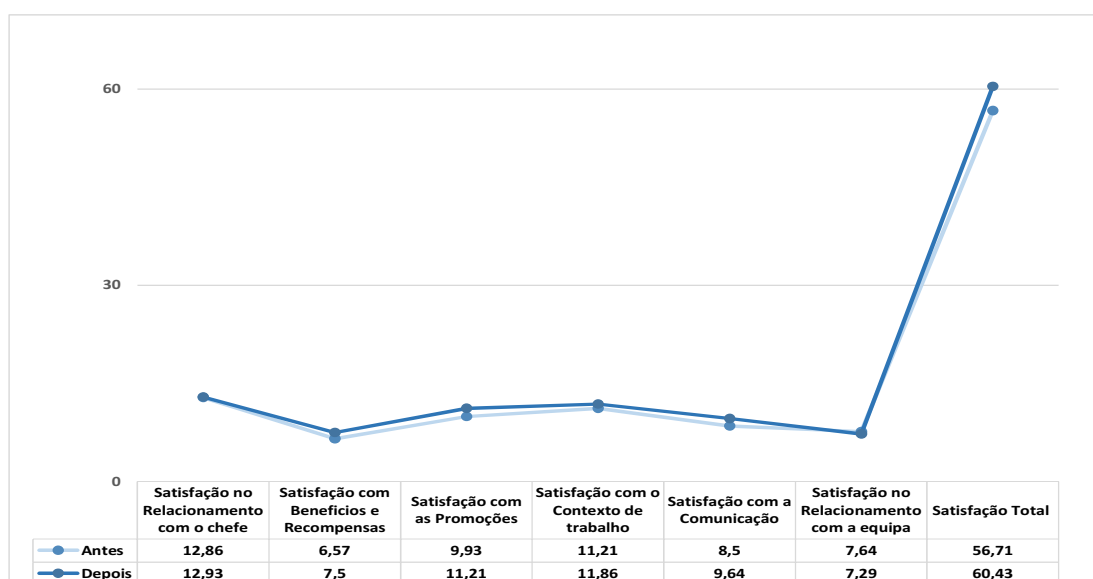
		Grupo antes e depois		Total
		Antes	Depois	
<b>Discordo em absoluto</b>	Contagem	0 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	1
	% da linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% da vertical	0,0%	3,6%	3,6%
<b>Nem concordo nem discordo</b>	Contagem	3 <sub>a</sub>	2 <sub>a</sub>	5
	% da linha	60,0%	40,0%	100,0%
	% da vertical	10,7%	7,1%	17,9%
<b>Concordo em parte</b>	Contagem	10 <sub>a</sub>	10 <sub>a</sub>	20
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	35,7%	35,7%	71,4%
<b>Concordo em absoluto</b>	Contagem	1 <sub>a</sub>	1 <sub>a</sub>	2
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	3,6%	3,6%	7,1%
<b>Total</b>	Contagem total	14	14	28
	% da linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% da vertical	50,0%	50,0%	100,0%

Cada letra de subscrito indica um subconjunto de Grupo antes e depois categorias cujas proporções da coluna não se diferem significativamente umas das outras no nível 0,05.

Sobre o item *gosto dos meus colegas de trabalho* não há diferenças significativas entre o antes e depois, contudo ocorreu uma ligeira diferença no *nem concordo nem discordo* que diminuiu de 60% para 40% após a utilização do novo método. Porém as respostas dividem-se simetricamente no *concordo em parte* nos dois momentos, apresentando um valor de 50% independentemente da implementação do novo método de trabalho em enfermagem.

No que concerne à distribuição das médias de cada uma das seis dimensões da escala EAST-Enf e a satisfação global, antes e depois da implementação do método de enfermeiro responsável apresentamos o seguinte gráfico.

GRÁFICO 4 - Distribuição das Médias por Dimensões da Satisfação



A média da satisfação global aumentou de 56,71 para 60,43 após a implementação do novo método de trabalho, o mesmo aconteceu com a média de cinco das seis dimensões da escala EAST-Enf após a implementação do novo método.

Detalhadamente constatamos que na dimensão SRC a média aumentou de 12,86 para 12,93 acontecendo o mesmo com a dimensão SBR passando de 6,57 para 7,5, bem como na dimensão SP passando de 9,93 para 11,21, na dimensão SCT passando de 11,21 para 11,86 e na dimensão SC passando de 8,5 para 9,64. No entanto, ao contrário das anteriores dimensões a média diminuiu de 7,64 para 7,29 na dimensão SRE após a implementação do novo método.

Apresentamos no quadro seguinte os scores para cada uma das seis dimensões da escala EAST-Enf e a satisfação global antes e depois da implementação do método de enfermeiro responsável.

QUADRO 7 - Satisfação no trabalho dos Enfermeiros

Dimensões	N	Grupo	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	CV*
SRC (4 itens)	14	Antes	8	20	12,86	2,742	21,32%
	14	Depois	7	20	12,93	3,339	25,82%
SBR (5 itens)	14	Antes	5	12	6,57	2,065	31,43%
	14	Depois	5	13	7,5	2,245	29,93%
SP (7 itens)	14	Antes	7	16	9,93	2,401	24,18%
	14	Depois	7	20	11,21	4,003	35,70%
SCT (3 itens)	14	Antes	7	15	11,21	2,486	22,18%
	14	Depois	10	14	11,86	1,099	9,27%
SC (4 itens)	14	Antes	5	12	8,5	2,876	33,84%
	14	Depois	4	13	9,64	2,098	21,76%
SRE (2 itens)	14	Antes	6	9	7,64	0,842	11,02%
	14	Depois	2	10	7,29	1,858	25,49%
Satisfação Total	14	Antes	46	72	56,71	6,911	12,19%
	14	Depois	43	79	60,43	9,296	15,38%

\* Coeficiente de Variação (Diferença entre desvio padrão e média)

Ao analisar os dados apresentados no quadro relativamente às seis dimensões da satisfação no trabalho, nos dois momentos os enfermeiros estão mais satisfeitos na dimensão SRE, apresentando antes uma média 7,64 e depois 7,29 num score máximo de dez e na dimensão SCT, apresentando antes uma média 11,21 e depois 11,86 num score máximo de 15.

Os enfermeiros encontram-se mais insatisfeitos nos dois momentos na dimensão SP, apresentando antes uma média 9,93 e depois 11,21 num score máximo de 35 e na dimensão SBR, apresentando antes uma média 6,57 e depois 7,5 num score máximo de 25.

Em relação às medidas de dispersão apresentadas antes da implementação do método de enfermeiro responsável, a dimensão SRE apresenta um baixo desvio padrão de 0,842 e coeficiente de variação de 11,02%, no entanto em relação à dimensão SC apresenta um elevado desvio padrão de 2,876 e coeficiente de variação de 33,84%.

Por sua vez, após a implementação do novo método a dimensão SCT apresenta um baixo desvio padrão de 1,099 e coeficiente de variação de 9,27%, contudo, em relação à dimensão SP apresenta um elevado desvio padrão de 4,003 e coeficiente de variação de 35,7%.

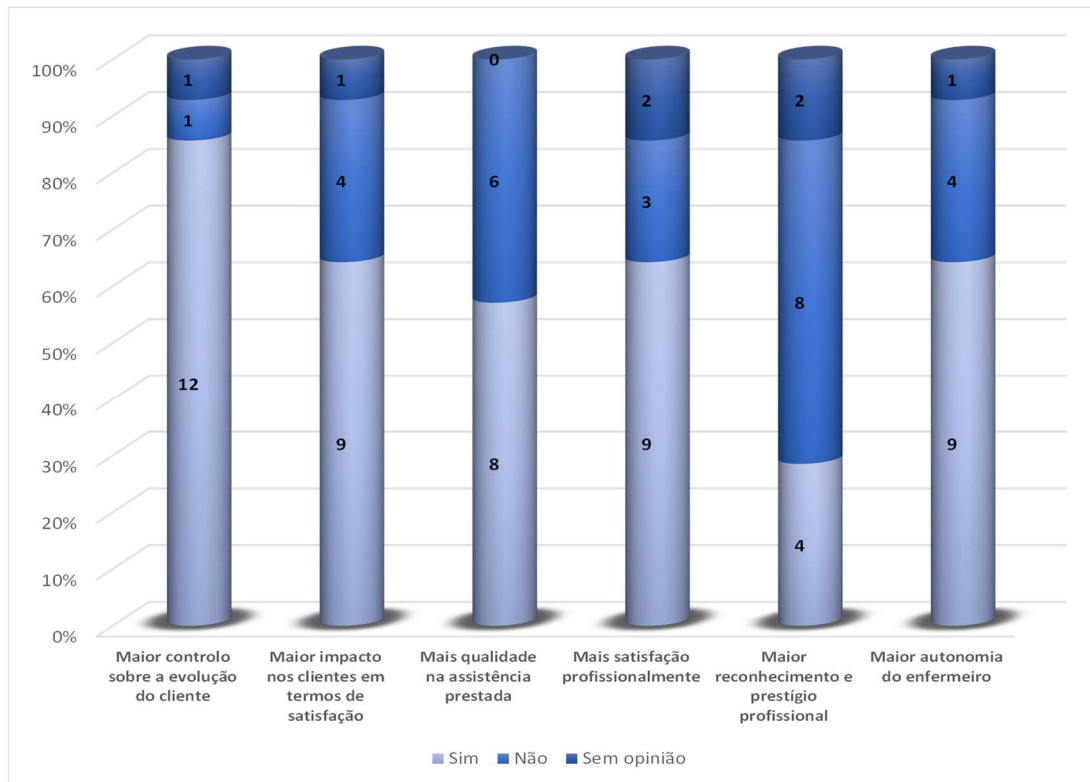
Por último, com o recurso ao Teste U de Mann-Whitney para amostras independentes, verificamos que há diferenças mas não são significativas pois para a dimensão SRC a significância é de 0,946, na dimensão SBR a significância é de 0,150, a dimensão SP apresenta significância de 0,541, na dimensão SCT a significância é de 0,401 apresentado o mesmo valor na dimensão SC, na dimensão SRE é de 0,839 e por último a satisfação global apresenta significância de 0,227 como podemos visualizar em pormenor no anexo 6.

## **2.2 Opinião dos Enfermeiros depois da implementação do método**

Relativamente à opinião dos enfermeiros sobre o método de trabalho de enfermeiro responsável, os dados foram colhidos findando os três meses de implementação do novo método. As três primeiras questões relacionam o método com o cliente, primeiro no sentido de saber se há ou não maior controlo sobre a sua evolução, o seu impacto em termos de satisfação para o cliente, bem como a qualidade da assistência prestada.

As restantes três questões relacionam o método com a satisfação profissional, reconhecimento e prestígio profissional e por último a autonomia do enfermeiro. Para melhor compreensão apresenta-se o gráfico seguinte.

GRÁFICO 5 - Opinião dos Enfermeiros sobre a implementação do Método de trabalho Enfermeiro Responsável



Como o presente gráfico demonstra, a maioria dos enfermeiros participantes no estudo, 12 dos 14 Enfermeiros afirmaram haver maior controlo sobre a evolução do cliente após a implementação novo método, dos dois restantes, um afirma que não e outro não tem opinião. O mesmo acontece em relação à questão sobre se há maior impacto nos clientes em termos de satisfação, dos quais nove afirmaram que sim, porém quatro afirmaram que não e apenas um não tem opinião. Por último relativamente à questão sobre se há mais qualidade na assistência prestada, oito afirmaram que sim contudo os restantes seis afirmaram que não.

Em relação às três questões seguintes constatamos que na sua maioria, nove dos 14 enfermeiros em estudo, concordam que há mais satisfação profissional, embora três tenham afirmaram que não e dois não têm opinião. O mesmo acontece no que toca à autonomia do enfermeiro, nove reconhecem que sim, no entanto, quatro afirmam que não e apenas um não tem opinião.

O contrário acontece com o reconhecimento e prestígio profissional, dado que quatro afirmaram que sim, oito não concordam e apenas um não teve opinião.

Em síntese, há mudanças com a implementação do método, contudo não se demonstrou serem significativas. Os enfermeiros expressaram opiniões positivas quando aplicado o método em função da existência de maior controle sobre a evolução do cliente, o seu impacto na qualidade da assistência prestada bem como em termos de satisfação no cliente, nos profissionais e na autonomia do enfermeiro, no entanto, quanto ao reconhecimento e prestígio profissional maioritariamente manifestaram uma opinião negativa podendo estar relacionada ou não com a atual não remuneração como enfermeiros especialistas.



### 3 - Registos de Enfermagem

Antes de refletirmos sobre os registos de enfermagem, importa salientar que os EEER deste serviço fazem parte de uma equipa multidisciplinar, constituída também por Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacionais e da Fala e Fisiatras contribuindo todos para o processo assistencial dos clientes internados.

Assim sendo, foram descritos o número e tipo de diagnósticos e intervenções de enfermagem a 14 clientes, três meses antes da implementação do método e o período igual após perfazendo uma diferença de 6 meses entre os dois grupos de clientes.

Como exposto previamente, apesar da média de idade das duas amostras serem curiosamente idêntica, as patologias que padecem, mesmo agrupadas em três categorias (SNC, SNP e o Miopatia de desuso) diferenciam-se dentro do próprio grupo como entre grupos.

É fundamental também frisar, que os clientes que vivenciam as suas transições saúde/doença, independentemente da doença em si, podem estar a vivenciar outras transições em simultâneo o que influencia todo o processo assistencial.

Neste contexto, é de evidenciar que o atual sistema de informação *SClínico* utilizado no Centro Hospitalar onde foi realizado o presente estudo, incorpora a antiga versão Beta 2 da CIPE.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem realça-se que foram identificados 28 focos de enfermagem mais comuns nas duas amostras, ressaltando que para cada foco de enfermagem existem vários diagnósticos de enfermagem formulados como podemos visualizar no anexo 7. Neste anexo, verificamos que dos 28 focos identificados, correspondendo cada um a vários diagnósticos variam em termos percentuais entre 0,1% e 9%.

De seguida apresenta-se detalhadamente o número de diagnósticos identificados mais comuns em função de cada foco, das duas amostras que podem ser visualizados em pormenor no anexo 8 e sintetizado na seguinte tabela.

TABELA 26 - Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem mais comuns relativamente a cada Foco de Enfermagem

	3 Meses antes		3 Meses depois	
	N	%	N	%
Autocuidado: Higiene	52	<b>6,7</b>	39	5,7
Autocuidado: Vestuário	42	5,4	39	<b>5,7</b>
Autocuidado: Arranjo Pessoal	39	<b>5,0</b>	33	4,8
Autocuidado: Uso Sanitário	39	5,0	39	<b>5,7</b>
Alimentar-se	39	<b>5,0</b>	32	4,6
Levantar-se	39	<b>5,0</b>	33	4,8
Erguer-se	42	<b>5,4</b>	33	4,8
Transferir-se	42	<b>5,4</b>	36	5,2
Posicionar-se	38	4,9	36	<b>5,2</b>
Mover em cadeira de rodas	22	<b>2,8</b>	18	2,6
Andar com auxiliar de marcha	9	1,2	9	<b>1,3</b>
Deambular	9	<u>1,2</u>	8	<u>1,2</u>
Movimento muscular	70	<b>9,0</b>	55	8,0
Parésia	16	<b>2,1</b>	12	1,7
Espasticidade	38	<b>4,9</b>	22	3,2
Pé Equino	29	<b>3,7</b>	16	2,3
Equilíbrio	41	5,3	40	<b>5,8</b>
Intolerância à atividade	3	<b>0,4</b>	0	0,0
Deglutição	24	3,1	49	<b>7,1</b>
Aspiração	12	1,5	33	<b>4,8</b>
Comunicação expressiva	5	<b>0,6</b>	3	0,4
Comunicação recetiva	1	0,1	2	<b>0,3</b>
Auto Controlo: Continência Intestinal	10	<b>1,3</b>	4	0,6
Auto Controlo: Continência Urinária	10	<b>1,3</b>	7	1,0
Retenção Urinária	4	0,5	5	<b>0,7</b>
Úlcera de Pressão	34	<b>4,4</b>	26	3,8
Queda	49	6,3	52	<b>7,5</b>
Prestador de cuidados	19	<b>2,4</b>	8	1,2
<b>TOTAL</b>	777	100	689	100

Como podemos constatar na tabela, o número de diagnósticos diminuiu ligeiramente de 777 para 689, **após a implementação do método** de trabalho de enfermeiro responsável com diferença de 88 diagnósticos. Dos 28 Focos de Enfermagem mais comuns, o número de Diagnósticos de Enfermagem antes da implementação do novo método varia entre o mínimo de 1 e o máximo de 70, sendo a média de 27,75 diagnósticos e a moda de 39. Depois da implementação do novo método, o número de diagnósticos varia entre o mínimo de zero e o máximo de 55, sendo a média de 24,61 diagnósticos e a moda de 33.

A diferença percentual de diagnósticos dos 28 focos varia ligeiramente nos dois momentos contudo, mantendo-se a mesma de 1,2% no foco Deambular antes e depois. As percentagens aumentaram nos diagnósticos que provêm dos focos autocuidado: vestuário (de 5,4% para 5,7%), autocuidado: uso sanitário (de 5% para 5,7%), posicionar-se (de 4,9% para 5,2%), andar com auxiliar de marcha (de 1,2% para 1,3%), equilíbrio (de 5,3% para 5,8%), deglutição (de 3,1% para 7,1%), aspiração (de 1,5% para 4,8%), comunicação recetiva (de 0,1% para 0,3%) retenção urinária (de 0,5% para 0,7%) e queda (de 6,3% para 7,5%).

Diminuíram nos diagnósticos que provêm dos focos autocuidado: higiene (de 6,7% para 5,7%), autocuidado: arranjo pessoal (de 5% para 4,8%), alimentar-se (de 5% para 4,6%), levantar-se (de 5% para 4,8%), erguer-se (de 5,4% para 4,8%), transferir-se (de 5,4% para 5,2%), mover-se em cadeira de rodas (de 2,8% para 2,6%), movimento muscular (de 9% para 8%), parésia (de 2,1% para 1,7%), espasticidade (de 4,9% para 3,2%), pé equino (de 3,7% para 2,3%), intolerância à atividade (de 0,4% para 0%), comunicação expressiva (de 0,6% para 0,4%), autocontrole: incontinência intestinal (de 1,3% para 0,6%), autocontrole: incontinência urinária (de 1,3% para 1%), úlcera de pressão (de 4,4% para 3,8%) e prestador de cuidados (de 2,4% para 1,2%).

Constata-se nos dois momentos que os diagnósticos identificados acima da média (3,6%) estão relacionados com os autocuidados, diferenciando-se nos diagnósticos relacionados com os processos corporais, porém destaca-se que a maior percentagem de diagnósticos identificados corresponde ao foco movimento muscular tanto antes como depois da implementação do novo método de trabalho de enfermagem.

Em relação ao número e tipo de Intervenções de Enfermagem, estas foram divididas em 5 grupos que correspondem a: atender (cuidar), executar, gerir, informar e observar e cada intervenção possui um número de especificações associadas, como podemos visualizar na tabela seguinte, mas pormenorizadamente no anexo 9.

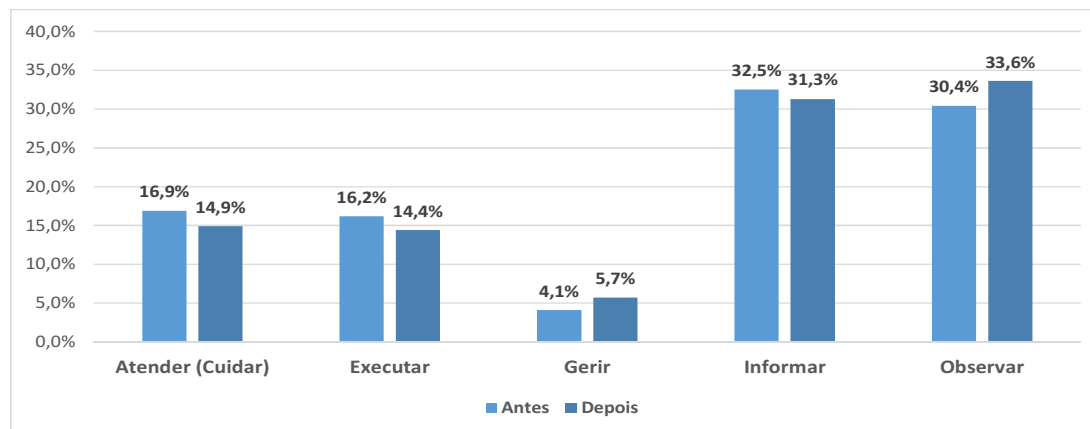
TABELA 27 – Distribuição do tipo de Intervenções de Enfermagem

Tipo de Intervenções de Enfermagem	3 Meses antes				3 Meses depois			
	Intervenções		Especificações		Intervenções		Especificações	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Atender (Cuidar)</b>	490	<b>16,9</b>	18	4,4	437	<b>14,9</b>	19	5,6
<b>Executar</b>	471	16,2	146	<b>35,6</b>	421	14,4	80	<b>23,7</b>
<b>Gerir</b>	118	<b>4,1</b>	13	3,2	167	<b>5,7</b>	10	3,0
<b>Informar</b>	946	<b>32,5</b>	34	8,3	916	<b>31,3</b>	48	14,2
<b>Observar</b>	883	30,4	199	<b>48,5</b>	983	33,6	180	<b>53,4</b>
<b>Total</b>	<b>2908</b>	100	<b>410</b>	100	<b>2924</b>	100	<b>337</b>	100

Verificamos que o número de intervenções de enfermagem, ao contrário do que aconteceu com o número de diagnósticos aumentou ligeiramente de 2908 para 2924, três meses depois da implementação do método de enfermeiro responsável, perfazendo uma diferença de 16 intervenções, porém o número de especificações associadas diminuiu de 410 para 337, perfazendo uma diferença de 73 especificações associadas. Entenda-se que especificações associadas dizem respeito à informação escrita pelo enfermeiro agregada a uma intervenção de enfermagem.

O número de intervenções de enfermagem antes da implementação do método varia entre o máximo de 946 e o mínimo de 118, a média é de 581,9 e não apresenta moda. O número de intervenções de enfermagem depois da implementação do método varia entre o máximo de 983 e o mínimo de 167, a média é de 584,8 e também não apresenta moda. Para melhor compreensão das diferenças percentuais das intervenções prescritas antes e depois da implementação do novo método apresentamos o seguinte gráfico:

GRÁFICO 6 - Distribuição das Intervenções antes e depois



Verifica-se, apesar de praticamente sobreponíveis, depois da implementação do método as intervenções do tipo atender (Cuidar) diminuíram ligeiramente (de 16,9% para 14,9%) como as do tipo executar (de 16,2% para 14,4%) e as do tipo informar (de 32,5% para 31,3%). O contrário aconteceu com as intervenções do tipo gerir que aumentaram (de 4,1% para 5,7%) como as do tipo observar (de 30,4% para 33,6%).

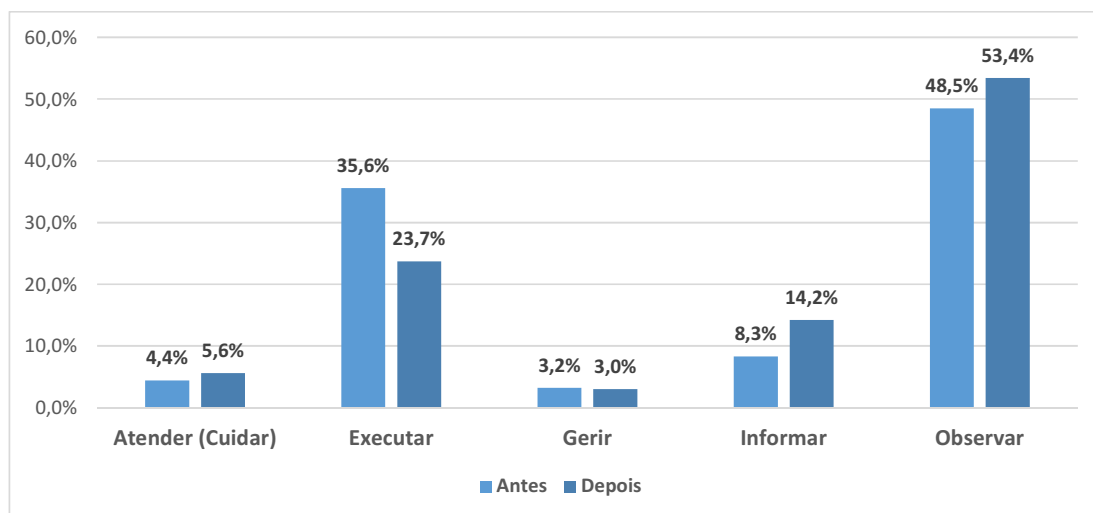
No entanto, constatamos que as maiores percentagens concentram-se nos dois momentos nas intervenções do tipo informar (que incluiu intervenções como ensinar, instruir e treinar, por exemplo uma técnica de exercitação muscular ou uma estratégia relacionada com um autocuidado) e observar (que inclui intervenções como supervisionar por exemplo um tipo de autocuidado ou monitorizar por exemplo uma força muscular através da Escala de *Medical Research Council*).

Sendo de esperar que cada enfermeiro ao interiorizar que seria responsável pelos cuidados poderia ter vontade de deixar mais informação sobre cada uma das intervenções, contudo isso não ocorreu vindo-se a confirmar, o contrário, diminuiu de 410 para 337 espelhando na média de especificações associadas diminuindo de 82 para 67,4. No momento antes, o número de especificações varia entre o máximo de 199 e o mínimo de 13 e não apresenta

moda. No momento de depois, varia entre o máximo de 180 e o mínimo de 10 e também não apresenta moda.

Analizamos de seguida as diferenças percentuais das especificações associadas às mesmas intervenções acima mencionadas através do seguinte gráfico:

GRÁFICO 7 - Distribuição das especificações antes e depois



Ao analisarmos o gráfico verificamos que as percentagens das especificações aumentaram depois da implementação do método de enfermeiro responsável nas intervenções atender (de 4,4% para 5,6%), informar (de 8,3% para 14,2%) e observar (de 48,5% para 53,4%) e diminuíram nas intervenções executar (de 35,6% para 23,7%) e gerir (de 3,2% para 3%).

No entanto, em ambos os momentos as maiores percentagens de especificações associadas encontram-se nas intervenções do tipo executar (que incluem intervenções de executar uma técnica de exercitação muscular especificando qual o segmento a ser intervencionado) e no tipo observar (que incluem intervenções do tipo supervisionar por exemplo um autocuidado e monitorizar por exemplo uma força muscular através da Escala de *Medical Research Council* identificando qual o segmento a ser monitorizado).

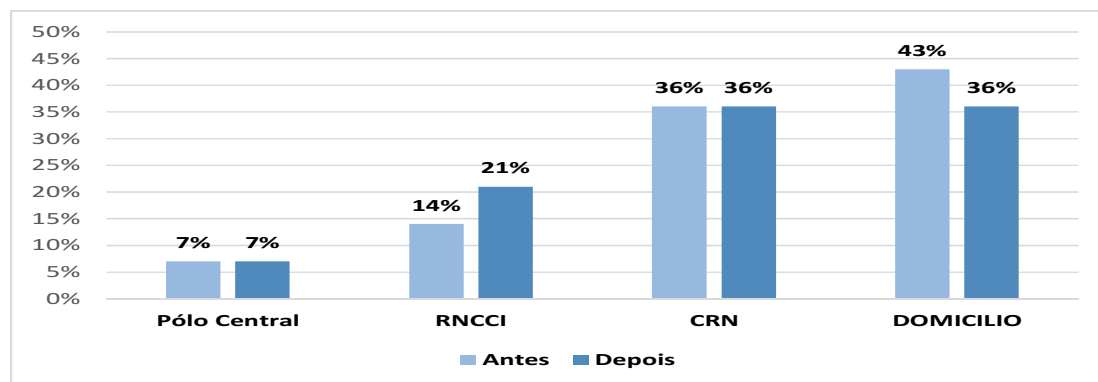
### 3.1 Tempo de internamento

Os clientes internados no serviço em estudo situado num dos polos do Centro Hospitalar podem ser encaminhados, dependendo do seu estado de saúde, evolução da doença e

recuperação de autonomia, para três locais, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), o Centro de Reabilitação do Norte (CRN) e o domicílio.

Não obstante, na presença de agravamento do estado de saúde do cliente durante o internamento neste serviço, poderá ser reencaminhado para qualquer serviço do Pólo Central. Para melhor analisarmos os dados relativamente ao encaminhamento dos clientes entre o antes e depois da implementação do novo método de trabalho de enfermagem apresenta-se o seguinte gráfico.

GRÁFICO 8 - Distribuição por encaminhamento do cliente

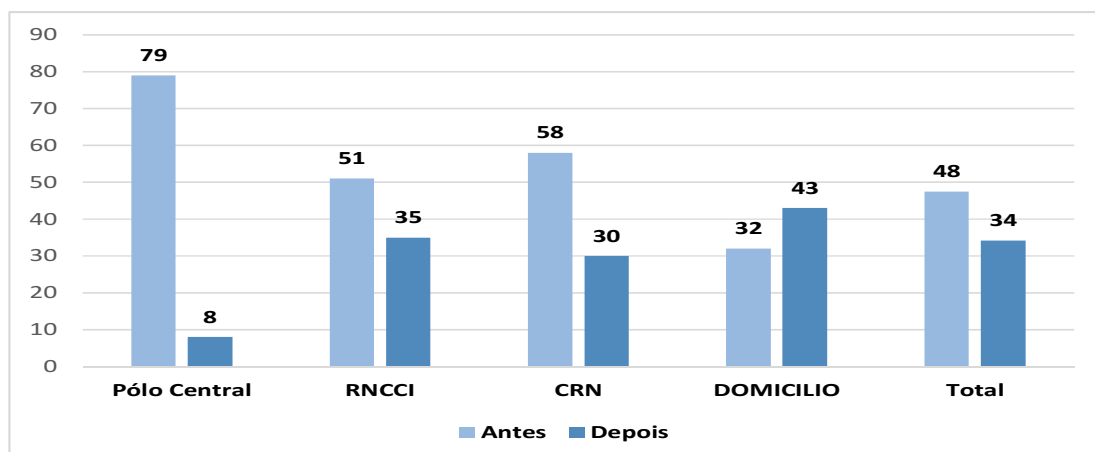


Analisando os valores percentuais apresentados, a percentagem de clientes reencaminhados para o Pólo Central por agravamento do estado de saúde é pequena e igual nos dois momentos sendo 7% cada.

A percentagem de clientes encaminhados para a RNCCI aumentou de 14% para 21% depois da implementação do novo método, podendo estar ou não influenciado com referência já realizada ou não, no serviço antecedente ao atual. Quanto ao encaminhamento para CRN a percentagem de clientes é igual nos dois momentos sendo de 36% cada. No entanto, ao contrário do que se esperava em relação à referência para o domicílio, a percentagem diminuiu de 43% para 36% após a implementação do novo método de trabalho.

Relativamente à média de dias de internamento, para melhor analisarmos os dados colhidos apresentamos o seguinte gráfico.

GRÁFICO 9 - Média de dias de Internamento



Independentemente do encaminhamento após a alta constatamos que a média de internamento neste serviço diminuiu de 48 para 34 dias após a implementação do Método de trabalho de Enfermeiro Responsável, reduzindo 14 dias de internamento.

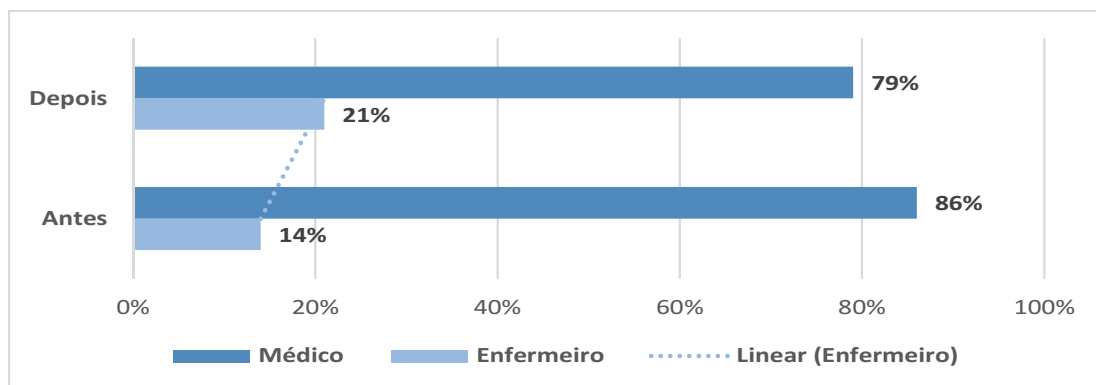
No entanto, relembra-se que o tempo de internamento pode ser agravado ou não quando o cliente é reencaminhado para a RNCCI e para o CRN devido ao número de vagas destas duas organizações de saúde. Acrescenta-se como referido anteriormente que o tempo de internamento dos clientes que são reencaminhados para RNCCI varia também de acordo com o momento em que o processo foi iniciado, podendo ser iniciado no internamento antecedente a este, diminuindo o tempo de internamento no atual serviço ou o contrario, quando iniciado neste serviço aumentando o tempo, visto que frequentemente o tempo de espera para a RNCCI é de um mês após o início do processo.

Assim, da análise realizada percebemos que a média de dias de internamento diminuiu após a implementação do novo método nos clientes, nos clientes encaminhados para o Pólo Central passando de uma média de 79 para oito dias, igualmente com os clientes encaminhados para CRN, passando de uma média 58 para 30 dias e com os clientes encaminhados para RNCCI passando de uma média de 51 para 35 dias. O contrário aconteceu com os clientes que tiveram alta para o domicílio aumentando a média de dias de internamento de 32 para 43 dias.

### 3.2 Plano de alta

No que toca ao profissional que iniciou o plano de alta, após esclarecimento com o Grupo de Apoio à Prática de Enfermagem do Centro Hospitalar em estudo, a partir do momento em que o médico inicia o plano de alta o atual sistema de informação *SClinico*, não permite visualizar quando é que enfermeiro inicia o plano de alta. Tendo isto em consideração, apresentamos o seguinte gráfico para melhor analisarmos os dados colhidos.

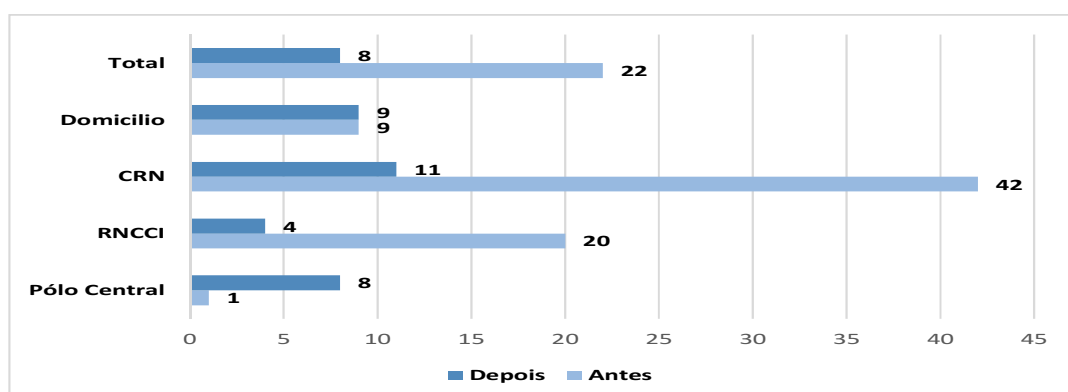
GRÁFICO 10 - Distribuição do Profissional que iniciou o Plano de Alta - Antes e Depois



Analisando o gráfico apresentado tanto antes como depois da implementação do novo método, maioritariamente foi o médico que iniciou o plano de alta. No entanto, constata-se que após a implementação do novo método a percentagem de enfermeiros a iniciar o plano de alta aumentou de 14% para 21%, revelando antecipação no planeamento da alta por parte do enfermeiro responsável, ao contrário do que aconteceu com o início do plano de alta por parte do médico diminuindo de 86% para 79%.

No que diz respeito à média de diferença de dias entre o início do plano de alta e o dia da alta, na totalidade ao contrário do que se esperava diminuiu de 22 para oito dias, após a implementação do novo método como constatamos no gráfico seguinte.

GRÁFICO 11 - Média de diferença de dias entre o início do Plano de Alta e o dia da Alta



Analisando detalhadamente, a média de diferença de dias entre o início do plano de alta e o dia da alta dos clientes com alta para o domicílio é de nove dias antes e depois do novo método, por sua vez aumentou de um para oito dias quando encaminhados para o Pólo Central. Mas ao contrário do que se esperava, diminuiu de 42 para 11 dias nos clientes encaminhados para o CRN e de igual forma para os clientes encaminhados para a RNCCI de 20 para quatro dias.

### 3.3 Visitas Domiciliárias

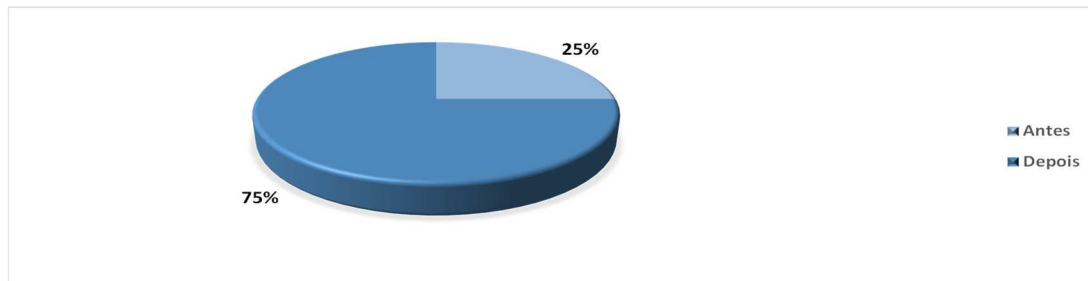
Mesmo após a alta para o domicílio, alguns clientes ainda apresentam algumas limitações. O risco de queda gera a necessidade de material de apoio no domicílio como por exemplo o uso de cadeiras sanitárias, barras de apoio nos quartos de banho, camas articuladas com grades, etc., equipamentos frequentemente necessários para os clientes após a alta.

O material usado para se movimentarem como por exemplo, canadianas, andarilho ou tripé igualmente eleva o risco de queda sobretudo quando o próprio domicílio contém obstáculos como tapetes e mobiliários, acrescidos da necessidade de subir e descer degraus. Estes mesmos obstáculos impossibilitam muitas vezes a circulação de clientes dependentes de cadeiras de rodas.

Durante todo o internamento no Serviço de Medicina Física e Reabilitação Internamento, são realizados ensinamentos sobre a prevenção de quedas quer dentro do serviço como futuramente no domicílio, acrescidos da realização de visitas domiciliárias pelos enfermeiros de reabilitação objetivando contribuir para uma melhor adaptação no regresso

a casa promovendo a segurança e independência no próprio domicílio. Neste sentido, para melhor análise dos dados colhidos apresentamos o seguinte gráfico.

GRÁFICO 12 - Visitas Domiciliárias



De acordo com o gráfico apresentado, constatamos que a percentagem de visitas domiciliares realizadas aumentou consideravelmente de 25% para 75% após a implementação do Método de Enfermeiro Responsável.

Em síntese podemos afirmar que no momento depois da implementação do novo método de trabalho de enfermagem a média de internamento do serviço em estudo diminuiu de 48 para 34 dias, independentemente do encaminhamento após a alta, reduzindo 14 dias de internamento. A percentagem de enfermeiros a iniciar o plano de alta aumentou de 14% para 21% e o número de visitas domiciliares realizadas aumentou de 25% para 75%. No entanto, ao contrário do que se esperava, a média de diferença de dias entre o início de plano de alta e o dia da alta diminuiu de 22 para oito dias na sua totalidade.

#### 4 - Evolução da satisfação e dos registos

No presente capítulo será concretizada a discussão dos resultados obtidos visando compará-los com outros de investigações já realizadas e com a evidência teórica no âmbito do método de enfermeiro responsável, por forma a responder à questão de partida *“Será que o método de enfermeiro responsável altera a satisfação dos enfermeiros no trabalho e provoca alterações no registo de atividades na assistência dos clientes?”*. Nesta lógica, foram efetuados dois momentos de avaliação, três meses antes e três meses após a realização de uma formação sobre o método de enfermeiro responsável seguido da sua implementação, utilizando duas amostras não probabilísticas intencionais: Enfermeiros e Registos.

A amostra dos Enfermeiros é constituída na íntegra por 14 EEER, maioritariamente são do sexo feminino, ou seja, dez e apenas quatro são do sexo masculino, valores que vão de encontro aos dados estatísticos a nível nacional da OE (2016), apresentados no dia 31 de Dezembro 2016, sendo 2371 Enfermeiros do sexo feminino num total de 3350 EEER. Apresentam uma média de tempo de serviço de 15,36 anos mas como especialistas de 4,79 anos, média de idade 37,71 anos, mediana e moda de 36, ligeiramente superior comparativamente ao grupo etário com maior representatividade dos 3350 EEER que é entre os 31 e 35 anos (OE, 2016 b).

Relativamente à satisfação no trabalho dos enfermeiros deste serviço constata-se que a média global das seis dimensões da escala EAST-Enf, apesar de mais baixas que a média global de 71,95 no estudo de Ferreira e Loureiro (2012), de 78,34 no estudo de Maia (2012) e 67,71 no estudo de Martinho (2015), aumentou de 56,71 para 60,43 após a implementação do novo método de trabalho de enfermagem. Importa salientar que as amostras dos três estudos referidos são muito superiores a este, apresentando amostras de 141 EEER no estudo de Martinho (2015), 220 enfermeiros no estudo de Maia (2012) e 722 enfermeiros no estudo de Ferreira e Loureiro (2012) autores que construíram e validaram a escala.

Analisando as médias de cada dimensão, quanto à dimensão SRC a média aumentou de 12,86 para 12,93, sendo em ambos os momentos mais alta que a média de 12,82 de Ferreira e Loureiro (2012), de 10,60 de Maia (2012), porém mais baixa que 13,12 de Martinho (2015).

No que concerne à dimensão SBR embora tenha aumentado de 6,57 para 7,5 após o novo método, ambas são claramente mais baixas que a média de 10,64 de Ferreira e Loureiro (2012), 19,88 de Maia (2012) e 8,58 de Martinho (2015). Igualmente se verificou em relação à dimensão SP, apesar da média ter aumentado de 9,93 para 11,21, são mais baixas que a média de 16,34 de Ferreira e Loureiro (2012), 25,5 de Maia (2012) e 14,86 de Martinho (2015).

Relativamente à dimensão SCT se bem que a média aumentou de 11,21 para 11,86 após o novo método, são mais baixas que a média de 12,75 de Ferreira e Loureiro (2012) e 12,37 de Martinho (2015), no entanto mais elevada que a média de 5,77 de Maia (2012). Quanto à dimensão SC apesar da média ter aumentado de 8,5 para 9,64, são mais baixas que a média de 11,22 de Ferreira e Loureiro (2012), 12,70 de Maia (2012) e 10,53 de Martinho (2015).

No entanto, ao contrário das anteriores dimensões a média diminuiu de 7,64 para 7,29 na dimensão SRE após a implementação do novo método, sendo mais baixas em relação à média de 8,18 de Ferreira e Loureiro (2012) e 8,25 de Martinho (2015), porém mais altas que a média de 3,91 de Maia (2012).

Em relação à análise da satisfação no trabalho dos enfermeiros em estudo, nos dois momentos os enfermeiros estão mais satisfeitos na dimensão SRE, apresentando antes uma média 7,64 e depois 7,29 num score máximo de dez e na dimensão SCT, apresentando antes uma média 11,21 e depois 11,86 num score máximo de 15, exatamente as mesmas dimensões dos estudos de Ferreira e Loureiro (2012), Martinho (2015) e Maia (2012).

Os enfermeiros apresentam menores níveis de satisfação nos dois momentos na dimensão SP, apresentando antes uma média 9,93 e depois 11,21 num score máximo de 35 e na dimensão SBR, apresentando antes uma média 6,57 e depois 7,5 num score máximo de 25, tal e qual como nos estudos de Ferreira e Loureiro (2012), Martinho (2015) e Maia (2012).

No que concerne à opinião dos enfermeiros sobre a implementação do método, 12 dos 14 participantes, ou seja a maioria, afirmaram haver maior controlo sobre a evolução do cliente após a implementação do novo método, similarmente ao que foi concluído também nos estudos realizado por Allen e Vitale-Nolen (2005) que salientaram que através deste método, o Enfermeiro Responsável é reconhecido como o profissional que maior conhecimento tem sobre o seu cliente.

Quanto à existência ou não de maior impacto nos clientes em termos de satisfação, a maior parte dos participantes, nove dos 14, afirmaram que sim, conforme o concluído também nos estudos de Zetta, et al. (2010) e de Mendes (2012). Neste último, concluiu-se que através deste método é promovida a comunicação e relações de confiança, concedendo maior espaço afetivo e segurança também com os familiares dos clientes.

Em relação a se há mais qualidade na assistência prestada, oito dos participantes afirmaram que sim, perfazendo a maioria das respostas desta questão, conclusões também verificadas no estudo de Mendes (2012) e na análise crítica realizada por Carmona e Laluna (2002) a sete estudos sobre a implementação deste método. Relativamente à questão relacionada com a satisfação profissional, a maior parte dos participantes, nove dos 14, responderam positivamente, concluído igualmente nos estudos de Carmona e Laluna (2002), Allen e Vitale-Nolen (2005) e Zetta, et al. (2010).

No que toca à autonomia do enfermeiro, a maioria, nove dos 14 participantes, reconhece que sim, igualmente concluído nos estudos de Carmona e Laluna (2002) e Zetta, et al. (2010). Contudo, ao contrário do que seria expectável em função dos resultados de Carmona e Laluna (2002), a maior parte dos participantes, oito dos 14, não concordaram quanto ao reconhecimento e prestígio profissional após a implementação do método de enfermeiro responsável.

Um dos objetivos do serviço onde foi realizado o estudo consiste em tratar os clientes imediatamente após a fase aguda (Portugal, 2011). Na amostra Registos, constituída por dois grupos de 14 clientes de três meses antes e três depois da implementação do novo método, apresentam curiosamente nos dois momentos a mesma média de idade de 56 anos, mediana de 52 antes e 53 depois, maioritariamente são do sexo masculino (71% antes e 64% depois), padeciam maioritariamente de patologias do SNC (64% antes e 57% depois) e nos dois momentos 29% padeciam de patologias do SNP.

Uma das competências específicas dos EEER consiste em avaliar a funcionalidade a nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, alimentação, eliminação e sexualidade e diagnosticar alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades (Regulamento nº 125/2011). Entre os dois momentos o número de diagnósticos identificados diminuiu de 777 para 689, espelhando-se na diminuição da média de diagnósticos de 27,75 para uma média 24,61.

Sendo a missão do serviço reabilitar e atender pessoas com perda súbita de autonomia como objetivo de atingir a totalidade do seu potencial o mais rapidamente possível

(Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação, 2017), a diferença percentual de diagnósticos dos 28 focos mais comuns varia ligeiramente nos dois momentos, no entanto, os diagnósticos identificados acima da média (3,6%) relacionam-se com os autocuidados, diferenciando-se nos diagnósticos relacionados com os processos corporais. A maior percentagem de diagnósticos identificados corresponde ao foco Movimento Muscular tanto antes como depois espelhando as sequelas motoras dos clientes internados.

No que respeita ao número e tipo de intervenções de enfermagem, é da responsabilidade do EEER, ensinar, demonstrar e treinar técnicas objetivando a promoção do autocuidado e da continuidade de cuidados nos diferentes contextos (Regulamento nº 125/2011), e sob esta ótica, as intervenções de enfermagem foram divididas em 5 grupos que correspondem a: atender (cuidar), executar, gerir, informar e observar e cada intervenção possui um número de especificações associadas que correspondem à informação escrita pelo enfermeiro agregada a uma intervenção de enfermagem.

Tendo em conta que EEER *concebe planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao autocontrolo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade* (Regulamento nº 125/2011, p. 8658), relativamente aos dois momentos o número de intervenções de enfermagem aumentou ligeiramente de 2908 para 2924, refletindo-se na média que aumentou de 581,9 para 584,8. Apesar de praticamente sobreponíveis, as maiores percentagens concentram-se nos dois momentos nas intervenções do tipo informar (que incluiu intervenções como ensinar, instruir e treinar) e observar (que inclui intervenções como supervisionar e monitorizar).

Sendo das competências do EEER *ensinar a pessoa e ou cuidador técnicas específicas de autocuidado e realizar treinos específicos de AVD's (...)* (Regulamento nº 125/2011, p. 8659), naturalmente seria espectável que cada enfermeiro, ao interiorizar que seria responsável pelos cuidados, poderia querer deixar mais informação sobre cada uma das intervenções, contudo isso não ocorreu, pois o número de especificações associadas às intervenções diminuiu de 410 para 337, espelhado na diminuição da média ao passar de 82 para 67,4. Porém, em ambos os momentos as maiores percentagens de especificações associadas encontram-se nas intervenções do tipo executar e no tipo observar.

Sob este prisma, ciente que o número de diagnósticos de enfermagem identificados diminuiu e as intervenções prescritas aumentaram e tendo em consideração todos os intervenientes do processo assistencial, a subjetividade da vivência da transição saúde/doença e vivências de possíveis transições simultâneas, o facto de apenas um

enfermeiro ser responsável pelo processo de enfermagem do seu cliente, responsabilizando-se por mantê-lo o mais atualizado possível, característica fundamental do novo método implementado, faz a diferença, assumido também Lundgren, et al. (2005) que este método promove maior sistematização do plano de cuidados a serem prestados.

A continuidade dos cuidados é crucial nos serviços de saúde e, sob esta ótica, Menoita, et al. (2012) evidencia que o planejamento da alta inicia-se no momento da admissão numa unidade de cuidados, prolongando durante todo o internamento, tendo como objetivo promover a independência e a transferência apropriada e em tempo útil de uma instituição para outra ou para a comunidade. Neste sentido, quanto ao encaminhamento dos clientes internados neste serviço poderá ser efetuado para a RNCCI, o CRN e para o domicílio, no entanto, na presença de agravamento do estado de saúde poderão ser reencaminhados para qualquer serviço do Pólo Central.

Dos dados colhidos das duas amostras do estudo, a percentagem de clientes encaminhados para a RNCCI aumentou de 14% para 21% depois da implementação do novo método, podendo estar ou não influenciado com referência já realizada ou não, no serviço antecedente ao atual. A percentagem de clientes reencaminhados tanto para o Pólo Central por agravamento do estado de saúde é igual nos dois momentos sendo 7% cada, assim como nos clientes encaminhados para o CRN, 36% cada. Contudo, ao contrário do que se esperava quanto à referência para o domicílio, a percentagem diminuiu de 43% para 36% após a implementação do novo método de trabalho, uma vez que o planejamento da alta é da responsabilidade do Enfermeiro Responsável (Manthey, 2014).

Em relação à média de dias de internamento, esta diminuiu globalmente de 48 para 34 dias após a implementação do novo método. Detalhadamente, a média diminuiu nos clientes encaminhados para o Pólo Central de 79 para oito dias, para o CRN de 58 para 30 dias e para a RNCCI de 51 para 35 dias, mas aumentou de 32 para 43 dias nos clientes que tiveram alta para o domicílio. Porém, não foi possível determinar se a mudança do método teve influência nas alterações das médias de internamento.

Sabemos que através do mesmo, para além dos cuidados serem mais personalizados, promove um melhor planejamento de alta, pois é da responsabilidade do Enfermeiro Responsável preparar o cliente e sua família de forma segura e eficaz (Manthey, 2014), podendo alterar o tempo de internamento. Porém, é crucial reconhecer que este é também influenciado pelos restantes intervenientes do processo assistencial e pode ser agravado ou não pela espera de vaga para o CRN ou RNCCI, variando neste último de acordo com o

momento em que o processo foi iniciado, se no internamento antecedente a este, diminui o tempo de internamento no atual serviço, se iniciado no próprio serviço, aumenta.

Relativamente ao Profissional que iniciou o plano de alta, apesar de nos dois momentos maioritariamente ter sido o médico a iniciar o plano de alta, após a implementação do novo método a percentagem de enfermeiros a iniciar o plano de alta aumentou de 14% para 21%, diminuindo de 86% para 79% por parte do médico, o que revela responsabilidade pelo planeamento da alta por parte do enfermeiro responsável, característica essencial deste método (Manthey, 2014).

Quanto às visitas domiciliárias, estas aumentaram consideravelmente de 25% para 75% após a implementação do método de enfermeiro responsável. Deduzimos neste sentido, que para os enfermeiros responsáveis, a realização de visitas domiciliárias aos seus clientes com alta para o domicílio são cruciais, tomando eles mesmos a iniciativa de as realizar, fruto de melhor conhecerem o seu cliente e consequentemente de obterem mais dados para melhor decidirem, característica do novo método de trabalho (Manthey, 2014).

## CONCLUSÃO

O método de enfermeiro responsável caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro pelas tomadas de decisão sobre os cuidados a serem prestados aos seus clientes, espelhando-se na descentralização da tomada de decisão e autorização em dirigir as ações de outros que o substituem na sua ausência. O enfermeiro responsável assume a responsabilidade pela assistência de enfermagem dos seus clientes desde a sua admissão até à alta, prestando cuidados para além de os decidir, sempre que está ao serviço, mas para que assim aconteça, na sua ausência os seus planos de cuidados são cumpridos pelos seus enfermeiros associados podendo estes modificá-los em caso de alteração do estado de saúde dos clientes.

Pretendeu-se desenvolver um estudo descritivo com avaliação antes e depois da mudança do método de trabalho, recorrendo à metodologia de investigação mista, sendo efetuada a implementação do método de enfermeiro responsável num serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação de um Centro Hospitalar do Norte, após a realização de uma formação. Embora tenha ocorrido uma proposta da investigadora houve acordo do Enfermeiro Chefe e aceitação por parte dos enfermeiros do serviço.

De acordo com a metodologia planeada, verificamos mudanças ocorridas após a implementação do método a partir da satisfação no trabalho e análise dos registos.

Podemos concluir quanto à satisfação no trabalho dos enfermeiros a média global das seis dimensões da escala EAST-Enf aumentou de 56,71 para 60,43 após a implementação do novo método de trabalho de enfermagem, no entanto, realça-se que a média diminuiu de 7,64 para 7,29 na dimensão *Satisfação no Relacionamento com a Equipa* podendo estar relacionada com a mudança de carga horária de trabalho passando de 40 para 35 horas de alguns enfermeiros no momento de preenchimento do segundo questionário.

No que concerne à opinião dos enfermeiros sobre a implementação do método, a maioria afirmou a existência de maior controlo sobre a evolução do cliente, maior impacto nos clientes em termos de satisfação, mais qualidade na assistência prestada, maior satisfação profissional e maior autonomia do enfermeiro. Contudo, ao contrário do que se esperava a maior parte dos participantes não concordaram que haja reconhecimento e prestígio profissional podendo estar relacionada com a não remuneração justa das funções exercidas.

No que respeita à amostra Registos, entre os dois momentos o número de diagnósticos identificados diminuiu. No entanto, apesar da ligeira diferença percentual os diagnósticos mais comuns nos dois momentos, relacionam-se com os focos de enfermagem dos autocuidados, diferenciando-se dos relacionados com os processos corporais. A maior percentagem de diagnósticos identificados corresponde ao foco movimento muscular tanto antes como depois espelhando, as sequelas motoras dos clientes internados.

No que concerne ao número e tipo de intervenções de enfermagem, relativamente aos dois momentos, o número de intervenções de enfermagem aumentou ligeiramente. Contudo, apesar de praticamente sobreponíveis, as maiores percentagens concentram-se nas intervenções do tipo informar (que incluiu intervenções como ensinar, instruir e treinar) e observar (que inclui intervenções como supervisionar e monitorizar) nos dois momentos.

Relativamente ao encaminhamento dos clientes internados, este pode ser efetuado para a RNCCI, o CRN, para o domicílio e na presença de agravamento do estado de saúde, para o Pólo Central. De referir que a percentagem de clientes encaminhados para a RNCCI aumentou podendo estar ou não influenciado com referenciação já realizada ou não, no serviço antecedente ao atual. A percentagem de clientes reencaminhados tanto para o Pólo Central como para o CRN é igual nos dois momentos. Ao contrário do que se esperava quanto à referenciação para o domicílio, a percentagem diminuiu após a implementação do novo método de trabalho.

Em relação à média de dias de internamento, esta diminuiu globalmente após a implementação do novo método. Concluiu-se que apesar dos cuidados serem mais personalizados, promovendo um melhor planeamento de alta, não foi possível determinar se a mudança do método foi a origem das alterações das médias de internamento, sendo crucial reconhecer que esta é também influenciada pelos restantes intervenientes do processo assistencial, podendo ser agravado ou não pela espera de vaga para o CRN ou RNCCI.

Quanto ao profissional que iniciou o plano de alta, apesar de nos dois momentos maioritariamente ter sido o médico a iniciar o plano de alta, após a implementação do novo método a percentagem de enfermeiros a iniciar o plano de alta aumentou, o que revela responsabilidade pelo planeamento da alta por parte do enfermeiro responsável.

Em relação às visitas domiciliárias estas triplicaram, após a implementação do novo método, deduzindo-se que para os enfermeiros responsáveis, a realização das mesmas aos seus clientes com alta para o domicílio são cruciais, para um melhor planeamento de alta.

Podemos assim dizer que a implementação do método teve contributos para a assistência de enfermagem, contudo o estudo apresenta limitações, sendo de salientar o tamanho das amostras, o ter sido realizado num serviço apenas com enfermeiros especialistas e por último, a realização da segunda avaliação ser apenas uma e ao fim de três meses.

Sabemos que o estudo tem como potencialidade contribuir para a reflexão sobre a oportunidade que é para a enfermagem o uso deste método e ainda demonstrar que é possível a sua utilização na realidade do nosso País.

Depois da reflexão que efetuamos deixamos como sugestão que outros serviços se proponham fazer esta mudança, que o nosso serviço continue a aperfeiçoar a implementação do método como um caminho para a qualidade e garantia da satisfação e visibilidade dos enfermeiros e por ultimo, que além das variáveis estudadas que se associe a satisfação dos clientes antes e depois da implementação do método de enfermeiro responsável.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEN, Diane; VITALE-NOLEN, Roberta. Patient care delivery model improves nurse job satisfaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 2005, vol. 36, nº6, pp. 277-282.

ALMEIDA, Filipe. Gestão de pessoas. In: ALMEIDA, Filipe: coordenação. *Introdução à gestão de organizações*. 4ª ed. Lisboa: Escola Editora, 2016. ISBN 978-972-513-3. Cap. 5. p. 179-229.

ALMEIDA, Miriam de Abreu; LUCENA, Amália de Fátima. O processo de enfermagem e as classificações NANDA-I, NIC e NOC. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu; et. al. *Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2575-0.

ALVES, Vera Lúcia. Competências essenciais à liderança na enfermagem quanto ao enfoque da gestão de pessoas. In: MALAGUTTI, William; CAETANO, Karen Cardoso. *Gestão do serviço de enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. ISBN 978-85-7771-054-6. pp.76-83

ANTÓNIO, Nelson Santos; TEIXEIRA, António. *Gestão da qualidade: de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. 1ª ed. Lisboa: Sílabo. 2009. ISBN 978-972-618-447-8.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS GESTORES E LIDERANÇA. Referencial de Competências para Enfermeiros da Área da Gestão. [Em linha]. 2009, pp. 1-9. [Consult. 01 Outubro 2016]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO. Jornadas de Enfermagem de Reabilitação: O caminho já percorrido, um olhar para o futuro. [Em linha]. 2017. [Consult. 02 Abril 2017]. Disponível em: <http://www.aper.pt/geral/listaeventos.aspx?tipo=1>

BASTOS, Carmen; SARAIVA, Margarida. A qualidade dos cuidados de enfermagem e a Norma ISO: aplicação empírica no Hospital Cuf Infante Santo. [Em linha]. 2011, pp. 1-39. [Consult. 22 Fevereiro 2017]. Disponível em [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo\\_carmen\\_MS\\_final.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/3643/1/artigo_carmen_MS_final.pdf)

BITTAR, Olímpio. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*. 2001, vol. 3, nº12, pp. 21-28.

BOWERS, Len. The significance of primary nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 1989, vol. 14, pp. 13-19.

CAMPOS, Luís; SATURNO, Pedro; CARNEIRO, António. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: a qualidade dos cuidados e serviços. [Em linha]. 2010. [Consult. 17 Fevereiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2010/07/Q2.pdf>

CARDOSO, Maria; RAMOS, Laís; D'INNOCENZO, Maria. Liderança coaching: um modelo de referência para o exercício do enfermeiro líder no contexto hospitalar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2011, vol. 45, nº 3, pp.730-737.

CARMONA, Luciana; LALUNA, Maria Cristina. Primary nursing: pressupostos e implicações na prática. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2002, vol. 4, nº 1, pp.12-17.

CAVELÃO, Cristiano, et al. Competências requeridas do enfermeiro auditor para a prática profissional: revisão integrativa. *Revista de enfermagem UFPE On Line*. 2015, vol. 9, nº 10, pp.9584-9592. ISSN 1981-8963.

CHIAVENATO, Idalberto. *Treinamento e desenvolvimento de recursos humanos: como incrementar talentos na empresa*. 7ª ed. São Paulo: Manole, 2009. ISBN 978-85-204-2804-7.

CHIAVENATO, Idalberto. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. 9ª ed. Barueri, SP: Manole, 2014. ISBN 978-85-3204-3669-1.

CORREIA, Isabel. Psicologia social da justiça: fundamentos e desenvolvimentos teóricos e empíricos. *Análise Psicológica*. 2010, vol. 28, nº 1, pp. 7-28.

COSTA, José dos Santos. *Método e percepção de cuidar em enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 1999. Tese de mestrado.

CROSSETTI, Maria da Graça, LOWENHAUPT, Myrna; Dias, Vera. Construção do processo de enfermagem no HCPA e sua informatização. In: ALMEIDA, Miriam de Abreu; et. al. *Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre*. Porto Alegre: Artmed, 2011. ISBN 978-85-363-2575-0.

CUNHA, Ana Patrícia; MOTA, Liliana Andreia. *Sistema de apoio à prática de enfermagem: guia prático*. Loures: Lusociência, 2007. ISBN 978-972-8930-32-5.

CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm; NETO, Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes. Competências Gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? *Texto Contexto Enferm.*, 2006, vol15, nº3, pp. 479-482.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2006, vol.59, nº 1, pp. 84-88.

DECRETO-LEI nº 305/81. D.R. I Série. Nº 261 (1981-11-12), p. 2998-3004.

DECRETO-LEI nº 437/91. D.R. I Série. Nº 257 (1991-11-08), p.5723-5741.

DECRETO-LEI nº 247/2009. D.R. I Série. Nº 184 (2009-09-22), p.6758-6761.

DECRETO-LEI nº 248/2009. D.R. I Série. Nº 184 (2009-09-22), p. 6761- 6765.

DESPACHO nº 14223/2009. D.R. II Série. Nº 120 (2009-06-24), p. 24667 - 24669.

DIAS, Lídia. Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca*. 2014, vol. 2, nº 1, pp. 39-40.

DOENGES, Marilyn; MOORHOUSE, Mary France. *Aplicação do Processo de Enfermagem e do diagnóstico de Enfermagem: um texto interativo para o raciocínio diagnóstico*. 5ª ed. Loures: Lusociência, 2010. ISBN 978-972-8930-57-8.

DONABEDIAN, Avedis. *An introduction to quality assurance in health care*. Nova Iorque: Oxford University Press, 2003. ISBN 978-0-19-515809-2.

ESCOVAL, ANA. Gerir serviços de saúde em contexto de mudança. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 2003, nº 10, pp.24-26.

FELLI, Vanda; PEDUZZI, Marina; LEONELLO, Valéria. Trabalho gerencial em enfermagem. In: LIMA, António, et al. *Gerenciamento em enfermagem*. Coordenação Paulina Kurcgant. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2980-2. p. 21-32.

FERREIRA, Manuel Portugal; SANTOS, João Carvalho; SERRA, Fernando Ribeiro. *Ser empreendedor: pensar, criar e moldar a nova empresa*. 2ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2010. ISBN 978-972-618-581-9.

FERREIRA, Maria Manuela Frederico. *Organizações, trabalho e carreira*. Loures: Lusociência, 2006. ISBN 972-8930-30-5.

FERREIRA, Maria Manuela Frederico. Gestão em enfermagem de Florence Nightingale aos nossos dias. In: QUEIRÓS, Paulo. *Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos*. Série monográfica. Coimbra: Unidade de Investigação em Ciências da Saúde – Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. 2012. ISSN 1647-9440. pp. 57-73.

FERREIRA, Maria Manuela; LOUREIRO, Luís. EAST-Enf: Uma escala de avaliação da satisfação no trabalho para enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem*. 2012, nº 26, pp. 9-15.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. 5ªed. Loures: Lusociência, 2009. ISBN 978-972-8383-10-7.

FRADIQUE, Maria de Jesus; MENDES, Luís. Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Artigo de Investigação. *Revista de Enfermagem Referência*. 2013, III Série, nº10, pp. 45-53.

FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos. *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3.

FERREIRA, Manuela Frederico; DA SILVA, Cristiana Filipa Ribeiro. Reformas da gestão na saúde: desafios que se colocam aos enfermeiros. Artigo de Investigação. *Revista de Enfermagem Referência*. 2012, III Série, nº8, pp. 85-93.

GABRIEL, Carmen; GABRIEL, Andrea; BERNARDES; Andréa; ROCHA: Fernanda; MIASSO, Adriana. Qualidade na assistência de enfermagem hospitalar: visão de alunos de graduação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2010, vol. 31, nº 3, pp. 539-535.

GARCIA, Telma Ribeiro; NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Processo de Enfermagem: da Teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Esc Anna Nert Ver Enferm*. 2009, vol. 12, nº1, pp. 188-193.

GELBCKE, Francine; et. al. Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2009, vol. 62, nº1, pp. 136-139.

GLOBAL LEADERSHIP AND ORGANIZATIONAL BEHAVIOR EFFECTIVENESS. Culture and Leader Effectiveness: The GLOBE Study [Em linha]. 2007, pp. 1-6. [Consult. 27 Novembro 2016]. Disponível em: <http://www.inspireimagineinnovate.com/pdf/globesummary-by-michael-h-hoppe.pdf>

GOMES, Jorge F, et al. *Manual de gestão de pessoas e do capital humano*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda, 2008. ISBN:978-972-618-2.

GOMES, José Augusto Pereira; MARTINS, Maria Manuela; GONÇALVES, Maria Narcisa da Costa. Qualidade e a enfermagem de reabilitação em unidades de internamento. In: GOMES, Bárbara, et al. *A Investigação em enfermagem de reabilitação: um novo conhecimento para guiar a prática de cuidados*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. ISBN 978-989-98443-1-5.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. Management of nursing and health care services *Position Statement* [Em linha].2010, pp. 1-2. [Consult. 29 Setembro 2016]. Disponível em: [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/A08\\_Management\\_Nsg\\_Health\\_Care\\_Services.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A08_Management_Nsg_Health_Care_Services.pdf)

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. Nursing research: a tool for action. *Fact Sheet* [Em linha] 2009, pp. 1-3. [Consult. 27 Novembro 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_FolhasInformativas\\_vsINGePT/FI\\_versao\\_ING/Nursing\\_Research/6d\\_FS-Nursing\\_Research.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_FolhasInformativas_vsINGePT/FI_versao_ING/Nursing_Research/6d_FS-Nursing_Research.pdf)

KRON, Thora; GRAY, Anne. *Administração de cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Interlivros, 1994. ISBN 85-7236-006-9.

KURCGANT, Paulina; MASSAROLLO, Maria. Cultura e Poder nas Organizações de saúde. In: LIMA, António, et al. *Gerenciamento em enfermagem*. Coordenação Paulina Kurcgant. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2980-2. p. 1-12.

KURGANT, Paulina; MELLEIRO, Marta Maria; TRONCHIN, Daisy. Indicadores para avaliação de qualidade do gerenciamento de recursos humanos em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2008, vol. 61, nº5, pp. 539-544.

LEI nº 48/90 de 24 de Agosto de 1990. DR. *I Série*. Nº 195 (90-08-24), pp. 3452-3459.

LUNDGREN, Solveig, et al. Job Satisfaction in relation to change to all-RN staffing. *Journal of Nursing Management*. 2005, vol. 13, pp. 322-328

MACHADO, Natália. *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação*. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica do Porto, 2013. Tese de Doutoramento.

MAGALHÃES, Ana Maria Muller, JUCHEM, Beatriz Cavalcanti. Primary nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do hospital de clínicas de Porto Alegre. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2000, vol.21, nº2, pp. 5-18.

MAIA, Neuza. *Satisfação em Enfermagem: comparação entre o sector público e privado*. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território, Universidade de Aveiro, 2012. Tese de Mestrado.

MANTHEY, Marie. The 40th Anniversary of Primary Nursing: Setting the record straight. *Creative Nursing*, 2009, vol.15, nº1, pp. 36-38.

MANTHEY, Marie. *A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento*. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. ISBN 978-85-388-0530-4.

MARTINHO, José Manuel. *Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação*. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu, 2015. Tese de Mestrado.

MATOS, Eliane; PIRES, Denise. Teorias Administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no sector saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 2006, vol.15, nº 3, pp. 508-514.

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions Theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010. ISBN 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, Afaf Ibrahim, et al. Experiencing transitions: An emerging Middle-Range Theory. *Advance in Nursing Science*. 2000, vol.23, nº1, pp. 12-28.

MELEIS, Afaf Ibrahim, TRANGENSTEIN, Patricia A. Facilitating Transition: Redefinition of Nursing Mission. *Nursing Outlook*. 1994, vol.42, nº 6, pp. 255-259.

MENDES, Maria Goreti. A organização dos cuidados e a parceria com os Pais em Pediatria. In: CARVALHO, José, et al. *Transferibilidade do conhecimento de enfermagem de família*. Porto: Escola Superior de S. João, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1. p. 137-142.

MENESES DE ALMEIDA, Lúcio. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, vol.28, nº1, pp.79-92.

MENOITA, Elsa Carvela, et al. *Reabilitar a pessoa idosa com AVC: Contributos para um envelhecer resiliente*. Loures: Lusociência, 2012. ISBN 978-972-8930-78-3.

MEZOMO, João. *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo: Manole, 2001. ISBN 85-204-1263-7.

MIRA, Vera; LEITE, Maria; PRADO, Cláudia. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: LIMA, António, et al. *Gerenciamento em enfermagem*. Coordenação Paulina Kurcgant. 3º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. ISBN 978-85-277-2980-2. p. 128 – 144.

MOTA, Liliana, PEREIRA, Filipe; SOUSA, Paulino. Sistemas de Informação em Enfermagem: exploração da informação partilhada com os médicos. *Revista de Enfermagem Referência*. 2014, Série IV, nº 1, pp. 85-92.

NIDHI. Work motivation and job performance: a comparative study of the selected public and private banques in India. *Internacional Journal of Applied Research*. 2015, vol. 1, nº 6, pp. 302-313.

OLIVEIRA, Rosane de Souza; PASSOS, Elisete Silva. O papel do gestor na motivação dos seus colaboradores. *Caiuro em Revista*. 2013, vol. 2, nº 2, p.33-41.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DE ENFERMAGEM. *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual: Enunciados descritivos*. Divulgar. Lisboa, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Certificação de competências, condições de exercício, suplemento- ACT*. 2004, nº 14, pp. 1- 48.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, CONSELHO DIRECTIVO. *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. [Em linha] 2006, pp. 1-4. [Consult. 27 Novembro 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Enfermagem Portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no atual quadro regulamentar*. [Em linha] Lisboa, 2007 a), pp. 1-21. [Consult. 05 Dezembro 2016]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007\\_EnfermagemPortuguesa\\_Processo\\_Bolonha.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_EnfermagemPortuguesa_Processo_Bolonha.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Sistemas de informação de Enfermagem (SIE): Princípios básicos da arquitetura e principais requisitos técnico-funcionais*. [Em linha], 2007 b), pp. 1-8. [Consult. 05 Dezembro 2016] Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq\\_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem* [Em linha] 2014, pp. 1-38. [Consult. 29 Junho 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. [Em linha] 2015 [Consult. 13 Junho 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *OEDATA EM 31-12-2016. Membros ativos* [Em linha] 2016 a), pp.1-4 [Consult. 29 Junho 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016\\_DadosEstatisticos\\_00\\_Nacionais.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_DadosEstatisticos_00_Nacionais.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *OEDATA EM 31-12-2016. Membros ativos especialistas* [Em linha] 2016 b), pp.1-5. [Consult. 14 Março 2017]. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016\\_Especialistas\\_00\\_Nacionais.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/Documents/2016_Especialistas_00_Nacionais.pdf)

PAIVA, Abel. O papel do enfermeiro. In: NEVES, Maria do Céu Patrão; PACHECO, Susana. *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 2004. ISBN 972-603-326-8. p. 51-61.

PARREIRA, Pedro Miguel. *As Organizações*. Coimbra: Formasau, 2005. ISBN 972-8485-46-8.

PEREIRA, Cristina Maria da Cruz, et al. Perceção de liderança de enfermeiros prestadores de cuidados: estudo realizado numa unidade hospitalar de Coimbra. Artigo de Investigação *Revista Referência*. 2008, IIª Série, nº8, pp. 51-58.

PEREIRA, Filipe Miguel Soares. *Informação e qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Tese de Doutoramento.

PESTANA, Maria Helena e GAGEIRO, João Nunes. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 6ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2014. ISBN 978-972-618-775-2.

PINHA E CUNHA, Miguel, et al. *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. 6ª ed. Lisboa: Editora RH, 2007. ISBN 978-972-8871-16-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Planeamento da alta do Doente com AVC*. Circular informativa nº12/DSPC S [Em linha] 2004, pp. 1-3. [Consult. 05 Dezembro 2016]. Disponível em: <https://servicosociaisaudefiles.wordpress.com/2007/11/alta-avc.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. *Programa Nacional de Acreditação em Saúde*. [Em linha] 2009, pp.1-10. [Consult. 22 Fevereiro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/documentos/programa-nacional-de-acreditacao-em-saude-pdf.aspx>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Medicina Física e de Reabilitação. [Em linha] 2011 [Consult. 24 Março 2017] Disponível em: <http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/242>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Eixo Estratégico – Qualidade em Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha] (2012a) [Consult. 20 Janeiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/0024 - Qualidade em Saúde 2013-01-17 .pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Objetivo para o sistema de saúde – obter ganhos. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha] (2012b) [Consult. 20 Janeiro 2017]. Disponível em: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Obter\\_Ganhos\\_em\\_Saude2.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2012/02/Obter_Ganhos_em_Saude2.pdf)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Sumário Executivo. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* [Em linha] (2012c) [Consult. 20 Janeiro 2017]. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/12/Sumario-executivo.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade em Saúde, DGS, 2014. ISBN 978-972-675-206-6

REGULAMENTO nº 125/2011. D.R II Série. Nº 35 (11-02-18), p.8658-8659.

REGULAMENTO nº 101/2015. D.R. II Série. Nº 48 (15-03-10), p.5948-5952.

RIBEIRO, Olivério de Paiva, et al. Qualidade dos cuidados de saúde. *Instituto Politécnico de Viseu* [Em linha] 2008, Série 35, pp. 1-20. [Consult. 27 Novembro 2016]. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade\\_dos\\_%20cuidados\\_%20de\\_%20saude.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/Qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf)

RODRIGUES, Carlos. A gestão estratégica de recursos humanos como factor-chave da mudança nas organizações da saúde. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*. 2014, nº 12, pp.10-12.

SALE, Diana. *Garantia da qualidade nos cuidados de saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. Lisboa: Principia, 2000. ISBN 972-97457-6-5.

SANTOS, José, et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*. 2013, vol.66, nº2, pp. 257-263.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teóricas-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2009, vol. 85, pp.65-82.

SILVA, Abel Paiva. *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN 978-972-8485-76-4.

SILVA, Maria Antónia Taveira da Cruz Paiva. *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Doutoramento.

SOUSA, Paulo; PINTO, Fausto; COSTA, Carlos; UVA, António. Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença coronária. *Avaliação da qualidade*. 2008, vol.7, pp.57-65.

SOUSA, João; SANTOS, Eniel. Uma análise dos estilos de liderança organizacional. *Biblionline*. UFPB - Departamento da Ciência da Informação. 2010, vol. 6, pp. 160-169.

TAMAYO, Alvaro; PASCHOAL, Tatiene. A relação da motivação para o trabalho com as metas do trabalhador. *Revista de Administração Contemporânea*. 2003, vol.7, nº4, pp.33-54.

TANAKA, Luiza; LEITE, Maria. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. *Acta Paul Enferm*. 2008, vol.21, nº3, pp. 481-486.

YAMAUCHI, Nancy I. *Qualidade gerencial do enfermeiro*. In: MALAGUTTI, Willian; CAETANO, Karen Cardoso. *Gestão do Serviço de Enfermagem no mundo globalizado*. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009. ISBN 978-85-7771-054-6. pp. 41-59.

ZETTA, S. et al. Primary nursing in Intensive Care Unit: measuring nurses' attitudes. *Interscientific Health Care*. 2010, vol.2, nº3, pp. 115-121.

## ANEXOS



## **ANEXO 1 – Questionário A**



### **Notas explicativas para o preenchimento deste questionário**

No âmbito do meu projeto de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo estudar a Satisfação dos Enfermeiros antes e depois da implementação do Método de trabalho de Enfermeiro Responsável no Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação – Pólo de Valongo do Centro Hospitalar de S. João.

Neste sentido solicito a sua colaboração através do preenchimento deste questionário para que possamos melhorar os cuidados de enfermagem prestados por esta unidade de saúde.

Solicita-se que responda na primeira parte a cinco questões de resposta fechada e posteriormente selecione uma cruz (X) nos quadrados correspondentes a cada item, a escolha que melhor expresse a sua opinião.

Na escala existem cinco alternativas de resposta:

- 1) Discordo em absoluto;
- 2) Discordo em parte;
- 3) Não concordo nem discordo;
- 4) Concordo em parte;
- 5) Concordo em absoluto.

As suas respostas permanecerão confidenciais e anónimas e não serão vistas pelos funcionários do serviço. Este questionário não é um teste pelo que não há respostas certas ou erradas.

O seu contributo, com o preenchimento deste questionário é muito valioso para o meu estudo, sem o qual este não será possível.

A resposta a este questionário levará cerca de 10 minutos. Ao respondente é garantido o direito à informação, à segurança e confidencialidade no tratamento dos dados e ao sigilo profissional conforme a Lei 67/98 de 26 de Outubro (art.10º, 14º, 17º). Assim, todas as informações serão utilizadas de acordo com a finalidade deste estudo, pelo que, não deve escrever o seu nome em nenhuma folha do mesmo.

**Questionário – Enfermeiros Especialistas de Reabilitação**

A) Solicita-se que responda às seguintes questões:

1. Idade: \_\_\_ anos.
2. Sexo (Género): Masculino \_\_\_ Feminino \_\_\_.
3. Tempo de serviço: \_\_\_ anos.
4. Tempo de serviço enquanto Enfermeiro Especialista: \_\_\_\_\_ anos.
5. Já teve formação sobre o Método de Enfermeiro Responsável: Sim \_\_\_ Não \_\_\_.

B) Relembre as vivências da última semana e responda a todas as questões assinalando a alternativa que mais se ajuste à sua opinião, tendo em conta a seguinte correspondência:

1. Discordo em absoluto
2. Discordo em parte
3. Nem concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo em absoluto

1. Gosto do meu chefe.	1	2	3	4	5
2. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho.	1	2	3	4	5
3. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados.	1	2	3	4	5
4. O meu chefe é injusto comigo.	1	2	3	4	5
5. Os aumentos salariais são poucos e distantes.	1	2	3	4	5
6. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter.	1	2	3	4	5
7. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser.	1	2	3	4	5
8. Tenho muito que fazer no meu trabalho.	1	2	3	4	5
9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas.	1	2	3	4	5
11. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de serem promovidos.	1	2	3	4	5
12. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo.	1	2	3	4	5

13. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais.	1	2	3	4	5
14. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço.	1	2	3	4	5
15. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso.	1	2	3	4	5
16. A comunicação parece boa dentro desta organização.	1	2	3	4	5
17. O meu trabalho é agradável.	1	2	3	4	5
18. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho.	1	2	3	4	5
19. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho.	1	2	3	4	5
20. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho.	1	2	3	4	5
21. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado.	1	2	3	4	5
22. Os objetivos desta organização não são claros para mim.	1	2	3	4	5
23. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados.	1	2	3	4	5
24. Gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5
25. Gosto dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5



## **ANEXO 2 – Questionário B**



**Notas explicativas para o preenchimento deste questionário**

No âmbito do meu projeto de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretendo estudar a Satisfação dos Enfermeiros antes e depois da implementação do Método de trabalho de Enfermeiro Responsável no Serviço de Internamento de Medicina Física e Reabilitação – Pólo de Valongo do Centro Hospitalar de S. João.

Neste sentido solicito a sua colaboração através do preenchimento deste questionário para que possamos melhorar os cuidados de enfermagem prestados por esta unidade de saúde.

Solicita-se que responda na primeira parte a cinco questões de resposta fechada seguidas de mais seis questões de resposta fechada e posteriormente selecione uma cruz (X) nos quadrados correspondentes a cada item, a escolha que melhor expresse a sua opinião.

Na escala existem cinco alternativas de resposta:

- 1) Discordo em absoluto;
- 2) Discordo em parte;
- 3) Não concordo nem discordo;
- 4) Concordo em parte;
- 5) Concordo em absoluto.

As suas respostas permanecerão confidenciais e anónimas e não serão vistas pelos funcionários do serviço. Este questionário não é um teste pelo que não há respostas certas ou erradas.

O seu contributo, com o preenchimento deste questionário é muito valioso para o meu estudo, sem o qual este não será possível.

A resposta a este questionário levará cerca de 10 minutos. Ao respondente é garantido o direito à informação, à segurança e confidencialidade no tratamento dos dados e ao sigilo profissional conforme a Lei 67/98 de 26 de Outubro (art.10º, 14º, 17º). Assim, todas as informações serão utilizadas de acordo com a finalidade deste estudo, pelo que, não deve escrever o seu nome em nenhuma folha do mesmo.

## Questionário – Enfermeiros Especialistas de Reabilitação

- A) Na sua opinião o Método de Enfermeiro Responsável, contribui para:
1. Maior controlo sobre a evolução do cliente. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
  2. Maior impacto nos clientes em termos de satisfação. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
  3. Mais qualidade na assistência prestada. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
  4. Mais satisfação profissionalmente. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
  5. Maior reconhecimento e prestígio profissional. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
  6. Mais autonomia do enfermeiro. **Sim:\_\_\_Não:\_\_\_Sem opinião:\_\_\_.**
- B) Relembre as vivências da última semana e responda a todas as questões assinalando a alternativa que mais se ajuste à sua opinião, tendo em conta a seguinte correspondência:

1. Discordo em absoluto
2. Discordo em parte
3. Nem concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo em absoluto

1. Gosto do meu chefe.	1	2	3	4	5
2. O meu chefe é bastante competente a fazer o seu trabalho.	1	2	3	4	5
3. O meu chefe mostra pouco interesse nos sentimentos dos seus subordinados.	1	2	3	4	5
4. O meu chefe é injusto comigo.	1	2	3	4	5
5. Os aumentos salariais são poucos e distantes.	1	2	3	4	5
6. Nesta organização há benefícios que não temos e devíamos ter.	1	2	3	4	5
7. Sinto que os meus esforços não são recompensados como deveriam ser.	1	2	3	4	5
8. Tenho muito que fazer no meu trabalho.	1	2	3	4	5
9. Sinto várias vezes que não sei o que se passa dentro desta organização.	1	2	3	4	5
10. Sinto-me satisfeito com as possibilidades de promoção que me são dadas.	1	2	3	4	5
11. Aqueles que realizam um bom trabalho têm possibilidade de	1	2	3	4	5

serem promovidos.					
12. Nesta organização o pacote de benefícios que nós temos é equitativo.	1	2	3	4	5
13. As pessoas conseguem progredir mais aqui do que noutros locais.	1	2	3	4	5
14. Julgo que me é paga uma quantia justa pelo trabalho que faço.	1	2	3	4	5
15. Quando faço um bom trabalho sou reconhecido por isso.	1	2	3	4	5
16. A comunicação parece boa dentro desta organização.	1	2	3	4	5
17. O meu trabalho é agradável.	1	2	3	4	5
18. Gosto de fazer o que faço no meu trabalho.	1	2	3	4	5
19. Tenho um sentimento de orgulho em fazer o meu trabalho.	1	2	3	4	5
20. Muitas das regras e procedimentos criam dificuldades na realização do trabalho.	1	2	3	4	5
21. Não sinto que o trabalho que faço seja apreciado.	1	2	3	4	5
22. Os objetivos desta organização não são claros para mim.	1	2	3	4	5
23. Nesta organização os acordos de trabalho não são totalmente explicados.	1	2	3	4	5
24. Gosto das pessoas com quem trabalho.	1	2	3	4	5
25. Gosto dos meus colegas de trabalho.	1	2	3	4	5



## **ANEXO 3 – Pedido de autorização de Comissão de Ética**



AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Direcção Clínica

11/1/16

CES 33-15

11/1/16



## AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO RELATÓRIO DE 12 JAN 2016  
Presidente do Conselho de Administração

Pro. Organização Interna

Presidente do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração

Presidente do Conselho de Administração



Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar de S. João – EPE

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

**Nome do Investigador Principal:** Maria Teresa Martins da Costa Silva

**Título do projecto de investigação:** Método de trabalho de Enfermeiro Responsável - Melhoria da Qualidade

Pretendendo realizar no(s) Serviço(s) de Internamento de Medicina Física e Reabilitação - Pólo Valongo do Centro Hospitalar de S. João – EPE o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexa toda a documentação referida no dossier da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereço pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 30 / Novembro / 2015

O INVESTIGADOR/PROMOTOR

Maria Teresa Martins da Costa Silva

# CES

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

## 7. SEGURO

a. Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?

SIM  (Se sim, junto, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO

NÃO APLICÁVEL

## 8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Maria Teresa Martins da Costa Silva

abaixo-assinado, na qualidade de Investigador Principal, declaro por minha honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaro que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos. Aceito, também, a recomendação da CES de que o recrutamento para este estudo se fará junto de doentes que não tenham participado em outro estudo no decurso do actual internamento ou da mesma consulta.

Porto, 30 / Novembro / 2015

14/12/15

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Maria Teresa Martins da Costa Silva  
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES  
de

Centro Hospitalar São João

CONSIDERADOS QUE FORAM COMO SATISFATÓRIOS OS ESCLARECIMENTOS PRESTADOS PELO(A) INVESTIGADOR(A). A CES APROVA POR UNANIMIDADE O PARECER DO RELATOR, PELO QUE NADA TEM A OPOR À REALIZAÇÃO DESTA PROJETO DE INVESTIGAÇÃO.

21/12/15

Prof. Doutor Filipe ...  
Presidente da Comissão de Ética

## **ANEXO 4 – Pedido de autorização aos autores da escala EAST-Enf**



Exmo. Senhores Professores  
Maria Manuela Frederico  
Luís Manuel de Jesus Loureiro  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**Assunto:** Pedido de Autorização para aplicação da Escala de Avaliação de Satisfação Profissional dos Enfermeiros (EASPE)

Maria Teresa Martins da Costa Silva, Enfermeira Especialista de Reabilitação a exercer funções de enfermeira especialista de reabilitação no Centro Hospitalar de S. João – Porto e aluna de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem do Porto, encontra-se a realizar a sua dissertação de Mestrado subordinado ao tema “Método de Trabalho de Enfermeiro Responsável – Melhoria da Qualidade”. A dissertação tem como orientadora a Professora Doutora Maria Manuela Martins, Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Venho solicitar a Vossas Excelências a autorização para aplicação da Escala de Avaliação de Satisfação Profissional dos Enfermeiros (EASPE) patenteada no artigo “FREDERICO, M.M; LOUREIRO, L. M. J. EASPE – Uma Escala de Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Organização e Gestão de Serviços de Saúde. Revista Referência, 2009, II série, nº10.”.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como ao envio de resultados da dissertação, caso me seja solicitado.

Pede deferimento,

Porto, 09 de Janeiro de 2016.

A Aluna

Maria Teresa Martins da Costa Silva

Autorização  
e envio artigo  
12.01.2016  
mfj



## **ANEXO 5 – Consentimento Informado de um Centro Hospitalar do Norte**



CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE



SÃO JOÃO

PARA INVESTIGAÇÃO CLÍNICA

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (1964), (Egito 1975, Viena 1983, Hong Kong 1989), Somerset West 1995, Edimburgo 2000, Seoul 2004, Fortaleza 2013)

**Designação do Estudo** (em português)

Confirmando que expliquei ao participante/ representante legal, de forma adequada e compreensível, a investigação referida, os benefícios, os riscos e possíveis complicações associadas à sua realização.

Informação escrita em anexo:  Não  Sim (Nº de páginas \_\_\_\_\_)

**O Investigador responsável**

Nome: \_\_\_\_\_  
Instituição: \_\_\_\_\_

**Identificação do participante**

Nome: \_\_\_\_\_  
BI/ CC n.º: \_\_\_\_\_

**Participante/ Representante legal**

- Compreendi a explicação que me foi facultada acerca do estudo que se tenciona realizar: os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto.
- Solicitei todas as informações de que necessitei, sabendo que o esclarecimento é fundamental para uma boa decisão.
- Fui informado da possibilidade de livremente recusar ou abandonar a todo o tempo a participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que é prestada.
- Declaro não ter sido incluído em nenhum outro projeto de investigação nos últimos três meses.

Concordo com a participação neste estudo, de acordo com os esclarecimentos que me foram prestados, como consta neste documento, do qual me foi entregue uma cópia.

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

Nome (Pai/Representante legal): \_\_\_\_\_  
BI/ CC n.º: \_\_\_\_\_ Grau de parentesco: \_\_\_\_\_

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



## **ANEXO 6 – Sumarização de teste de hipótese**



### Sumarização de Teste de Hipótese

	Hipótese nula	Teste	Sig.	Decisão
1	A distribuição de Satisfação no relacionamento com o chefe é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,946 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
2	A distribuição de Satisfação com benefícios e recompensas é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,150 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
3	A distribuição de Satisfação com as promoções é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,541 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
4	A distribuição de Satisfação com o contexto de trabalho é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,401 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
5	A distribuição de Satisfação com a comunicação é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,401 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
6	A distribuição de Satisfação no relacionamento com a equipa é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,839 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.
7	A distribuição de Satisfação total início é a mesma entre as categorias de Grupo antes e depois.	Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes	,227 <sup>1</sup>	Reter a hipótese nula.

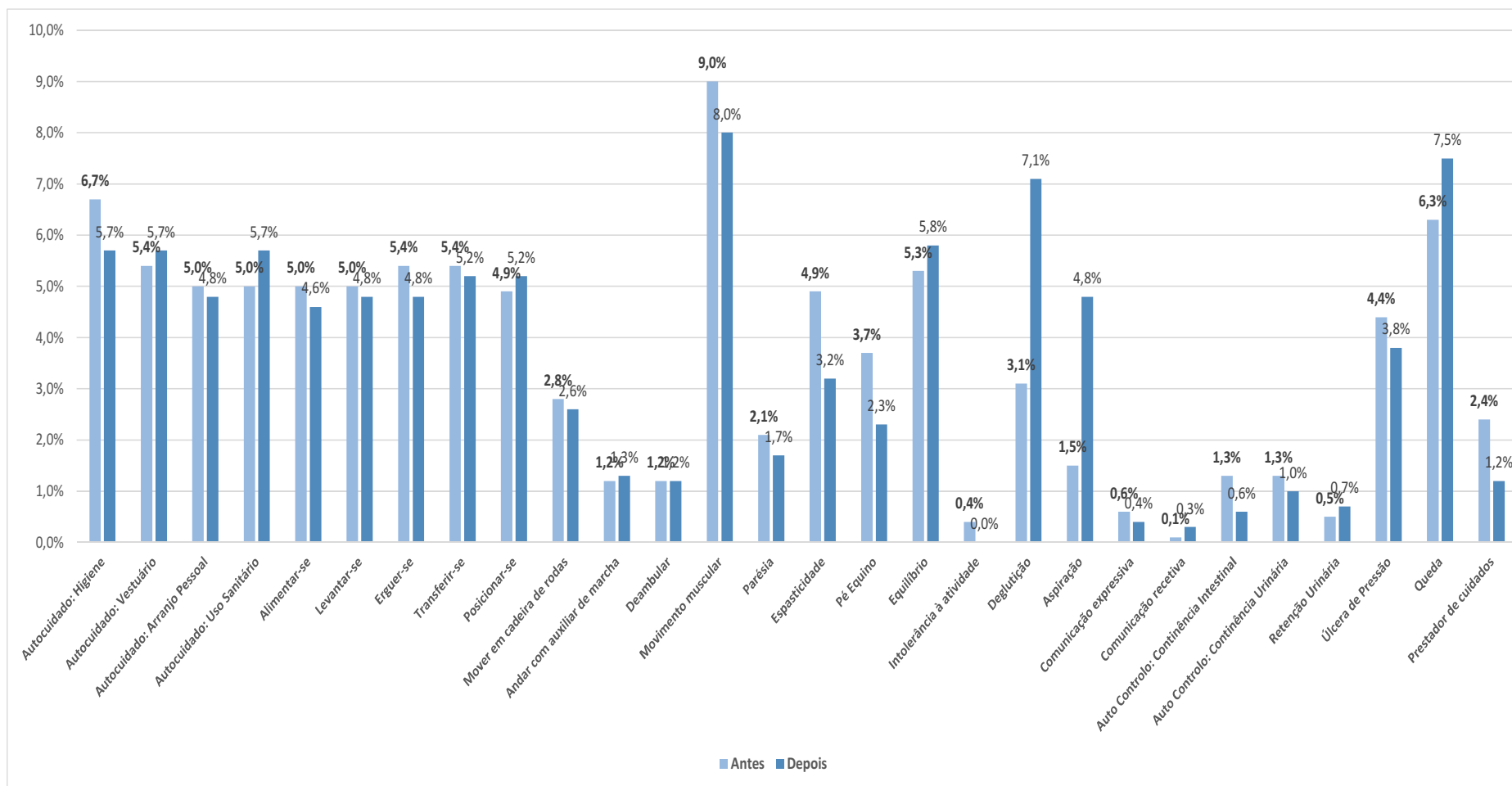
São exibidas significâncias assintóticas. O nível de significância é ,05.

<sup>1</sup>A exata significância é exibida para este teste.



**ANEXO 7 – Número de diagnósticos mais comuns correspondentes a cada foco de enfermagem**







## **ANEXO 8 - Distribuição de diagnósticos de enfermagem mais comuns**



<b>Distribuição de Diagnósticos de Enfermagem mais comuns antes e depois</b>				
<b>Diagnósticos mais comuns</b>	<b>Antes</b>		<b>Depois</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Autocuidado: Higiene dependente em grau elevado	3	6	4	10
Autocuidado: Higiene dependente em grau moderado	4	8	2	5
Autocuidado: Higiene dependente em grau reduzido	7	13	7	18
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene demonstrado	12	23	12	31
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: higiene não demonstrado	2	4	1	3
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: higiene demonstrado	10	19	9	23
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: higiene não demonstrado	14	27	4	10
<b>Autocuidado: Higiene - TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
Autocuidado: Vestuário dependente em grau elevado	2	5	3	8
Autocuidado: Vestuário dependente em grau moderado	5	12	4	10
Autocuidado: Vestuário dependente em grau reduzido	7	17	6	15
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Vestuário demonstrado	12	29	12	31
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Vestuário não demonstrado	2	5	1	3
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Vestuário demonstrado	11	26	9	23
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Vestuário não demonstrado	3	7	4	10
<b>Autocuidado: Vestuário - TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
Autocuidado: Arranjo Pessoal dependente em grau elevado	2	5	2	6
Autocuidado: Arranjo Pessoal dependente em grau moderado	4	10	2	6
Autocuidado: Arranjo Pessoal dependente em grau reduzido	7	18	7	21
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Arranjo Pessoal demonstrado	11	28	11	33
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Arranjo Pessoal não demonstrado	2	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Arranjo Pessoal demonstrado	9	23	8	24
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Arranjo Pessoal não demonstrado	4	10	3	9
<b>Autocuidado: Arranjo Pessoal - TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
Autocuidado: Uso Sanitário dependente em grau elevado	3	8	4	10
Autocuidado: Uso Sanitário dependente em grau moderado	2	5	2	5
Autocuidado: Uso Sanitário dependente em grau reduzido	8	21	7	18
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Uso Sanitário demonstrado	12	31	12	31
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado: Uso Sanitário não demonstrado	1	3	1	3
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Uso Sanitário demonstrado	9	23	8	21
Aprendizagem de capacidades para o autocuidado: Uso Sanitário não demonstrado	4	10	5	13
<b>Autocuidado: Uso Sanitário - TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>
Alimentar-se dependente em grau elevado	1	3	3	9
Alimentar-se dependente em grau moderado	4	10	2	6
Alimentar-se dependente em grau reduzido	8	21	7	22
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar demonstrado	11	28	9	28
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar não demonstrado	2	5	1	3
Aprendizagem de capacidades para se alimentar demonstrado	12	31	8	25
Aprendizagem de capacidades para se alimentar não demonstrado	1	3	2	6
<b>Alimentar-se - TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
Levantar-se dependente em grau elevado	3	8	4	12
Levantar-se dependente em grau moderado	4	10	1	3
Levantar-se dependente em grau reduzido	6	15	6	18
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar demonstrado	10	26	10	30
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se levantar não demonstrado	3	8	1	3
Aprendizagem de capacidades para se levantar demonstrado	8	21	6	18
Aprendizagem de capacidades para se levantar não demonstrado	5	13	5	15
<b>Levantar-se - TOTAL</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>

Diagnósticos mais comuns	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Erguer-se dependente em grau elevado	2	5	3	9
Erguer-se dependente em grau moderado	4	10	1	3
Erguer-se dependente em grau reduzido	8	19	7	21
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se erguer demonstrado	12	29	9	27
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se erguer não demonstrado	2	5	2	6
Aprendizagem de capacidades para se erguer demonstrado	12	29	7	21
Aprendizagem de capacidades para se erguer não demonstrado	2	5	4	12
<b>Erguer-se - TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
Transferir-se dependente em grau elevado	1	2	3	8
Transferir-se dependente em grau moderado	6	14	3	8
Transferir-se dependente em grau reduzido	7	17	6	17
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir demonstrado	12	29	10	28
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se transferir não demonstrado	2	5	2	6
Aprendizagem de capacidades para se transferir demonstrado	11	26	8	22
Aprendizagem de capacidades para se transferir não demonstrado	3	7	4	11
<b>Transferir-se - TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Posicionar-se dependente em grau elevado	1	3	3	8
Posicionar-se dependente em grau moderado	5	13	3	8
Posicionar-se dependente em grau reduzido	7	18	6	17
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar demonstrado	12	32	11	31
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar não demonstrado	0	0	1	3
Aprendizagem de capacidades para se posicionar demonstrado	11	29	9	25
Aprendizagem de capacidades para se posicionar não demonstrado	2	5	3	8
<b>Posicionar-se - TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>100</b>
Conhecimento sobre técnica para se mover em cadeira de rodas demonstrado	8	36	6	33
Conhecimento sobre técnica para se mover em cadeira de rodas não demonstrado	3	14	3	17
Aprendizagem de capacidades para se mover em cadeira de rodas demonstrado	7	32	5	28
Aprendizagem de capacidades para se mover em cadeira de rodas não demonstrado	4	18	4	22
<b>Mover em cadeira de roda - TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>18</b>	<b>100</b>
Andar com auxiliar de marcha dependente	3	33	3	33
Conhecimento sobre técnica de andar com auxiliar de marcha demonstrado	3	33	2	22
Conhecimento sobre técnica de andar com auxiliar de marcha não demonstrado	0	0	1	11
Aprendizagem de capacidades para utilizar a técnica de andar com auxiliar de marcha demonstrado	2	22	2	22
Aprendizagem de capacidades para utilizar a técnica de andar com auxiliar de marcha não demonstrado	1	11	1	11
<b>Andar com auxiliar de marcha - TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>
Deambular dependente	1	11	0	0
Conhecimento sobre técnica de marcha demonstrado	4	44	4	50
Aprendizagem de capacidades sobre a utilização da técnica de marcha demonstrado	4	44	3	38
Aprendizagem de capacidades sobre a utilização da técnica de marcha não demonstrado	0	0	1	13
<b>Deambular - TOTAL</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>
Movimento muscular diminuído em grau reduzido	12	17	10	18
Movimento muscular diminuído em grau moderado	13	19	4	7
Movimento muscular diminuído em grau elevado	0	0	3	5
Movimento muscular diminuído em grau muito elevado	10	14	8	15
Conhecimento de exercícios musculares activos demonstrado	9	13	8	15
Conhecimento de exercícios musculares activos não demonstrado	2	3	1	2
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios musculares activos demonstrado	8	11	7	13
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios musculares activos não demonstrado	2	3	2	4
Conhecimento sobre exercícios isométricos demonstrado	6	9	4	7
Conhecimento sobre exercícios isométricos não demonstrado	1	1	2	4
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios musculares isométricos demonstrado	4	6	2	4
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios musculares isométricos não demonstrado	3	4	4	7
<b>Movimento muscular - TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Diagnósticos mais comuns	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Parésia presente	6	38	4	33
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular demonstrado	5	31	3	25
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular não demonstrado	0	0	1	8
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares demonstrado	5	31	3	25
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares não demonstrado	0	0	1	8
<b>Parésia - TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>
Espasticidade presente	5	13	2	9
Baixo risco de espasticidade	8	21	5	23
Alto risco de espasticidade	1	3	1	5
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular demonstrado	10	26	7	32
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular não demonstrado	2	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares demonstrado	8	21	5	23
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares não demonstrado	4	11	2	9
<b>Espasticidade - TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
Baixo risco de pé equino	6	21	4	25
Alto risco de pé equino	4	14	2	13
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular demonstrado	9	31	4	25
Conhecimento sobre técnica de excitação muscularticular não demonstrado	1	3	1	6
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares demonstrado	8	28	2	13
Aprendizagem de capacidades para executar exercícios muscularticulares não demonstrado	1	3	3	19
<b>Pé Equino - TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>
Equilíbrio de tronco comprometido	5	12	5	13
Equilíbrio ortostático comprometido	2	5	3	8
Equilíbrio dinâmico comprometido	7	17	6	15
Conhecimento sobre técnica de equilíbrio demonstrado	12	29	12	30
Conhecimento sobre técnica de equilíbrio não demonstrado	2	5	1	3
Aprendizagem de capacidades para executar técnica de equilíbrio demonstrado	12	29	9	23
Aprendizagem de capacidades para executar técnica de equilíbrio não demonstrado	1	2	4	10
<b>Equilíbrio - TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>40</b>	<b>100</b>
Intolerância à actividade presente	1	33	0	0
Conhecimento sobre técnica de poupança de energia demonstrado	1	33	0	0
Aprendizagem de capacidades para a utilização da técnica de poupança de energia demonstrado	1	33	0	0
<b>Intolerância à actividade - TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Deglutição comprometida	4	17	9	18
Conhecimento sobre exercícios de treino da deglutição demonstrado	3	13	6	12
Conhecimento sobre exercícios de treino da deglutição não demonstrado	0	0	1	2
Aprendizagem de capacidades para executar o exercício de treino da deglutição demonstrado	1	4	3	6
Aprendizagem de capacidades para executar o exercício de treino da deglutição não demonstrado	3	13	4	8
Conhecimento sobre a manobra de deglutição demonstrado	3	13	6	12
Conhecimento sobre a manobra de deglutição não demonstrado	0	0	1	2
Aprendizagem de capacidades para executar a manobra de deglutição demonstrado	1	4	3	6
Aprendizagem de capacidades para executar a manobra de deglutição não demonstrado	3	13	3	6
Conhecimento sobre a técnica compensatória da deglutição demonstrado	2	8	6	12
Conhecimento sobre a técnica compensatória da deglutição não demonstrado	1	4	2	4
Aprendizagem de capacidades para executar a técnica compensatória da deglutição demonstrado	1	4	3	6
Aprendizagem de capacidades para executar a técnica compensatória da deglutição não demonstrado	2	8	2	4
<b>Deglutição - TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>49</b>	<b>100</b>

Diagnósticos mais comuns	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Baixo risco de aspiração	1	8	8	24
Alto risco de aspiração	3	25	1	3
Conhecimento sobre prevenção da aspiração demonstrado	1	8	8	24
Conhecimento sobre prevenção da aspiração não demonstrado	3	25	0	0
Conhecimento sobre técnica compensatória da deglutição demonstrado	2	17	7	21
Conhecimento sobre técnica compensatória da deglutição não demonstrado	0	0	1	3
Aprendizagem de capacidades para executar técnica compensatória da deglutição demonstrado	1	8	5	15
Aprendizagem de capacidades para executar técnica compensatória da deglutição não demonstrado	1	8	3	9
<b>Aspiração - TOTAL</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>33</b>	<b>100</b>
Comunicação expressiva ineficaz	4	80	3	100
Comunicação expressiva eficaz	1	20	0	0
<b>Comunicação expressiva - TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>3</b>	<b>100</b>
Comunicação receptiva ineficaz	0	0	1	50
Comunicação receptiva eficaz	1	100	1	50
<b>Comunicação receptiva - TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>
Auto Controlo: Continência Intestinal ineficaz	3	30	1	25
Conhecimento sobre técnica de treino intestinal demonstrado	0	0	1	25
Conhecimento sobre técnica de treino intestinal não demonstrado	2	20	0	0
Aprendizagem de capacidades para a utilização da técnica de treino intestinal não demonstrado	2	20	1	25
Conhecimento hábitos de eliminação intestinal demonstrado	2	20	1	25
Conhecimento hábitos de eliminação intestinal não demonstrado	1	10	0	0
<b>Auto Controlo: Continência Intestinal - TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>100</b>
Auto Controlo: Continência Urinária ineficaz	3	30	2	29
Conhecimento sobre hábitos de eliminação urinária demonstrado	1	10	2	29
Conhecimento sobre hábitos de eliminação urinária não demonstrado	2	20	0	0
Conhecimento sobre exercícios musculares pélvicos demonstrado	1	10	2	29
Conhecimento sobre exercícios musculares pélvicos não demonstrado	1	10	0	0
Aprendizagem de capacidades para executar os exercícios musculares pélvicos demonstrado	1	10	0	0
Aprendizagem de capacidades para executar os exercícios musculares pélvicos não demonstrado	1	10	1	14
<b>Auto Controlo: Continência Urinária - TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>7</b>	<b>100</b>
Retenção Urinária presente	2	50	2	40
Conhecimento sobre sinais de retenção urinária demonstrado	2	50	1	20
Conhecimento sobre técnica de estimulação da eliminação urinária demonstrado	0	0	1	20
Aprendizagem de capacidades para executar técnica de auto cateterização da bexiga demonstrado	0	0	1	20
<b>Retenção Urinária - TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
Úlcera de Pressão presente	3	9	1	4
Baixo risco de úlcera de pressão	7	21	6	23
Alto risco de úlcera de pressão	7	21	7	27
Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão demonstrado	13	38	10	38
Conhecimento sobre prevenção de úlceras de pressão não demonstrado	1	3	2	8
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão demonstrado	1	3	0	0
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão não demonstrado	1	3	0	0
Aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão não demonstrado	1	3	0	0
<b>Úlcera de Pressão - TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Diagnósticos mais comuns	Antes		Depois	
	N	%	N	%
Baixo risco de queda	8	16	9	17
Alto risco de queda	5	10	5	10
Conhecimento sobre prevenção de quedas demonstrado	7	14	9	17
Conhecimento sobre prevenção de quedas não demonstrado	6	12	4	8
Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas demonstrado	11	22	10	19
Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas não demonstrado	1	2	3	6
Aprendizagem de capacidades para utilizar equipamentos de prevenção de quedas demonstrado	8	16	7	13
Aprendizagem de capacidades para utilizar equipamentos de prevenção de quedas não demonstrado	3	6	4	8
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas não demonstrado	0	0	1	2
<b>Queda - TOTAL</b>	<b>49</b>	<b>100</b>	<b>52</b>	<b>100</b>
Prestador de cuidados adequado	1	5	0	0
Envolvimento na interação com a pessoa dependente demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre técnica de alimentação não demonstrado	0	0	1	13
Aprendizagem de capacidades para assistir na alimentação não demonstrado	0	0	1	13
Conhecimento sobre autocuidado: higiene demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre autocuidado: higiene não demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir no autocuidado higiene demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir no autocuidado higiene não demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre autocuidado: vestuário demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre autocuidado: vestuário não demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir no autocuidado: vestuário demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir no autocuidado: vestuário não demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir no autocuidado: uso sanitário demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre técnica de transferência demonstrado	1	5	1	13
Aprendizagem de capacidades para assistir na transferência demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir na transferência não demonstrado	0	0	1	13
Conhecimento sobre técnica de posicionamento demonstrado	1	5	1	13
Aprendizagem de capacidades para assistir nos posicionamentos demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para assistir nos posicionamentos não demonstrado	0	0	1	13
Aprendizagem de capacidades para prevenir úlceras de pressão demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre prevenção de aspiração não demonstrado	0	0	1	13
Aprendizagem de capacidades para prevenir a aspiração não demonstrado	0	0	1	13
Conhecimento sobre técnica de exercício muscularticular demonstrado	1	5	0	0
Aprendizagem de capacidades para executar a técnica de exercício muscularticular demonstrado	1	5	0	0
Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico demonstrado	1	5	0	0
<b>Prestador de cuidados - TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>



## **ANEXO 9 – Distribuição de intervenções de enfermagem mais comuns**



**Distribuição de Intervenções de Enfermagem mais comuns**

<b>Intervenções de enfermagem - 3 MESES ANTES</b>										
<b>Clientes</b>	<b>Atender (Cuidar)</b>		<b>Executar</b>		<b>Gerir</b>		<b>Informar</b>		<b>Observar</b>	
	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>1</b>	36	0	3	2	9	0	75	0	44	4
<b>2</b>	26	0	86	18	6	0	6	0	80	21
<b>3</b>	27	0	37	16	5	1	40	0	46	13
<b>4</b>	36	0	2	0	2	0	40	0	42	9
<b>5</b>	63	5	120	31	18	2	127	3	183	35
<b>6</b>	38	0	58	21	11	1	57	0	73	31
<b>7</b>	34	1	20	7	9	7	74	3	50	12
<b>8</b>	27	0	24	2	15	1	61	0	63	15
<b>9</b>	24	0	22	2	10	0	55	2	60	9
<b>10</b>	34	0	17	3	5	0	66	2	47	7
<b>11</b>	45	3	30	8	7	1	91	5	46	14
<b>12</b>	29	3	12	30	7	0	27	4	48	7
<b>13</b>	53	3	38	6	11	0	156	3	57	15
<b>14</b>	18	3	2	0	3	0	71	12	44	7
<b>Total</b>	<b>490</b>	<b>18</b>	<b>471</b>	<b>146</b>	<b>118</b>	<b>13</b>	<b>946</b>	<b>34</b>	<b>883</b>	<b>199</b>

<b>Intervenções de enfermagem - 3 MESES DEPOIS</b>										
<b>Clientes</b>	<b>Atender (Cuidar)</b>		<b>Executar</b>		<b>Gerir</b>		<b>Informar</b>		<b>Observar</b>	
	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>	<b>INT</b>	<b>Esp</b>
	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
<b>1</b>	8	0	19	3	11	3	38	0	65	10
<b>2</b>	28	1	20	2	6	0	8	1	64	17
<b>3</b>	63	3	149	36	26	3	100	0	199	43
<b>4</b>	23	0	17	4	5	0	37	0	55	3
<b>5</b>	33	3	35	8	14	2	85	8	48	8
<b>6</b>	14	0	0	0	6	0	6	0	35	0
<b>7</b>	45	0	54	10	17	1	159	0	94	28
<b>8</b>	34	0	27	0	17	0	87	0	63	8
<b>9</b>	27	0	4	0	5	0	56	4	50	10
<b>10</b>	15	1	15	2	10	0	43	11	53	8
<b>11</b>	31	1	18	2	11	0	54	6	77	8
<b>12</b>	41	5	28	8	7	0	98	10	57	16
<b>13</b>	41	5	10	3	21	1	107	8	55	8
<b>14</b>	34	0	25	2	11	0	38	0	68	13
<b>Total</b>	<b>437</b>	<b>19</b>	<b>421</b>	<b>80</b>	<b>167</b>	<b>10</b>	<b>916</b>	<b>48</b>	<b>983</b>	<b>180</b>