



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, por

Olivério de Paiva Ribeiro

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, Setembro, 2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a
obtenção do grau de Doutor em Enfermagem, por

Olivério de Paiva Ribeiro

Sob a orientação da Prof^ª. Doutora
Margarida Maria da Silva Vieira
Sob a coorientação da Prof^ª. Doutora
Maria Madalena Jesus Cunha Nunes

INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE

Porto, Setembro, 2013

Resumo

A realização dos ensinamentos clínicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) em instituições de saúde assume-se como uma problemática de estudo pertinente para as instituições de ensino e hospitalares, de modo a melhorar os processos de aprendizagem e a eficiência da gestão.

Neste pressuposto definimos como objetivo identificar os custos da formação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico nas instituições hospitalares, mensurado através da análise do indicador de estrutura relacionado com os recursos materiais em termos de consumo de artigos associados aos cuidados de enfermagem, do indicador de processo relacionado com os recursos humanos, nomeadamente quanto ao tempo despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes, e indicador de resultados no que se refere à satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados, tendo sempre em perspectiva a análise comparativa dos custos hospitalares durante a presença e ausência de estudantes de enfermagem em ensino clínico.

O presente estudo de carácter descritivo-correlacional e transversal foi realizado no Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E., no ano de 2011, abrangendo 4 serviços de Medicina e 4 de Cirurgia, locais de realização de Ensinamentos Clínicos do CLE da Escola Superior de Saúde de Viseu.

O protocolo de pesquisa incluiu um “Corpus documental” de artigos consumidos no ano, uma grelha de observação elaborada por Ribeiro, Vieira & Cunha para registo do tempo de cuidados diretos prestados pelos enfermeiros durante as 159 observações efetuadas no turno da manhã, e a Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem de Rodrigues e Dias (2003), nas dimensões *experiência e opinião*, numa amostra de 115 cidadãos internados nos serviços de Medicina e Cirurgia.

Os resultados evidenciaram um consumo de 3.259.687 artigos, os quais aportaram o custo total de 178.678,40€, correspondendo à presença de estudantes 90.623,64€. O acréscimo de gastos resultantes da presença de estudantes foi de 2.568,88€ cujo custo dia de estágio por serviço, com 10 estudantes, representa a importância de 31,71€ (0,33€ estudante/dia).

O tempo médio despendido por enfermeiro/doente na prestação de cuidados no turno foi de 31,69 minutos, correspondendo ao período sem estudantes o tempo de 38,55 minutos e

com estudantes de 27,12 minutos, sendo a diferença de tempos bastante significativa ($t=3,109$; $p=.002$).

Em termos de satisfação do cidadão obteve-se na dimensão *experiência* o score de 173,92 ($dp=16,21$; $CV=9,32\%$) (Máximo 196; Mínimo 28) e na *opinião* de 80,58 ($dp=12,32$; $CV= 15,29\%$) (Máximo 95; Mínimo 19). Nesta dimensão, os resultados relativos aos estudantes foram superiores, obtendo-se um score de 83,78 ($dp=10,29$; $CV=12,28\%$), cuja diferença foi altamente significativa ($t=-4,511$; $p=0,000$).

As inferências evidenciam que a presença de estudantes em EC nos hospitais leva ao acréscimo de custos em gastos de materiais (3,3€/turno), custos amortecidos pela oferta de serviços gratuitos proporcionados pela presença desses mesmos estudantes, correspondente a 11,43 minutos por doente. Verificou-se um custo/minuto de cuidados de enfermagem de 1,55€ para 16 doentes com acompanhamento de estudantes, obtendo-se assim um saldo positivo de 21,57€/turno. Como reforço positivo dos resultados obtidos nos dois indicadores, o cidadão evidenciou melhores níveis de satisfação relativamente aos cuidados prestados pelos estudantes.

Concluimos pois da mais-valia da realização dos ensinamentos clínicos de enfermagem nas instituições hospitalares, pelo que as parcerias escola-meio clínico, deverão ser estabelecidas e reforçadas num ambiente relacional responsável e de mútua confiança, imprescindível para a qualidade de cuidados que se deseja nas instituições de saúde e para o desenvolvimento de capacidades que se pretendem atingir durante o processo formativo dos estudantes.

Palavras-chave: Educação; Enfermagem; Custos; Satisfação Cidadão; Cuidados.

Abstract

The Nursing Degree Course (NDC) internships realization is assumed as a pertinent study problem for the teaching and hospital institutions, in a way to improve the learning processes and the efficiency of management.

Having this, a goal to identify the costs of the nursing students clinical teaching formation in hospital institutions was defined, measured through the analysis of a structure indicator related to the material resources, about the supplies consumption associated with nursing care, a process indicator related to the human resources, particularly about the time spent by nurses provisioning care to patients, and a results indicator in what concerns to the degree of citizen satisfaction facing the nursing cares provided, always having in mind the comparative analysis of the hospital costs during the presence and absence of nursing students in Clinical Teachings.

The present study of a descriptive-correlational and transversal character was realized on the Hospital Centre Tondela Viseu, E.P.E., on the 2011 year, involving 4 Medicine and 4 Surgery Services, where the Clinical Teachings of the Health School of Viseu NDC take place.

The research protocol included a “Documental Corpus” of the year consumed supplies, an observation grid elaborated by Ribeiro, Vieira & Cunha, for the registration of time of direct cares provided by nurses during the 159 observations realized on the morning shift, and to the Citizen Satisfaction Facing Nursing Care Scale of Rodrigues e Dias (2003) on the *experience* and *opinion* dimensions, in a sample of 115 citizens inpatient in the Medicine and Surgery services.

The results highlighted a consumption of 3.259.687 items, which had a total cost of 178.678,40€, corresponding 90.623,64€ to the presence of students. The cost increase resulting from the presence of students was 2.568,88€, whose cost per day of internship per service, with 10 students, represents the amount of 31,71€ a day (0,33€ per student/day) .

The average time spent per nurse/patient on care provision during the shift was 31,69 minutes, corresponding to the period without students the time of 38,55 minutes, and with students 27,12 minutes, being the time difference very significant ($t=3,109$; $p=0,002$).

About the citizen satisfaction, on the *experience* dimension a score of 173,92 ($sd= 16,21$; $VC= 9,32\%$) (Maximum 196; Minimum 28) was obtained, and on *opinion* 80,58 ($sd= 12,32$; $VC= 15,29\%$) (Maximum 95; Minimum 19). In this dimension the results relative to students were higher, obtaining a score of 83,78 ($sd= 10,29$; $VC= 12,28\%$), being the difference highly significant ($t= -4,511$; $p= 0,000$).

The inferences show that the presence of students in CT in the hospitals leads to costs increase in material spendings (3,3€/shift), costs damped by the offering of free services provided by the presence of the same students, corresponding to 11,43 minutes per patient. A cost/minute of nursing cares of 1,55€ for 16 patients accompanied by students was observed, leading to a positive balance of 21,57€/shift. As a positive reinforcement of the results on these two indicators, citizens evidenced better satisfaction levels relative to student rendered cares.

It is thus concluded of the advantage of nursing CT realization on hospital institutions, so school-clinical environment partnerships ought to be established and reinforced in a responsible relational environment and of mutual trust, crucial to the quality of care desired for the health institutions and to the development of competences intended to be attained during the students' formative process.

Keywords: Education; Nursing; Costs; Citizen Satisfaction; Care.

“O sucesso das organizações dependerá da sua capacidade de ler e interpretar a realidade externa, rastrear as mudanças e transformações, identificar as oportunidades ao seu redor para responder pronta e adequadamente a elas, por um lado, e identificar ameaças e dificuldades para neutraliza-las ou amortecer-las por outro”

Chiavenato (1999)

Agradecimentos

Sem a cooperação e o estímulo de colegas, professores, amigos e familiares, todo o trabalho desenvolvido e que agora se transcreve teria sido inglório.

Gostaria pois de começar por agradecer em particular aos que mais implicados estiveram neste percurso, na pessoa da minha orientadora científica, Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira pelo desafio proposto, bem como da coorientadora, Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes pelas intervenções decisivas no processo estrutural e metodológico desta tese.

Em termos institucionais, não poderia deixar de agradecer à Universidade Católica Portuguesa pela oportunidade que me concedeu para a concretização do Curso de Doutoramento em Enfermagem, ao Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. pela autorização concedida para a realização dos estudos e ao Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu pelo apoio material e financeiro disponibilizado para a sua materialização.

Em termos pessoais, um agradecimento especial aos dirigentes institucionais, chefes e coordenadores dos serviços de Medicina e Cirurgia, equipas de enfermagem, diretor do Serviço de Aprovisionamento e Serviço Financeiro do CHTV,EPE e suas equipas, aos estudantes do 21º e 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu e enfermeiros orientadores, bem como a todos os cidadãos que voluntaria e anonimamente participaram no estudo.

Termino com um carinho muito especial para a minha esposa e filhos, Augusta, João e Inês, pela paciência, compreensão e amor manifestado em todos os momentos deste percurso, bem como pelos pequenos mas grandes contributos dados para a conclusão da tese.

A todos o meu profundo e sincero Bem-haja.

ÍNDICE

Resumo
Abstract
Pensamento
Agradecimentos

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
PARTE I: ESTADO DA ARTE	7
CAPÍTULO 1: A ENFERMAGEM	9
1.1. O ENSINO DE ENFERMAGEM	14
1.1.1 – Ensino Clínico na Enfermagem.....	26
1.1.2 - Supervisão Clínica em Enfermagem.....	30
1.2. MODELO DE COLABORAÇÃO ESCOLAS/INSTITUIÇÕES.....	42
CAPÍTULO 2: A ORGANIZAÇÃO/GESTÃO HOSPITALAR	51
2.1. RECURSOS HUMANOS.....	61
2.2. CUSTOS HOSPITALARES	63
CAPÍTULO 3: A QUALIDADE E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	69
3.1. A SATISFAÇÃO DO CIDADÃO ENQUANTO INDICADOR DE QUALIDADE	74
PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA	77
CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA GERAL	79
4.1. UNIDADES DE ANÁLISE EM ESTUDO	85
4.2. PROCEDIMENTOS	87
4.3. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS	90
CAPÍTULO 5: ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAL ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	93
5.1. METODOLOGIA DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS	94
5.1.1. Desenho do Estudo 1	96
5.1.2. Elementos constituintes da amostra	97
5.1.3. Operacionalização das Variáveis	99
5.1.4. Caracterização da Amostra	100
5.1.5. Análise ABC "Management by Exception" dos Artigos Consumidos	103
5.2. RESULTADOS DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS	105
5.2.1. Análise comparativa do consumo de materiais com e sem a presença de Estudantes	109
5.3. DISCUSSÃO DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS	116

CAPÍTULO 6: ESTUDO 2 - TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM JUNTO DOS DOENTES	119
6.1. METODOLOGIA DO ESTUDO 2 – TEMPO DE PRESTAÇÃO CUIDADOS.....	122
6.1.1. Desenho do Estudo	124
6.1.2. Caracterização dos Doentes	125
6.1.3. Caracterização dos Enfermeiros	129
6.2. RESULTADOS DO TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	130
6.2.1. Tempo de Realização das Intervenções	133
6.2.2. Análise comparativa do tempo realizado de cuidados por intervenção	136
6.2.3. Relação entre a idade, tempo de serviço e o tempo de cuidados no turno	138
6.3. DISCUSSÃO DO ESTUDO – TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	142
CAPITULO 7: ESTUDO 3 - SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	147
7.1. MEDODOLOGIA DO ESTUDO 3 – SATISFAÇÃO DO CIDADÃO	148
7.1.1 - Instrumento de Colheita de Dados	150
7.1.1.1. Propriedades Psicométricas da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem	155
7.1.2. Propriedades Psicométricas da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem no presente estudo	161
7.1.3. Propriedades Psicométricas da Subescala Opinião sobre os cuidados dos estudantes	170
7.2. ELEMENTOS CONSTITUINTES DA AMOSTRA	174
7.2.1 – Caracterização da Amostra	175
7.3. RESULTADOS DO ESTUDO 3 - SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	178
7.3.1. Caraterização da Satisfação do Cidadão	178
7.3.2. Satisfação do Cidadão com os Cuidados Prestados por Enfermeiros e Estudantes	179
7.4. DISCUSSÃO DO ESTUDO 3 – SATISFAÇÃO DO CIDADÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	189
CAPÍTULO 8 – CONCLUSÃO INTEGRATIVA	193
BIBLIOGRAFIA	203
LEGISLAÇÃO CITADA	210

ANEXOS

	Pág
Anexo 1: Autorização do CHTV,EPE	213
Anexo 2: Identificação de listagens de produtos consumidos por serviços cedidos pelo aprovisionamento do CHTV,EPE	215
Anexo 3: Grelha de observação	219
Anexo 4: Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem	221
Anexo 5: Declaração de consentimento informado	225
Anexo 6: Autorização para a aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem	227
Anexo 7: Número de enfermeiros e custo/hora de cuidados por serviços	229
Anexo 8: Sistema Classificação Doentes / Enfermagem	231
Anexo 9: Parecer da Comissão de Ética	235
Anexo 10: Planos esquemático do CLE da ESSV – 2010/2011 e 2011/2012	237
Anexo 11: Distribuição dos dias de observação no CHTV,EPE.....	239
Anexo 12: Autorização alteração subescala opinião	241

Índice de Quadros

	Pág.
Quadro 1: Vagas de acesso/instituição ao Curso de Licenciatura de Enfermagem em 2012	18
Quadro 2: Análise ABC " <i>management by exception</i> " dos artigos consumidos	104
Quadro 3 - Gastos de consumíveis globais por serviços, com e sem estudantes	116
Quadro 4: Regressão múltipla entre o tempo de cuidados no turno e as variáveis independentes	139
Quadro 5: Regressão múltipla entre o tempo de cuidados no período das 8-12 e as variáveis independentes	141
Quadro 6: Remunerações base dos enfermeiros por serviços	144
Quadro 7: Custo com a remuneração de enfermagem nos serviços	144
Quadro 8: Valoração do tempo disponibilizado face à remuneração do serviço de enfermagem	145
Quadro 9: Correlação item-restante da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem das autoras N=568	158
Quadro 10: Análise fatorial da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem original com três fatores	160
Quadro 11: Satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem	161
Quadro 12: Consistência interna da Escala de Satisfação do Cidadão Face aos Cuidados de Enfermagem (47 itens) no presente estudo (N=115)	162
Quadro 13: Consistência interna da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem (45 itens) no presente estudo (N=115)	164
Quadro 14: Validade de constructo da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem (N=115)	166
Quadro 15: Correlação dos itens com os fatores I, II e III	167
Quadro 16: Correlação dos itens com os fatores da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem	169
Quadro 17: Consistência interna da subescala opinião modificada no presente estudo (N=115)	171
Quadro 18: Validade de constructo da subescala opinião relativa aos alunos e enfermeiros	173

	Pág.
Quadro 19: Correlação de Pearson entre a satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem e a variável independente idade	180
Quadro 20: Regressão linear simples entre a satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem e a Idade	180

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Ciclo de aprendizagem segundo Lewin	41
Figura 2: Modelo excelência organizacional da European Foundation for Quality Management	60
Figura 3: Esquema conceptual da investigação	83
Figura 4: Esquema conceptual do modelo teórico	85
Figura 5- Representação esquemática do estudo 1	96
Figura 6: Representação esquemática do estudo 2	125
Figura 7: Síntese da relação entre o tempo de cuidados no turno e o tempo de serviço do enfermeiro	140
Figura 8: Síntese da relação entre o tempo de cuidados no período 8-12 e o tempo de serviço do enfermeiro	141
Figura 9: Representação esquemática do estudo 3	149
Figura 10: Resultados do modelo teórico proposto	199

Índice de Gráficos

	Pág.
Gráfico 1. Caixa de bigodes para os consumos mensais	105
Gráfico 2. Valor percentual do consumo total de materiais por serviços	106
Gráfico 3. Valor percentual do custo total de materiais por serviços	108
Gráfico 4. Distribuição de Enfermeiros por serviço em 2011	122
Gráfico 5: Distribuição dos doentes por número de horas de cuidados	127
Gráfico 6: Tempo médio de cuidados por serviço	132
Gráfico 7: Presença de enfermeiros e estudantes na enfermaria	142
Gráfico 8: Tempo de cuidados no turno, sem e com a presença de estudantes	143
Gráfico 9: Teste gráfico de Catell do estudo das autoras	159
Gráfico 10: Teste gráfico de Catell do presente estudo	163
Gráfico 11: Resultados dos itens da subescala <i>opinião</i> relativa aos cuidados prestados por	186

Índice de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Quantidade de materiais consumidos da amostra	101
Tabela 2. Valores financeiros dos materiais consumidos da amostra	102
Tabela 3: Consumo de materiais por serviços	106
Tabela 4. Consumo mensal de materiais	107
Tabela 5. Custo dos materiais por serviços	108
Tabela 6. Custo mensal dos materiais	109
Tabela 7. Consumo de materiais em função da presença vs ausência de estudantes	110
Tabela 8. Custo total dos materiais, com e sem presença de estudantes	110
Tabela 9: Consumos de materiais com e sem estudantes	111
Tabela 10: Consumo de materiais com e sem estudantes por serviços	113
Tabela 11: Custo dos materiais com e sem estudantes por serviços	115
Tabela 12: Distribuição de doentes por horas de cuidados necessárias	127
Tabela 13: Distribuição de doentes por serviço em função do grupo etário	128
Tabela 14: Distribuição de doentes por serviço em função do grau de dependência	129
Tabela 15: Caracterização da idade dos enfermeiros por tipo de observação	130
Tabela 16: Caracterização do tempo de serviço dos enfermeiros por tipo de observação..	130
Tabela 17: Tempo de cuidados em segundos por tipo de observação	131
Tabela 18: Tempo de cuidados em segundos por serviço	132
Tabela 19: Tempo da prestação de cuidados no turno, em minutos	133
Tabela 20: Tempo de prestação de cuidados por intervenção em segundos	134
Tabela 21: Tempo global de cuidados por intervenção/serviços em segundos	135
Tabela 22: Tempo de cuidados prestados pelos enfermeiros no turno, sem e com a presença de estudantes	136
Tabela 23: Tempo das intervenções realizadas por enfermeiros, com e sem estudantes	137

	Pág
Tabela 24: Correlações de Pearson entre o tempo de cuidados e as variáveis independentes	139
Tabela 25 – Estatísticas da idade em função do sexo dos doentes	175
Tabela 26 – Caracterização sociodemográfica e clínica do cidadão em função do sexo ...	177
Tabela 27: Estatística global da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem e dimensões	179
Tabela 28: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes por sexo	180
Tabela 29: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função da atividade	181
Tabela 30: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função das habilitações	181
Tabela 31 – Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função do estado civil	182
Tabela 32: Grau de satisfação relativo à opinião sobre os enfermeiros em função das variáveis	183
Tabela 33: Grau de satisfação relativo à opinião sobre os estudantes em função das variáveis	185
Tabela 34: Opinião do cidadão com os cuidados prestados por enfermeiros e estudantes	187

SIGLAS

APCER - Associação Portuguesa de Certificação
BEM - Medicina Baseada na Evidência
CACE - Contextos de Aprendizagem Clínica de Enfermagem
CE – Comissão Europeia
CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem
CRI - Centros de Responsabilidade Integrada
CSP - Cuidados de saúde primários
DGES – Direção Geral do Ensino Superior
DGS - Direção Geral da Saúde
EC – Ensino Clínico
EFQM - European Foundation for Quality Management
EPE - Entidade Pública Empresarial
ESSV – Escola Superior de saúde de Viseu
FCT - Fundação para a Ciência e Tecnologia
GDH - Grupos de Diagnóstico Homogéneos
ICBAS - Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar
ICN - International Council of Nurses
IDA - Integração Docente-Assistencial
ISO - International Organization for Standardization
JO - Jornal Oficial
MBE - Medicina Baseada na Evidência
NHS - National Health Service
NPM - New Public Management
OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
PNS - Plano Nacional de Saúde
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SA - Sociedade Anónima

SCE - Supervisão Clínica de Enfermagem

SLS - Sistemas Locais de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA - Setor Público Administrativo

UKCC - United Kingdom Central Council

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

INTRODUÇÃO

O aumento das despesas com a saúde tem sido uma preocupação da governação clínica, pelo que, encontrarem-se sistemas de financiamento dos serviços de saúde que sustentem as práticas estabelecidas é de primordial importância. Este aumento de despesas tem sido justificado pela introdução de novas técnicas que conduzem para uma especialização crescente dos prestadores de cuidados, maiores gastos em medicamentos, maior procura de cuidados de saúde por parte das populações e aumento de atos médicos, exames, tratamentos, consumo material clínico e dispositivos médicos. Contribui também para este aumento de custos em saúde a crescente taxa de envelhecimento da população e inerente aumentando de patologias crónicas, o aparecimento de patologias como a SIDA, doença de Alzheimer e a toxicodependência, dificultando assim a implementação de medidas de controlo de despesas (Serralva, 2000, p.66).

Na perspetiva dos sistemas de financiamento prospetivos defende-se que *“é possível promover-se a eficiência produtiva dos hospitais públicos criando incentivos que levem os diferentes prestadores de cuidados destas instituições e minimizar os custos e a manter, simultaneamente, um determinado padrão de qualidade”* (Lima, 2003, p.19). Por outro, face à escassez de recursos, Pinho (2008, p.690-691) advoga existir a necessidade do uso de critérios técnicos assentes na Epidemiologia, Economia e na Medicina Baseada na Evidência (MBE) e implementação de medidas de racionamento as quais envolvem os aspetos não só técnicos, mas também julgamentos e dilemas morais no sentido de se clarificar as questões relacionadas com o conceito de justiça distributiva em saúde.

Tais perspetivas evidenciam a crença generalizada de que o sector público de cuidados de saúde é ineficiente, tem gastos excessivos na prestação de cuidados e que, utilizando os recursos disponíveis, se poderia produzir bastante mais, pelo que importa fazer a avaliação efetiva dos custos e benefícios dos serviços de saúde prestados pelos profissionais nas diversas atividades e funções das unidades hospitalares, onde se incluem os cuidados

prestados pelos serviços de enfermagem e concomitantemente, os de formação a ela associados.

A formação em enfermagem, tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros (2004, p.12-13), exige o desenvolvimento de competências dos domínios da prática profissional, ética e legal, da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional nos estudantes, para as quais são fundamentais atitudes e comportamentos assumidos em contextos de aprendizagem teórica, teórico-prática e prática.

Os processos cognitivos, psicomotores, afetivos e relacionais são descritos à mais de um século como fundamentais no processo formativo dos enfermeiros, tal como salientado por Hamilton¹ (1890), citada por Valdez (1952), ao referir que, *“As funções de uma enfermeira exigem inteligência, conhecimentos especializados e dedicação. A experiência prova que os conhecimentos técnicos não produzem bons resultados senão quando recebidos depois da aquisição de uma instrução generalizada. A missão moral da enfermeira não pode ser bem desempenhada senão com tacto, delicadeza, dignidade e educação”* (p.5).

Nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, o ensino da enfermagem alterou-se de uma forma mais acelerada e significativa, em função de fatores internos, associados à evolução do conhecimento em enfermagem, bem como de fatores externos decorrentes das alterações sociais, políticas e económicas do país. Contudo, em Portugal, o seu referencial data dos finais do século XIX, com criação das primeiras escolas de enfermagem. Na sua génese encontram-se as instituições hospitalares, pois a prática, sendo uma vertente fundamental, não pode ser descorada e exige a colaboração das instituições hospitalares na formação dos estudantes, através da realização das práticas clínicas de enfermagem que integram os currícula dos cursos, assumindo no curso de licenciatura da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), a designação de Ensinos Clínicos (EC).

Para a concretização dos EC, a legislação prevê a colaboração das instituições de saúde e dos enfermeiros na formação em enfermagem. Também o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), ao definir as competências do enfermeiro de cuidados gerais em Outubro de 2003, no domínio do desenvolvimento profissional, refere nos pontos 94 e

¹ Dra. Lillias Anna Hamilton, médica Inglesa (7 de fevereiro de 1858 - 6 de janeiro 1925). Depois de um percurso como enfermeira, em Liverpool, estudou medicina na Escócia, doutorando-se em Medicina em 1890.

95 a contribuição na formação e no desenvolvimento profissional de estudantes e colegas, a intervenção de um mentor/tutor (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2004, p.24).

Ao longo dos tempos, várias têm sido as referências relativas à problemática subjacente ao processo de colaboração entre as escolas e as instituições hospitalares, nomeadamente quanto ao processo formativo dos estudantes em ambiente hospitalar, evidenciando-se as dificuldades de relacionamento. Neste contexto surgem os relatos de Amador (1991) ao referir que “*o ensino clínico é demasiado importante para ser ignorado pelos administradores das instituições de ensino e de serviço, os quais têm feito, ao longo das últimas décadas tentativas para solucionar o problema do afastamento entre a teoria e a prática*” (p.11). Mais recentemente, Franco (2000,) refere esta colaboração sob o ponto de vista administrativo como “*cordial*” (p.37).

Esta problemática ocupa a agenda dos órgãos oficiais reguladores da profissão de que é exemplo o Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012, ao referir como exemplos de fragilidades associadas ao Ensino de Enfermagem, entre outras, o elevado ratio orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho, a dificuldade de formação dos orientadores envolvidos no ensino clínico e a necessidade de realização de experiências muito distantes da zona de influência da escola (OE, 2008, p. 17).

Na verdade, o crescente número de escolas a lecionar o curso de enfermagem e consequente maior número de estudantes em formação, o qual, segundo a OE (2008, p.38), passou de 2.195 em 1999 para 15.851 em 2007, exigindo um maior número de campos de estágios, bem como a implementação dos novos modelos de gestão nas instituições hospitalares por força do estipulado na Lei nº 27/2002, artigo 15º e Decreto-Lei 206/2004, de 19 de Agosto, artigos 12º e 13º, conduziram a alterações não só dos comportamentos dos profissionais em termos afetivos, cognitivos e atitudinais, mas também em termos organizacionais, associados à gestão de recursos materiais, humanos e qualidade de cuidados prestados ao cidadão. As dificuldades na disponibilização de campos de estágio nas instituições de saúde são também referidas por Abreu (2007, p.216), sendo consideradas como um obstáculo do processo de aprendizagem.

Por outro lado, Longarito (2002, p. 28) refere que 26.3% dos enfermeiros manifestam ser complicado o exercício da orientação individualizada, consequência da dificuldade em conciliar a supervisão e orientação do estudante face ao seu número em EC, bem como pelo facto de terem de manter o seu cargo ou função no serviço, pois também têm de

prestar os cuidados aos doentes sobre sua responsabilidade, evidenciando-se assim a falta de tempo para as funções que lhe são solicitadas.

Neste contexto de interrogação surge a questão de investigação por nós formulada: Como promover a implementação de parcerias entre as instituições de ensino e as instituições hospitalares, sem comprometer a missão e os objetivos organizacionais de ambas?

Sendo certo que os EC são uma necessidade e vão continuar a existir, pensamos que tudo quanto possa ser efetuado em prol da melhoria dos processos de colaboração interinstitucional, com o objetivo de procurar esclarecer os prós e contras desta colaboração, seria uma mais-valia, pelo que realizamos uma pesquisa sobre o envolvimento dos estudantes de enfermagem durante os EC hospitalares e suas implicações relativamente ao consumo de materiais, tempo despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados diretos aos doentes e a satisfação do cidadão face aos cuidados que lhe são prestados. Pensamos assim poder produzir conhecimento que sustente medidas que contribuam para o estabelecimento das parcerias entre as escolas e as instituições hospitalares.

Com o presente estudo “**Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares**”, procurou-se identificar em três áreas de análise, os possíveis contributos da realização dos ensinamentos clínicos de enfermagem nos hospitais, visando uma gestão mais eficaz e eficiente dos serviços, uma melhoria da qualidade do ensino e consequente melhoria da qualidade dos cuidados.

Num contexto de mudança, é importante interpretar os novos enquadramentos e identificar os pontos fortes e fracos que influenciam a concretização dos ensinamentos clínicos de enfermagem. No processo de ensino/aprendizagem os estudantes desenvolvem competências cognitivas, instrumentais e relacionais que importa avaliar, contribuindo também para a prossecução dos objetivos hospitalares realizando um conjunto de atividades associadas aos cuidados de enfermagem que prestam sob supervisão de profissionais (professores e enfermeiros).

Consideramos assim ser pertinente a realização do estudo, pois procura o esclarecimento desta realidade, desmistificando e clarificando ideias sobre os gastos de materiais, sobre “perdas” de tempo dos profissionais resultantes da presença dos estudantes em EC, bem como sobre a qualidade de cuidados prestados aos utentes por enfermeiros e estudantes de enfermagem, pelo que formulamos as seguintes questões de investigação:

- Contribuirá a presença de estudantes de enfermagem em ensino clínico, para o aumento dos custos relativos ao consumo de materiais associados aos cuidados de enfermagem?
- Será a presença dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados, um fator determinante para a diminuição do tempo de permanência dos enfermeiros junto dos doentes?
- Contribuirá a presença dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, para a diminuição do grau de satisfação do cidadão, face aos cuidados que lhe são prestados?

Para o esclarecimento das anteriores questões, foi solicitada autorização para a realização do presente estudo a uma instituição hospitalar da região centro de Portugal (cf. Anexo 1), instituição onde se realizam EC do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), nos serviços de Medicina e de Cirurgia, sendo definido como objetivo geral do estudo, avaliar os custos e benefícios para a instituição hospitalar nos domínios dos recursos materiais, recursos humanos e qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados nos referidos serviços, durante o período de um ano e de modo a permitir a sua análise em dois momentos distintos, um sem a presença de estudantes e outro com a sua presença no decorrer dos EC.

O facto de não existirem estudos do género em Portugal e os existentes, estarem associados ao ensino e supervisão clínica pareceu ser uma justificação válida e pertinente para a concretização da presente investigação. Pretendeu-se por isso, a partir do estudo em campo prático, ancorar novos conhecimentos em prol da consolidação das relações interinstitucionais (Escolas e Hospitais), promovendo a qualidade do ensino e a qualidade de cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

Em termos estruturais, o estudo é apresentado sob a forma de capítulos com duas partes distintas, descrevendo-se na primeira o estado da arte do ensino de enfermagem bem como da organização hospitalar, e na segunda, as questões metodológicas nas suas diversas componentes, o resultado dos três estudos efetuados, sua análise e discussão, finalizando-se com o oitavo capítulo onde se apresentam de uma forma integrativa as conclusões.

Pensamos que a produção de conhecimento resultante do estudo sobre a colaboração entre escolas e organizações hospitalares no processo de formação, não só pode contribuir para uma maior eficiência organizacional em termos de recursos materiais, humanos e qualidade de cuidados, mas também pode promover e consolidar essas parcerias institucionais.

PARTE I: ESTADO DA ARTE

CAPÍTULO 1: A ENFERMAGEM

A enfermagem é *“uma profissão exigente, para a qual é necessário uma forma de ser compassiva, um saber teórico específico, um fazer técnico próprio e capacidade para tomar decisões em situações de grande complexidade ética, na relação permanente com outras pessoas”* (Vieira, 2009, p. 8).

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), consignado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, no n.º 1 do artigo 4.º, define a enfermagem como *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*.

A enfermagem enquanto profissão moderna e organizada de acordo com Vieira (2009, p.13), Nunes (2003, p.19) e Ribeiro (2009, p.88, in Lopes et al., 2009), surge em finais do século XIX, tendo como influencia os achados e ensinamentos de Florence Nightingale. Porém, já na Índia antiga, entre 1500 a.C. e os 500 a.C., os Vedas, num conjunto de textos sagrados e primeiros textos científicos que caracterizaram uma civilização mais evoluída, referem a existência de *“enfermeiros”* a quem se exigia conhecimentos sobre drogas, inteligência, dedicação, pureza espiritual e física, cujas questões de higiene eram ponto de destaque e a cirurgia então praticada, considerada como bastante avançada (Guia de Enfermagem Hospitalar, Vol I, 1952, p. 12).

Ao longo dos tempos, muitos foram os contributos para a enfermagem, modelando-a como ciência e profissão, tendo o ensino e a investigação dado um forte contributo para o seu reconhecimento. Em termos de resenha histórica, tal como refere Vieira (2009, p. 12), a enfermagem está associada ao cuidar. Numa primeira fase, a enfermagem era vista como uma atitude caritativa, de âmbito religioso, assumida essencialmente por mulheres. São exemplos Febe, dama grega, referenciada como a primeira *“enfermeira visitadora”*, diaconisa que se dedicava ao cuidado de doentes e pobres no seu domicílio, Paula (†404),

Marcela (†410) e Fabíola (†399), senhoras romanas que se dedicaram aos cuidados dos enfermos em asilos (*xenodóchia*), albergues e hospitais (*nosokómion*), hoje consideradas como precursoras da enfermagem (Vieira, 2009, pp. 14-15).

Na Idade Média (476/1453), iniciada com a queda do império romano do ocidente nas mãos dos bárbaros e término com a tomada de Constantinopla pelos turcos otomanos, os monges e as ordens militares (*Ordem dos Hospitalários, ou Ordem dos Enfermeiros Militares; Ordem de Malta; Cavaleiros de São Lázaro*), durante os períodos de paz assumem os cuidados de enfermagem a prestar aos doentes (Vieira, 2009, p. 17). Em Portugal, de acordo com Graça (2004) a *Ordem dos Hospitalários*, estabeleceu-se nos princípios do Século XII (entre 1120 e 1132). Também neste período, com a Peste Bubónica ou Peste Negra (1372), destacou-se Catarina de Siena (1347-1380), cuidando dos enfermos da sua cidade (Vieira, 2009, p. 17).

O primeiro hospital (*Nosokómion*), data do século III e foi mandado construir por Fabíola, em Roma. Seguem-se dois hospitais erigidos em Jerusalém por volta do século XI, construídos com o objetivo de prestar assistência aos peregrinos cristãos. Com as doenças contagiosas resultantes das epidemias do século XIV surgem por toda a Europa vários hospitais, incluindo em Portugal. Data do século XV o aparecimento do Hospital Termal das Caldas da Rainha (1485), mandado construir pela Rainha D. Leonor, também fundadora das Misericórdias que passariam a administrar os hospitais portugueses a partir de meados do século XVI, e do Hospital Real de Todos os Santos, mandado construir por D. João II (1492) e inaugurado em 1501 por D. Manuel I (Vieira, 2009, pp. 16-18).

A crescente necessidade de pessoas para prestar cuidados aos enfermos fez realçar a importância das diversas ordens, nomeadamente a “*Ordem Hospitaleira de S. João de Deus*” (1495-1640), a “*Ordem dos Ministros dos Enfermos*” fundada por S. Camilo de Lelis Camilianos (1550-1640) e as “*Filhas da Caridade*”, fundada por S. Vicente de Paulo (1581-1660) e Luísa de Marillac (1591-1660). Mais tarde, nos finais do século XVIII, início do século XIX, Elizabeth Fry (1780-1845), conhecida como reformadora das prisões em Inglaterra, cria no âmbito das sociedades protestantes a “*Sociedade das Irmãs da Caridade Protestantes*”, com o objetivo de cuidar dos doentes nas suas próprias casas. Por influência de Elizabeth Fry, Theodor Fliander (1800-1842) e sua esposa, Frederika, criam o “*Kaiserswerth Institute*” com o objetivo de cuidar e tratar os pobres e doentes da sua comunidade. É neste período que surge Florence Nightingale. Tendo passado pelo referido instituto e pelo Hospital de Paris, com a influência do cristianismo e criando padrões para a

educação e prática de enfermagem, é hoje considerada como a fundadora da enfermagem moderna, mantendo contudo a visão da enfermagem como vocação e não como profissão (Vieira, 2009, pp. 18-19).

Em sentido inverso, Ethel Fenwick² (1857-1947), responsável pelo reconhecimento do estatuto profissional da enfermagem, pela certificação da enfermagem e pela acreditação do seu ensino, tendo fundado a British Nursing Association e o British Nursing Journal, bem como o International Council of Nurses, defendeu então que a enfermagem era uma profissão e não vocação, estando em clara oposição a Florence Nightingale (Graça, 2002).

Em França, Joseph Comelles, considera que *“a invenção da profissão de enfermagem foi consequência da fundação por S. Vicente de Paulo, das Filhas da Caridade no princípio do século XVII”* (Nunes, 2003, p. 21).

Até ao período do fontismo e extinção das ordens em 1834, em enfermagem em Portugal, tal como no resto dos países da Europa, foi influenciada pelas ordens e congregações religiosas, com especial incidência dos Irmãos de S. João de Deus e das Filhas da Caridade. É a partir do século XIX que surgem na Europa e na América hospitais integrando as escolas de enfermagem, justificadas pela necessidade de se qualificarem as pessoas prestadoras dos cuidados, situação que se manteve até meados do século XX (Vieira, 2009, p. 20).

Os níveis de qualificação dos serviços de enfermagem prestados em Portugal foram bem retratados no preâmbulo do Decreto-Lei nº 4563 de 12 de Julho de 1919, relativo à reorganização dos serviços dos Hospitais Civis de Lisboa, onde se expressa que *“deixam muito a desejar os serviços de enfermagem e é mau o recrutamento do seu pessoal, porque é menos de miseravelmente retribuído, apesar de ser pesado o encargo e esgotante a missão desta prestante classe”*. Sobressai também a perspetiva da formação que até então era dada aos enfermeiros, quando se afirma que *“a completa remodelação dos serviços de enfermagem, da Escola Profissional de Enfermagem, e a fixação do critério de competência, idoneidade moral e aptidão para tal modo de vida, no recrutamento de pessoal, constituíram preocupação desta organização como precisam de ser pontos cardiais a orientar as direções hospitalares, se quiserem ter e criar para todo o país serviço de enfermagem e não um nateiro de curandeiros ou enfermeiros clínicos, como os*

² Ethel Gordon Manson, nome de solteira.

hospitais têm produzido por quasi exclusiva culpa dos seus clínicos” (Decreto-Lei nº 4563 de 12 de Julho de 1919).

Pela interpretação do anterior decreto, podemos caracterizar o tipo de enfermagem até então existente, onde a prévia formação seria praticamente nula ou mesmo inexistente, sendo referida apenas a existência de “curandeiros ou enfermeiros clínicos” resultantes da prática do dia-a-dia, evidência do baixo nível de conhecimentos, só alterado em 1956 com a exigência de um diploma para a prática do exercício da enfermagem, passando o seu registo a ser obrigatório a partir de 1998 com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE). O que se acaba de expor fica evidente quando se refere no Decreto-Lei nº. 104/98, de 21 de Abril que *“o exercício da profissão de enfermeiro remonta, em Portugal, a finais do século XIX, sendo que, a partir da segunda metade do século XX, as modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional traduziu-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente”*.

Hoje em dia, para se poder exercer a profissão de enfermagem em Portugal, de acordo com o artigo 6º do Decreto-Lei no 104/98, de 21 de Abril, é necessária a obtenção de uma cédula profissional, a emitir pela OE. Esta será atribuída a todos os portugueses e estrangeiros diplomados em Enfermagem por escola portuguesa ou estrangeira, desde que, neste último caso, hajam obtido equivalência aos cursos ministrados em Portugal, ou nos termos de disposições internacionais aplicáveis.

Para a dignificação da profissão de enfermagem, muitos foram os passos dados até ao momento, contribuindo para tal, a própria regulamentação entretanto criada. Neste contexto, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), criado pelo Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, com as alterações introduzidas pelo Decreto que cria a Ordem, muito contribuiu para essa mesma dignificação ao referir nos pontos 1 e 2 do artigo 4º, que a enfermagem é *“a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”*, e que o enfermeiro é *“o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados*

de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”.

De acordo com o mesmo decreto, o artigo 9º do capítulo IV, relativo ao exercício e intervenção dos enfermeiros, refere no ponto 6 que “*os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem*” referindo-se na alínea e) à colaboração “*na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos*”.

Como corolário do reconhecimento da profissão de enfermagem e concordando-se com o pensamento de Santos (1999), a criação da Ordem dos Enfermeiros conjuntamente com o REPE deram um valioso contributo para o reconhecimento dos profissionais de enfermagem, passando de um papel de consultores a parceiros ativos no delinear das decisões políticas, não só relativas ao corpo que representam, mas também em relação às “políticas” de saúde em Portugal, o mesmo se verificando a nível internacional, exigindo-se como competências para o enfermeiro de cuidados gerais um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar, abrangendo o domínio da prática profissional, ética e legal, o domínio da prestação e gestão de cuidados, e o domínio do desenvolvimento profissional, com intervenções autónomas e interdependentes, competências só são passíveis de ser adquiridas através de uma formação adequada e enquadrada por preceitos legais que tipificaram o modelo de formação e ensino de enfermagem, no contexto do sistema educativo Português.

A educação, de acordo com Arco (2005, p. 22), é um processo complexo através do qual o ser humano se realiza e desenvolve competências, envolvendo mecanismos dinâmicos de construção do conhecimento, tendo como perspetiva a sua implementação e consubstanciação. A formação, requerendo uma reflexão sistemática e aprofundada sobre as práticas, exige a adoção de processos de supervisão orientadores da atividade, visando um desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, interligando a formação teórica e a prática. Na enfermagem, a formação processa-se em dois momentos, sendo um de componente teórica nas instituições de ensino, cujos processos de aquisição de conhecimentos visam dotar o estudante com capacidades de planeamento e avaliação dos cuidados, e um segundo momento prático, realizado nas instituições de saúde, visando o

desenvolvimento das competências associadas à prestação de cuidados, pelo que importa analisar e refletir um pouco sobre o seu ensino.

1.1.O ENSINO DE ENFERMAGEM

O ensino de enfermagem em Portugal padecia de diversos problemas, tal como o ensino em geral, o qual, sendo “magistocêntrico”, refletia em termos pedagógicos, o pensamento dos seus professores a nível social, político e económico. Concordando com as reflexões de Nunes (2003, p. 180), verificamos que tendo a enfermagem um cariz profissional, face aos métodos de ensino adotados, estes refletiam as ideias dos seus intervenientes, não só nos métodos pedagógicos, mas também nas opções de escolha dos diversos elementos que a integram, sendo a orientação profissional uma das que mais se sentiu no ensino e estruturação da enfermagem, enquanto profissão. Considera a autora que os cursos de enfermagem apareceram de modo não estruturado e muito “*personalizado*”, ou seja, cursos criados não no âmbito de um verdadeiro ambiente de escola, mas em função de interesses associados às organizações hospitalares e dos seus profissionais. Contudo, estas iniciativas pessoais tiveram o condão de serem “*as sementes*” do ensino profissional, fator discriminante para a “*diferença entre os cursos de Enfermagem ministrados e a fundação das escolas*” (Nunes, 2003, p.181).

São dados como exemplos o curso criado pelo Dr. Costa Simões nos Hospitais da Universidade de Coimbra, em 1881, interrompido quando abandonou o hospital, as aulas dadas ao pessoal das enfermarias por Bissaya Barreto e o curso destinado a ministrar o ensino profissional aos empregados das enfermarias do Hospital Real de S. José e Anexos em 1885, o “*Curso de Enfermagem*” na Liga de Ação Social Cristã, realizado em 1928 por Costa-Sacadura e o “*Curso de Enfermagem Caseira*” realizado na Maternidade Magalhães Coutinho entre Fevereiro e Maio de 1935, sob a direção dos médicos Costa Sacadura e Maria Leão e da enfermeira Sara Norton.

A associação da formação em enfermagem ao corpo clínico médico e a necessidade de dotar os enfermeiros de conhecimentos que permitissem qualificar o seu “corpo”, é também referida por Vieira (2009, p.50) quando afirma que “*os primeiros cursos de enfermagem surgiram por iniciativa dos clínicos, que reconheciam a necessidade e*

vantagem de ter a colaboração de pessoal bem formado para o sucesso dos tratamentos médicos, como aconteceu junto aos três grandes hospitais do país”, Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital de S. José em Lisboa e Hospital Geral de Santo António no Porto.

Pela análise da descrição feita sobre a quem se destinavam os cursos anteriormente citados, se clarifica um pouco a origem e o tipo de enfermagem até então exercida, sendo de evidenciar o cariz prático da enfermagem, sobretudo direcionada para a vertente hospitalar e no âmbito das patologias, então essencialmente vocacionadas para a lecionação de técnicas de enfermagem, e que, tal como Nunes (2003, p.182) refere, padecia de um viés, numa perspetiva de “curandeirismo” e como suplemento das incapacidades ou limitações de outros grupos profissionais para a execução de alguns procedimentos em termos de cuidados de saúde.

Na verdade, tal como referido por Nunes (2003, p.22) e Vieira (2009, p.51), a primeira iniciativa formal de ensino em enfermagem em Portugal ocorreu durante a administração de Costa Simões com a criação em Outubro de 1881, da *Escola dos Enfermeiros de Coimbra*, nos Hospitais da Universidade de Coimbra, refletindo a preocupação com a formação. Há data, Simões (1888) refere que a “*iniciativa na criação d’esta escola, nos hospitais da universidade, teve por fim dar melhor instrução aos enfermeiros e enfermeiras, ...Foi esta a primeira escola de enfermeiros em Portugal. A sua instalação teve lugar em Outubro de 1881; e o que posteriormente se viu seguir-se, neste sentido, em Lisboa e no Porto, só teve lugar no ano letivo de 1886 a 1887*” (p.33).

De acordo com a descrição de António Salgado na obra “*Guia de Enfermagem Hospitalar (1952:IX)*”, existiam há data duas escolas oficiais ligadas ao Ministério do Interior, a saber, a *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*, já referida e que viria a constituir a Escola Dr. Ângelo da Fonseca, fundada em 1919, subordinada aos Hospitais da Universidade de Coimbra, e a “*Escola Artur Ravara*”, em Lisboa, com edifício próprio, junto ao Hospital dos Capuchos, oriunda da então *Escola de Enfermeiros*, criada por iniciativa do Dr. Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor, sendo o primeiro professor o Dr. Artur Ravara. Em ambas eram ministrados à data, os cursos de pré-enfermagem, auxiliares de enfermagem, enfermagem geral e curso de aperfeiçoamento ou curso complementar.

De acordo com a mesma fonte, existiam ainda as escolas oficiais especializadas de Assistência Psiquiátrica da zona norte, centro e sul, localizadas nos hospitais de Conde

Ferreira-Porto, Sobral Cid-Coimbra e Júlio de Matos-Lisboa, as quais lecionavam os cursos de Auxiliares de enfermagem e de Enfermeiras psiquiátricas, o Instituto Maternal com a Escola do Instituto Maternal em Lisboa e no Porto localizadas nas Maternidades Dr. Alfredo da Costa e Júlio Dinis, ambas com os cursos de auxiliares de enfermagem e de enfermeiras puericultoras, e o Instituto Português de Oncologia com a Escola Técnica de Enfermagem, dependente do Ministério da Educação Nacional, em colaboração com a Fundação Rockefeller, formando enfermeiras gerais em três anos, para as quais era exigido como habilitações mínimas, o 2º ciclo liceal completo (5º ano do liceu), posteriormente designada de Escola Superior de Enfermagem de Francisco Gentil.

Como escolas particulares, mas com estágios em estabelecimentos oficiais, são referidas a escola de enfermagem do Hospital de S. Marcos em Braga (1912), tendo sucessivamente sido designada por Escola de Enfermagem Dr. Henrique Teles, Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian e Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian e atualmente integrada da Universidade do Minho, a Escola Rainha St^a Isabel em Coimbra (1947), posteriormente extinta, a escola do Hospital Geral de St^o António, no Porto (1948), propriedade da Santa Casa da Misericórdia, passando a instituição de ensino público em 1977 e viria a originar a Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes, hoje integrada na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), conjuntamente com as escolas de S. João e Cidade do Porto, a Escola de Enfermagem de Castelo Branco (1948) entretanto designada por Escola de Enfermagem Dr. Lopes Dias e atual Escola Superior de Saúde, integrada no Instituto Politécnico de Castelo Branco.

No Funchal, em 1948 as Irmãs de S. José de Cluny vêm reconhecida a Escola de enfermagem fundada pela Madre Pedro Tavares (1940) e que viria a ser designada de Escola Superior de Enfermagem de S. José Cluny, em 1991. Em regime especial, dependente do Ministério da Guerra, foi criada a Escola da Cruz Vermelha Portuguesa, fundada em 1950.

De acordo com António Salgado, in Guia de Enfermagem Hospitalar (1952, p. IX-XIII), Nunes, (2003, p.184) e Vieira (2009, p. 51-55), nestas escolas, eram ministrados os cursos de pré-enfermagem, enfermagem geral e complementar e ainda o das auxiliares sociais.

A primeira escola pública no Porto é criada em 1954, então designada por Escola de Enfermagem Dr. Assis Vaz, da qual resultou a Escola Superior de Enfermagem de S. João, integrada na atual Escola Superior de Enfermagem do Porto. Ainda no decorrer da década

de 50 são criadas a Escola de Enfermagem de S. João de Deus em Évora (1955), seguida da Escola de Enfermagem do Hospital de Santa Maria-Lisboa (1956), passando a designar-se em 1989 Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian, de Lisboa, a Escola de Enfermagem de Ponta Delgada (1958), atualmente integrada na Universidade dos Açores.

No decorrer da década de 60, apenas é criada a Escola de Enfermagem da Guarda, convertida em 2005 em Escola Superior de Saúde. A partir da década de 70, com a reforma de Gonçalves Ferreira são criadas escolas de enfermagem por todas as capitais de Distrito (Vieira, 2009, pp. 55-59), sendo neste contexto criada por Portaria n.º 228/71 de 1 de Maio a Escola de Enfermagem de Viseu, integrando a comissão instaladora à data a Monitora-Chefe, Enfermeira Lucrécia Odete Neves Ramalho (ESEV, 2004, p.10).

Importa ainda referir a participação das congregações religiosas na construção do ensino de enfermagem, sendo de referir a Congregação das Irmãs Franciscanas Hospitaleiras da Imaculada Conceição que em outubro de 1937 criam o curso de enfermagem na Casa de Saúde da Boavista – Porto, o qual viria a dar origem ao Instituto de Ensino de Enfermagem da Associação das Franciscanas, passando em 1990 a designar-se Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição. Em novembro deste mesmo ano, a Congregação das Filhas da Caridade de S. Vicente de Paulo, sob a direção da Irmã Eugénia Tourinho, inicia em Lisboa a formação de enfermeiros e que viria a constituir-se como Escola de Enfermagem de S. Vicente de Paulo, tendo também passado em 1990 a Escola Superior de Enfermagem de S. Vicente de Paulo. Estas duas escolas viriam a ser integradas no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica em 2006 (Vieira (2009, p. 52-53).

Após um período de grande desenvolvimento, vivemos hoje um período de maior complexidade, cujos fatores políticos e económicos, a introdução de alterações na gestão das organizações de saúde e os constrangimentos daí resultantes, têm revelado uma maior tendência para o encerramento e a agregação das escolas de enfermagem. Mesmo assim, dados da Direção Geral do Ensino Superior (DGES), relativos ao ano de 2012/2013, verificou-se que nas 41 instituições de ensino com o Curso de Licenciatura em Enfermagem, só em instituições públicas estavam disponíveis 1753 vagas para o primeiro semestre e para o segundo semestre, em 6 dessas instituições, mais 255 vagas (cf. Quadro 1). Relativamente às instituições privadas não foram definidas (n.d.) as vagas.

Na distribuição apresentada, podemos constatar que só nas três Escolas Superiores de Enfermagem de Coimbra, Lisboa e Porto, estão disponíveis 50% do total das vagas

disponíveis nas instituições públicas. Nas restantes instituições, os scores de vagas variam entre as 20 na Universidade da Madeira e as 100 na Escola Superior de Saúde de Viseu.

Quadro 1: Vagas de acesso/instituição ao Curso de Licenciatura de Enfermagem em 2012

Instituição	Vagas
Universidade da Madeira	20
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra	320
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	300
Escola Superior de Enfermagem do Porto	270
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde	35
Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde de Bragança	40/40
Instituto Politécnico de Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias	60
Instituto Politécnico da Guarda - Escola Superior de Saúde da Guarda	40/45
Instituto Politécnico de Leiria - Escola Superior de Saúde de Leiria	48/48
Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde	60
Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde de Santarém	47/47
Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde	46
Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde	70
Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde de Viseu	55/45
Universidade dos Açores - Escola Superior de Enfermagem de Angra do Heroísmo	40
Universidade dos Açores - Escola Superior de Enfermagem de Ponta Delgada	40
Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde	30
Universidade de Aveiro - Escola Superior de Saúde de Aveiro	70
Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus	30/30
Universidade do Minho - Escola Superior de Enfermagem	80
Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real	72
Universidade Católica Portuguesa - Escola Superior Politécnica de Saúde (Lisboa)	n.d.
Universidade Católica Portuguesa - Escola Superior Politécnica de Saúde (Porto)	n.d.
CESPU-Instituto Politécnico de Saúde do Norte-Escola Superior de Saúde Vale do Ave	n.d.
CESPU-Instituto Politécnico de Saúde Norte - Escola Superior de Saúde Vale do Sousa	n.d.
Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis	n.d.
Escola Superior de Enfermagem Dr. José Timóteo Montalvão Machado	n.d.
Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias	n.d.
Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny	n.d.
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria	n.d.
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa	n.d.
Escola Superior de Saúde Egas Moniz	n.d.
Escola Superior de Saúde Jean Piaget - Algarve	n.d.
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia	n.d.
Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Viseu	n.d.
Escola Superior de Saúde Jean Piaget/Nordeste	n.d.
Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches	n.d.
Instituto Superior de Saúde do Alto Ave	n.d.
Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica	n.d.
Universidade Fernando Pessoa (unidade de Ponte de Lima - ensino politécnico)	n.d.
Universidade Fernando Pessoa - Escola Superior de Saúde	n.d.

Fonte: Guia da Candidatura ao Ensino Superior Público 2012 - Direção Geral do Ensino Superior.

Ressalta assim a necessidade de uma correta articulação entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma vez que na formação é exigida a realização de ensinamentos clínicos. Esta tem vindo a ser regulamentada ao longo dos tempos, através das diversas reformas que ao longo dos tempos têm sido introduzidas.

Em 1952, pelos Decreto-lei nº 38884 e nº 38885, de 28 de Agosto, o ensino de enfermagem passa a ser ministrado apenas pelas Escolas, independentemente do seu

estatuto público ou privado, tendo como resultado, o aparecimento das “Enfermarias-Escolas” e evidenciando a necessidade da existência de monitores, face à inclusão no plano de estudos de aulas teóricas, aulas práticas e estágios (Vieira, 2009, pp.64-65).

Com o Decreto 46448 de 20 de Julho de 1965, o ensino de enfermagem é reestruturado, resultado de um “*grupo de estudo para a revisão dos planos de estudos e programas dos cursos de enfermagem*” constituído pelo Dr. Jorge Silva Araújo, Dr. Armando Sales Luís, Dra. Elizabeth Casquilho Costa e enfermeira Mariana Diniz de Sousa, criado por Despacho Ministerial de 14 de Maio de 1964, tendo como objetivo “*melhorar os planos dos cursos, coordenar mais intimamente os programas das disciplinas, possibilitar aos professores uma maior assistência durante o ano e interessa-los na redação de textos que, depois de oficialmente aprovados, sirvam de sólido ponto de apoio ao trabalho individual de estudo dos alunos*” (Nunes, 2003, p.303).

A reestruturação do ensino de enfermagem, tal como referido por Vieira (2009, p.66), passou a integrar as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Conselho Internacional de Enfermeiros, alargando a intervenção dos enfermeiros para o domínio da saúde pública e de cuidados ambulatoriais e não apenas no domínio da execução de técnicas orientadas para o ambiente hospitalar.

Com o Decreto-Lei 48166, de 27 de Dezembro de 1967, as carreiras são estruturadas, passando a enfermagem a integrar a de saúde pública, a hospitalar e a de ensino. Na primeira foram integrados os enfermeiros com formação especializada e auxiliares de enfermagem, especialistas de saúde pública, na segunda os auxiliares de enfermagem e enfermeiros, estando também incluídas as chefias. Por fim, no ensino foram integrados o diretor da escola se enfermeiro, o enfermeiro professor, o monitor e o auxiliar de monitor.

Com a designada democratização do ensino iniciada na década de 70 e atribuída ao então ministro da educação Veiga Simão, as reformas implementadas conduziram a uma maior participação e intervenção do cidadão e conseqüentemente a uma maior democratização da sociedade portuguesa, tal como referido por Stoer (1983, p.818), a qual, com a Portaria nº 34/70, de 17 de Janeiro teve como resultado no campo da enfermagem, a atribuição aos enfermeiros a responsabilidade do ensino da enfermagem, assumindo a direção das escolas, facto consubstanciado com a nomeação de Maria Emília Costa Macedo em 1972 como diretora da Escola de Enfermagem Artur Ravara.

Posteriormente, a Lei nº 61/78, de 28 de Julho, no ponto 3 do artigo 2, a Assembleia da República considerou o ensino de enfermagem nas Escolas de Enfermagem suficientemente idóneo, permitindo às Escolas de Enfermagem converterem-se em Escolas Superiores. Tal facto, associado ao gradual aumento de anos de escolaridade, veio dar força ao ensino de enfermagem, e em 1988 passa a estar integrado no ensino superior politécnico, sob dupla tutela do Ministério da Educação e da Saúde (Decreto-Lei nº 480/88, de 23 de Dezembro), tendo as Escolas de Enfermagem Públicas sido reconvertidas em Escolas Superiores de Enfermagem pela Portaria 821/89, de 15 de Setembro.

Pela Portaria nº 65-A/90, de 26 de Janeiro, o acesso à profissão passa a fazer-se com o grau de bacharel e aos possuidores de um curso de especialização conferente do Diploma de Estudos Superiores Especializados é-lhes atribuída a equivalência ao grau de licenciado.

Paralelamente, os enfermeiros docentes integrados na carreira de enfermagem, transitam para a carreira do pessoal docente do ensino superior politécnico, à data regido pelo Decreto-lei 185/81, de 1 de Julho, transição feita ao abrigo do estipulado no Decreto-Lei 166/92, de 5 de Agosto.

Com a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86, de 14 de Outubro) e a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do ensino superior politécnico, as novas metodologias de ensino condicionaram em certa medida a mudança do modelo biomédico para um modelo mais humanista, onde a educação, enquanto sistema produtor de conhecimento, exigiu a criação de uma nova cultura, o desenvolvimento do espírito científico e o pensamento reflexivo, passando a formação a ter uma conceção mais centrada no estudante enquanto sujeito e ator.

No estudo de Marques (2005), sobressaem as novas conceções do ensino de enfermagem centrado na pessoa, em que o estudante, enquanto ator da sua formação, tal como preconizado por Lesne (1984), citado por Marques (2005, p.166), passou a incluir os aspetos inovadores da apropriação do conhecimento pelo pensamento crítico, o desenvolvimento de uma atitude reflexiva face aos problemas, com base nas habilidades e capacidades mentais dos estudantes, apelando-se para a iniciativa não só no âmbito do conhecimento, mas também da gestão da sua formação e análise de desempenho, em oposição ao saber de memorização de conhecimentos e a aplicação dos procedimentos técnicos erigidos em modelos teóricos.

Tendo subjacente o relatório da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI, da United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO), o ensino passou a ter como premissas fundamentais o *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em conjunto e aprender a ser*, assumindo o professor o papel de orientador da estrutura do conhecimento do sujeito a nível social e profissional (Delors et al. 1996, p.77). Em educação e saúde, os contextos e os sujeitos envolvidos exigem um saber específico e uma intervenção, para o qual, não é considerado como suficiente apenas o conhecimento técnico, mas que se exige também um conhecimento individual, associado ao *saber ser* em relação (Marques, 2005, p.156).

Este novo conceito de ensino foi reforçado pela implementação do Processo de Bolonha, alicerçado no desenvolvimento de competências pelo estudante ao longo dos três ciclos de formação. Esta transição de modelo de formação, de acordo com Amendoeira (2009, p.5), fez emergir a autonomia das escolas enquanto organizações educativas inseridas no espaço europeu de educação superior, cujas premissas relacionadas com a competitividade, a mobilidade, a internacionalização e a harmonização, procuram confirmar os saberes e competências da disciplina de enfermagem enquanto formadora da pessoa, procuram afirmar o seu reconhecimento social, não pelo seu enquadramento no grupo da saúde e como tal com peso social, mas pelo que ela efetivamente é.

Amendoeira (2009, p.9) refere que o ensino de enfermagem encontra-se num período de transição, cuja discussão entre atores, ministério que tutela o ensino, instituições de ensino e Ordem dos Enfermeiros, não sendo consensual relativamente ao modelo de formação e desenvolvimento profissional, se mantém em debate quanto ao seu enquadramento, politécnico ou universitário, ciclos de formação e área de investigação.

Enfermagem enquanto disciplina integradora da componente académica e profissional, encontra-se numa fase de transição iniciada na década de 50 com a difusão do conceito do cuidar e do desenvolvimento das competências científicas, técnicas, relacionais, culturais, cuja fonte de saberes, alicerçada em modelos teóricos, na reflexividade na ação e sobre a ação, importa consolidar pela investigação centrada no cuidar da pessoa e no seu percurso de saúde e doença, abandonando-se a perspetiva positivista e mecanicista do passado (Amendoeira, 2004, p.391).

Atualmente temos a formação pré-graduada ao nível da licenciatura num primeiro ciclo de 4 anos, o segundo ciclo conferente do grau de mestre em enfermagem, numa lógica de

especialização do conhecimento (Decreto Lei nº 74/2006, de 24 de Março), iniciados em 1991/92 na Universidade Católica Portuguesa, e em 1993/94, no Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), com a designação de Ciências de Enfermagem. O terceiro ciclo de formação correspondente ao Doutoramento passou a ser conferido pelo ICBAS da Universidade do Porto, desde 2001, na área das Ciências de Enfermagem, o Doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa desde 2004, e o Doutoramento em Enfermagem criado em 2004 e adequado a Bolonha em 2007 da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde.

A investigação desenvolvida por enfermeiros isoladamente ou inseridos nos centros de Investigação em Saúde, tanto nas áreas clínicas, como nas de gestão e formação, têm também contribuído para o reconhecimento e afirmação não só da qualidade desse mesmo corpo docente, mas também da qualidade de ensino que vem sendo ministrada nas escolas, confirmado pelos apoios que estes mesmos centros de investigação e investigadores recebem da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), (Amendoeira, 2009, p.6).

Apesar da inexistência de consensos ou aparente mudança de paradigma do ensino em enfermagem, na verdade, foi a Portaria nº 195/90, de 17 de Março, que mais recentemente organizou e assegurou as linhas gerais dos planos de estudo do ensino de enfermagem em termos de estrutura de curso, áreas de ensino, limites temporais para o ensino teórico e ensino prático ou ensino clínico (EC) ao nível do bacharelato, posteriormente regulamentada para a licenciatura pela Portaria nº 799-D/99, da qual falaremos de seguida, para um melhor enquadramento do presente estudo.

1.1.1 – Ensino Clínico na Enfermagem

O Ensino Clínico de enfermagem, enquadrado no Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), sustentado pela Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro, decretado como uma vertente fundamental no processo de ensino/aprendizagem, visa dotar os estudantes de competências técnico-científicas essenciais ao desenvolvimento profissional.

Pelo Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro, são definidas as regras gerais a que fica subordinado o ensino da enfermagem através do CLE, inserido no ensino superior politécnico, o qual, de acordo com o estipulado no artigo 5º, refere que o CLE visa

assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção, bem como assegurar a formação necessária à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde, participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde, e ao desenvolvimento da prática da investigação, definindo ainda no artigo 6º a duração de quatro anos curriculares.

Tal como definido no artigo 13º deste mesmo decreto, o CLE veio a ser regulamentado por Portaria nº 799-D/99, de 18 de Setembro, tendo sido fixadas as regras gerais do seu funcionamento, no qual consta a estrutura curricular com uma componente de ensino teórico com a duração de pelo menos um terço da carga horária total do curso, e uma componente de ensino clínico com a duração de pelo menos metade da carga horária total do curso.

A componente de ensino teórico inclui, para além do ensino teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários, e tem como objetivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem, devendo conter obrigatoriamente as matérias constantes da alínea l) do artigo 1º do Decreto-Lei nº 320/87, de 27 de Agosto, onde se incluem as temáticas relativas a:

- a) Cuidados de enfermagem - Orientação e ética da profissão; princípios gerais de saúde e de cuidados de enfermagem; princípios de cuidados de enfermagem em matéria de Medicina geral e especialidades médicas, Cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, puericultura e pediatria, higiene e cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido, saúde mental e psiquiatria, cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria;
- b) Ciências fundamentais - Anatomia e fisiologia; patologia; bacteriologia, virologia e parasitologia; biofísica, bioquímica e radiologia; dietética; higiene (profilaxia, educação sanitária e farmacologia);
- c) Ciências sociais - Sociologia; psicologia; princípios de administração; princípios de ensino; legislação social e sanitária; aspetos jurídicos da profissão.

A vertente de ensino clínico tem como objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. Esta vertente inclui obrigatoriamente, de acordo com o nº 2

do artigo 1º do Decreto-Lei nº 320/87, de 27 de Agosto, cuidados de enfermagem em matéria de medicina geral e especialidades médicas, cirurgia geral e especialidades cirúrgicas, cuidados a prestar às crianças e pediatria, higiene e cuidados a prestar à mãe e ao recém-nascido, saúde mental e psiquiatria, cuidados a prestar às pessoas idosas e geriatria, e os cuidados a prestar no domicílio. O artigo 2º do mesmo decreto refere ainda que o ensino prático deverá ser efetuado sob a forma de estágios, orientados por pessoal de enfermagem qualificado, em estabelecimentos ou serviços de saúde, participando os alunos nas respetivas atividades na medida em que elas contribuam para a sua formação. Este ensino prático, caracterizado pela Portaria nº 799-D/99, de ensino clínico (EC), no ponto 3 do artigo 5º, salienta o papel dos docentes ao referir que deve ser assegurado através de estágios a realizar em unidades de saúde e na comunidade, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado, mas sob a orientação dos docentes da escola superior.

A Diretiva 2005/36/CE, de 7 de Setembro de 2005, define o EC como “...a *vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos com base nos conhecimentos e competências adquiridas (...)*”.

Refere ainda o Jornal Oficial (JO) da União Europeia que o EC deve ser “*ministrado em hospitais e outras instituições de saúde e numa coletividade, sobre a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e assistência de outros enfermeiros qualificados*” (JO L 255 de 30/09/2005, p.41).

A perspetiva da formação de enfermagem nos hospitais vem já salientada na obra “Guia de Enfermagem Hospitalar”, tradução do guia teórico e prático da Escola Florence Nightingale de Bordéus, cuja nota preliminar de Ruy Travassos Valdez, (1952), refere que “*a aprendizagem da profissão de enfermeira não se pode fazer com utilidade senão num hospital; (...) A formação da enfermeira hospitalar não se pode completar senão à cabeceira do enfermo. O manequim é um excelente instrumento para os exercícios preparatórios mas aí termina a sua função. O jeito de mãos, o espírito de observação, o conhecimento das reações do enfermo, a rapidez de adaptação a situações imprevistas, o sentido da responsabilidade, a disciplina profissional, o carinho desprovido de sentimentalismos pelo doente, não se cultivam e desenvolvem senão quando a enfermeira tem realmente uma missão a cumprir num serviço de hospital*” (pp.6-7).

Martin (1991) refere que os contextos práticos são *“um local privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo adquirir habilidades para atuar no mundo real em que a profissão acontece”* (p.162).

Neste sentido, é da responsabilidade dos serviços de saúde proporcionar um ambiente facilitador das aprendizagens, pois, tal como referido por Carvalho (2003), *“professores e enfermeiros estão conscientes que há competências ao nível do saber - fazer, do saber - estar e saber - ser, que só na atividade e em contexto de trabalho podem ser percebidos e desenvolvidos pelos estudantes”* (p.29).

É no EC que o estudante vai construindo o seu saber e identidade profissional. Neste sentido, deve ser permitido ao estudante imitar, rejeitar e experimentar por ele próprio, as práticas, os comportamentos profissionais e os conhecimentos adquiridos, pois é em EC que o estudante forma de modo particular e progressivo, o seu sistema de valores, normas de comportamento profissional e o seu sentido ético em função das suas características, das dos utentes, das estruturas e das conceções dos cuidados de enfermagem em vigor, numa perspetiva de socialização do estudante (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.93-94).

Durante o EC devem ser realizadas sessões de análise e reflexão direcionadas para uma construção positiva do processo de ensino/aprendizagem, sendo importante descrever as situações e as dificuldades sentidas, de forma a identificar soluções e estabelecer orientações facilitadoras, proporcionando uma aprendizagem mais eficaz e satisfatória (Arco, 2005, p.22).

A reflexão visa a compreensão da situação, conduzindo à mudança de atitude e comportamento no contexto de aprendizagem, tal como entendida por D'Espiney (1997), citado por Carvalho (2002) quando afirma que ela *“não é um fim em si; ela é um meio que permite aos sujeitos, através de um processo de descontextualização da ação e de recontextualização, uma (re)construção interna da situação, que adquire outros significados, permitindo visualizar novas formas de operar”* (p.30).

Encontramos estudos que corroboram a importância da reflexão, onde a valorização da prática reflexiva é apoiada por 25% dos enfermeiros, salientando estes que a reflexão conjunta pode desenvolver várias competências no aluno e na orientação, bem como transmitir o modelo profissional a seguir (Longarito, 2002, p.30).

O EC, enquanto ambiente vivo em que os estudantes se encontram e que sobre eles atua, obriga-os a reagir, a aprender e a interiorizar os elementos socioculturais do meio, de modo

a integra-los na estrutura da sua personalidade por influência de experiências com os agentes significativos. Massarweh (1999), considera o contexto clínico como uma “*sala de aula clínica*”, em que o que existe em comum é a formação, mas em contexto real e num ambiente complexo, cruzando-se as lógicas dos utentes, dos formadores, dos enfermeiros e dos estudantes, e assim sendo, mais imprevisível. Kushnir (1986) e Windsor (1987) referem o emergir de níveis de ansiedade nos estudantes, resultantes do processo de aprendizagem, da presença e situação clínica do doente, do relacionamento com a equipa e do não se ser capaz de concretizar essas mesmas práticas clínicas. De acordo com Hart e Rotem (1995), a aprendizagem em contexto clínico é caracterizada por fatores associados à “*autonomia e reconhecimento, clareza do papel a desempenhar, satisfação profissional, suporte dos pares, oportunidades de aprendizagem e qualidade de supervisão*” (Abreu, 2003, p.20).

No EC, a prestação de cuidados de enfermagem têm pois como objetivo o proporcionar experiências clínicas de aprendizagem que possibilitem ao estudante aplicar os conhecimentos e as técnicas de enfermagem de modo a desenvolver competências interpessoais, instrumentais e sistémicas no cuidar do doente e família.

Para uma correta orientação das vivências dos casos clínicos pelos estudantes, no sentido da construção de saberes ajustados e um desempenho adequado, alicerçado nas competências interpessoais, instrumentais e sistémicas, é exigido ao enfermeiro em funções de orientação um conjunto de conhecimentos na área da supervisão clínica, garantindo assim a qualidade dos cuidados prestados pelos estudantes aos doentes.

Hildegard Peplau (1964), citada por Abreu (2003, p.15), ao abordar as questões relacionadas com a origem e validade do conhecimento relativamente à formação em enfermagem, formulou algumas preocupações que viriam a dar corpo ao que se convencionou designar de “Supervisão Clínica em Enfermagem” (SCE), referindo sobre o acompanhamento das práticas clínicas, ser esta uma forma integrada de desenvolvimento de competências atitudinais, de habilidades e características pessoais em paralelo com a inteligência emocional, as preocupações éticas e o pensamento relacional, as quais se vão adquirindo e aperfeiçoando na relação humana entre formando e o profissional, sem comprometer a satisfação das necessidades dos doentes por parte dos profissionais.

O conceito de supervisão clínica tem sido estudado por vários autores, refletindo a importância que a mesma acarreta, não só enquanto processo formativo, mas também pelas implicações que podem advir de uma incorreta ou deficiente orientação e experimentação. Esta supervisão é entendida por Alarcão & Tavares (2003) como um "*processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o aluno no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática de prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação*" (p.197).

A importância da supervisão clínica ficou também realçada quando no ano de 1991, face aos graves acontecimentos cometidos a 13 crianças pela enfermeira Beverley Allitt no Hospital Grantham y Kesteven – Lincolnshire, no Reino Unido, cujo relatório salientou a pertinência da necessidade de um acompanhamento mais próximo dos profissionais no desenvolvimento pessoal e profissional nos contextos da prática, através da Supervisão Clínica de Enfermagem. Em 1993 o National Health Service (NHS) Executive, chamou a atenção para as dimensões pessoais, coletivas e institucionais que a SCE envolve, e Tait (1994) citado por Abreu (2003, p.17), caracteriza as principais preocupações da SCE, tanto na vertente da formação como de gestão em saúde, como um mecanismo para proteger padrões de cuidados e de segurança pública em termos de saúde, e conseqüente apoio ao desenvolvimento da excelência na prática.

Também Simões, Alarcão & Costa (2008) chamam a atenção para a importância do desenvolvimento de competências, relativamente aos três elementos intervenientes na orientação e prestação de cuidados aos doentes, nomeadamente estudantes, enfermeiros cooperantes e docentes. Relativamente aos estudantes, chama a atenção para o desenvolvimento de competências *atitudeis, cognitivas, comunicacionais e técnicas*, para os enfermeiros cooperantes, o desenvolvimento das competências *analíticas e avaliativas, interpretativas, comunicacionais, formativas e técnicas*, e para os docentes, as competências *formativas, analíticas e avaliativas, técnicas, comunicacionais e interpretativas* (p.104).

Esta perspectiva de desenvolvimento de competências associada à tríade constituída por formadores e formando, é reforçada por múltiplos estudos onde se tornam evidentes as características e atitudes mais relevantes no processo de formação.

Simões & Garrido (2007), procurando categorizar as unidades de registo relativas à finalidade das estratégias de supervisão utilizadas pelos enfermeiros enquanto supervisores

em EC, nos domínios das competências cognitivas, comunicacionais e atitudinais, salienta o clarificar e compreender o pensamento do estudante (20,70%), prestar atenção, aliada à comunicação verbal e não-verbal (13,8%), e dar opinião e discutir os assuntos e as ideias dos estudantes (12,07%). As competências técnicas, interpretativas e avaliativas são menos valorizadas, situando-se a orientação na realização de procedimentos de enfermagem (10,34%), o condicionar a formação explicando as consequências do cumprimento ou não, das orientações do enfermeiro (10,34%) e o ajudar a encontrar soluções para os problemas (10,34%). As competências menos valorizadas foram as analíticas, cuja reflexão, evidencia conhecimentos consolidados de aprendizagem, evidenciadas com o encorajar dos estudantes a concluir os seus raciocínios, cativá-los para o conhecimento e para a prática (8,62%), o servir de espelho, o confronto, a repetição e a exposição do problema (6,9%), a negociação de soluções com a análise de prós e contras (5,17%), e a planificação do desenvolvimento de competências (1,72%). Num estudo efetuado a 305 enfermeiros de diversos hospitais, verificou-se que 83,3% dos enfermeiros não possuía formação em supervisão clínica, ainda que um número significativo de enfermeiros estivesse interessado em realizá-la (65,7%).

Resultados semelhantes foram constatados num estudo de Simões (2008), no qual 76.67% dos enfermeiros não possuía formação específica em supervisão. Contudo, um estudo de Cunha (2010), evidencia a importância da formação em supervisão, sendo que esta influencia o contributo dos enfermeiros na formação pré-graduada ($\chi^2 = 6.873$; $p = 0.032$). O estudo demonstrou que quem possui formação em supervisão, melhor contribuía para a formação pré-graduada e que os enfermeiros que possuem formação específica em supervisão, têm em média mais competências na supervisão (176,63) do que aqueles que não possuem formação específica (147,02), sendo as diferenças consideradas estatisticamente significativas ($U = 5170.00$; $p = 0.027$).

É pois necessário disponibilizar ao estudante um conjunto de competências que lhe permitam uma decisão facilitada, uma perceção positiva de si, segurança nas atitudes e comportamentos, só facilitadas pelo acompanhamento do seu tutor num ambiente de aprendizagem reflexivo, orientando para uma filosofia de aprendizagem criativa, desenvolvendo a sua capacidade analítica, promovendo uma autonomia responsável e minimização de erros consequentes da formação inicial, possibilitando uma crescente segurança na execução prática, num processo avaliativo contínuo e progressivo de saberes em função da prática simulada e da prática real (Abreu, 2007, p.231-232).

Esta orientação só pode ser dada por supervisores que saibam gerir o tempo, organizar o trabalho, valorizar a relação com o utente, que possuam uma boa relação de proximidade, profissionais seguros das suas capacidades/competências, que mantêm o entusiasmo, amigos, com sentido de humor, atenciosos, pacientes e compreensíveis, sendo visto pelos estudantes como modelo profissional a seguir (Abreu, 2007, p.218).

O conhecimento das metodologias, estratégias e conteúdos da formação, a correta interpretação dos alunos, a capacidade de supervisionar, o desenvolvimento da capacidade de ensino, análise, avaliação e responsabilidade, são características que os enfermeiros cooperantes preconizam como indispensáveis à supervisão. A capacidade de comunicação assertiva e a gestão de emoções durante a formação ajudam a melhorar a comunicação entre estudante e enfermeiro (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.98).

Para facilitar a metodologia de orientação em ensino clínico, os alunos sugerem a interação escola/profissionais (ponte entre teoria e prática), a seleção de orientadores acessíveis, que prestem apoio e que estejam motivados para atender às necessidades do aluno e a formação dos orientadores em relação aos conteúdos lecionados e um conhecimento prévio do grupo (Dixe, 2007, p.74).

No estudo de Longarito (2002, pp. 36-37), a presença do enfermeiro no acompanhamento do aluno são para 26,3% dos enfermeiros, uma contribuição para a segurança adquirida durante o estágio por parte dos alunos. Além disso, a autoconfiança diminui o nível de stress apresentado pelos supervisados.

Carvalho (2003, p. 61) refere que os estudantes preferem a orientação dos enfermeiros, uma vez que a caracterizam como mais real, mais adequada ao serviço e mais coerente com as necessidades dos doentes. Porém, refere também existir uma lacuna entre a Instituição de Saúde e a Escola no que diz respeito à orientação no processo de enfermagem e no registo de notas de enfermagem. Longarito (2002, p. 29) refere que segundo 10,5% dos enfermeiros, a não utilização do processo de enfermagem na prática do serviço é limitadora de competências na orientação dos alunos. A má execução das técnicas é para 89,5% dos enfermeiros uma situação de dificuldade nos alunos. O estabelecimento de prioridades na organização do trabalho em função dos doentes é para 52,6% dos enfermeiros geradora de dificuldades nos estudantes.

No entender de Dixe (2007, p. 73), o deficiente desempenho e planeamento da orientação, a divergência entre a teoria e a prática, a falta de esclarecimento de dúvidas, a falta de

conhecimentos do estágio de desenvolvimento dos alunos, bem como as diferentes formas de orientação dos enfermeiros leva a equívocos na prestação de cuidados. Também os diferentes métodos de trabalho no seio das próprias equipas de enfermagem, a realização de más técnicas por parte dos enfermeiros e a pouca preparação pedagógica destes, leva a um deficiente desempenho e a uma inconsistente formação do aluno.

Apesar dos constrangimentos referidos, Longarito (2002, p. 30) refere que os enfermeiros consideram-se um elemento ativo na formação do aluno uma vez que proporcionam uma integração fácil na dinâmica do serviço, que a sua orientação se direciona numa facilidade de resolução de problemas, de diminuição de stress, de desenvolvimento de auto confiança, do pensamento crítico, da destreza técnica por parte dos alunos. Também Simões & Garrido (2007, p. 606) referem que segundo alguns enfermeiros, a estimulação da autonomia do estudante pode ser facilitada através da demonstração das práticas, de simulações reais, de estudos de caso, de reuniões de estágio, de debates, de discussões construtivas e de formulação de questões reflexivas. Estas estratégias são apontadas como importantes no desenvolvimento da prática dos saberes cognitivos e execução de técnicas, alcançáveis no âmbito da supervisão clínica.

Fica pois evidente a importância da participação dos enfermeiros na formação dos estudantes de enfermagem integrando um estatuto de perceptor/mentor e o seu importante papel na avaliação do desempenho dos estudantes, constituindo uma problemática intimamente relacionada com o sucesso ou insucesso do estudante no processo de ensino/aprendizagem, tal como referido por Carvalho (2006, p. 15).

1.1.2 - Supervisão Clínica em Enfermagem

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) é definida pelo *United Kingdom Central Council for Nursing* em 1993, como “(...) *a formal process of professional support and learning which enables individual practitioners to develop knowledge and competence, assume responsibility for their own practice and enhance consumer protection and safety of care in a complex clinical situations. It is central to the process of learning and to the scope of the expansion of practice and should be seen as a mean of encouraging self-assessment and analytical and reflective skills*”.

No entender de Cutcliffe (2001), citado por Fernandes (2010, p.75), a SCE não deve envolver apenas as situações mais complexas, mas toda e qualquer situação de prestação de cuidados.

No Caderno Temático sobre o Modelo de Desenvolvimento Profissional, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros define a supervisão clínica como “... *um processo formal de acompanhamento da prática profissional, que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a proteção da pessoa e a segurança dos cuidados, através dos processos de reflexão e análise da prática clínica*” (OE, 2010, p.5).

Numa visão mais alargada, supervisão é entendida como um processo mediador nos processos de aprendizagem e de desenvolvimento do supervisionado e do supervisor, a qual, em função da natureza da interação criada, pode facilitar ou inibir a aprendizagem e o desenvolvimento, exigindo um ambiente de confiança e de interajuda afetiva, cognitivamente estimulante para a progressão de ambos os intervenientes (Simões, Alarcão & Costa, 2008, p.94).

No Reino Unido, Suécia, Finlândia, Noruega e na Austrália, a SCE teve o seu início na área da saúde mental, sendo desenvolvidas políticas direcionadas para o apoio ao doente e ao enfermeiro envolvido em relação de ajuda, numa vertente não inspetiva, mas mais diretiva, sem seguir normas rígidas, em função da necessidade expressa ou sentida pelo profissional de enfermagem necessitado de apoio e/ou de formação (Cutcliffe, et al, 2001 & Abreu, 2002, citados por Fernandes 2010, p. 74). De acordo com a mesma autora, em Portugal, o termo supervisão em enfermagem encontra-se mais associado à área da gestão de unidades, surgindo na carreira de enfermagem pelo Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro ao explicitar que compete ao enfermeiro chefe da unidade ou serviço, supervisionar os cuidados de enfermagem como garantia de uma máxima eficiência e pelo Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, com a criação da figura do Enfermeiro Supervisor.

De acordo com Arco (2005, p. 22), supervisão é definida como um modelo de formação em que um profissional devidamente habilitado e com mais experiência, orienta e apoia o estudante, futuro profissional, na sua aprendizagem e aperfeiçoamento técnico e relacional.

Relativamente aos estilos supervisão estudados **diretivo, não-diretivo e de colaboração**, Gilckman, Gordon, & Ross-Gordon (1998) citados por Shen (2006, pp. 66-67), afirmam que, para a melhoria do ensino coletivo de práticas nas escolas, a supervisão deve ter três

pré-requisitos bases, “knowledge, interpersonal skills, and technical skills”, sugerindo que, relativamente às habilidades/competências interpessoais, os supervisores devem usar quatro comportamentos de supervisão para atender diferentes necessidades dos supervisionados:

- Supervisão diretiva de controlo, usada para transmitir as expectativas dos supervisores aos supervisionados de forma clara. Esta consiste em apresentar um comportamento de esclarecimento, escuta, resolução de problemas, direcionado, padronizado e de reforço. Este tipo de supervisão é útil em circunstâncias limitadas em que os supervisionados possuem pouca experiência e envolvimento;

- Supervisão diretiva informacional usada diretamente aos supervisionados de modo a considerarem e escolherem claramente ações alternativas delineadas. O supervisor é a principal fonte de informação, articulação de metas e de sugestão das práticas, mas no fim, os supervisionados são convidados a fazer um julgamento. Esta é uma abordagem útil quando a experiência, confiança e credibilidade do supervisor supera claramente a do supervisionado na própria informação, experiência e capacidades;

- Supervisão não-diretiva interpessoal para ajuda a supervisionados com altos níveis de desenvolvimento, os quais possuem uma maior experiência e podem determinar os seus próprios planos, tendo subjacente o saber ouvir, refletir, esclarecer, encorajar e resolver os problemas;

- Supervisão colaborativa interpessoal, a qual tem como premissa a participação por igual dos supervisores e supervisionados na tomada de decisões de desempenho, usado quando os supervisionados e supervisores têm níveis semelhantes de conhecimento, envolvimento e preocupação face ao problema.

Sá-Chaves (2000, p. 125), ao abordar a temática da supervisão e tendo subjacente os estilos de supervisão propostos por Glickman (1998), refere que estes vão “(...) desde as intenções mais rígidas de inspeção e de direção até às mais flexíveis e facilitadoras de orientação e de aconselhamento”, enquanto Alarcão (2009, p. 120), considera que a supervisão se enquadra mais numa perspetiva de “orientação mais colaborativa e menos hierárquica”, pois a colaboração entre profissionais na tomada de decisão e prática reflexiva, promove a formação dos próprios e o aperfeiçoamento do ensino e da aprendizagem.

As questões relacionadas com a orientação de estudantes em EC, têm sido abordadas em estudos, sobressaindo as capacidades, iniciativas e autonomia dos estudantes, num contexto de espírito de pesquisa, de análise e reflexão, alertando para aspetos positivos e negativos associados à sua orientação. O estudo de Longarito (2002, p. 30), refere que 36,8% dos enfermeiros considera ter uma atitude facilitadora da integração dos estudantes no contexto clínico, 31,6% consideram ser apoios na resolução dos problemas dos estudantes e 10,5% referem que facilitam o desenvolvimento da destreza na execução de técnica, imprescindíveis para a evolução da formação do aluno. Em sentido inverso, Dixe (2007, pp. 73-74) no estudo direcionado aos estudantes, refere que estes apontam como negativo o deficiente desempenho dos orientadores por falta de apoio no esclarecimento de dúvidas, pouco empenho no seu acompanhamento, diferentes formas de orientação e de métodos de trabalho dentro da mesma equipa e a falta de formação pedagógica, a ausência de linhas orientadoras comuns, a falta de tempo para a reflexão e a existência de mais do que um orientador em simultâneo.

Importa pois refletir sobre o porquê de tais contrastes entre o definido pelos orientadores e o percebido pelos estudantes, tendo como referencial os modelos de supervisão possíveis no ensino clínico de enfermagem.

Nos Estados Unidos da América, observa-se a adoção de modelos mais centrados no conceptual e intelectual, enquanto no Reino Unido se dá mais atenção à prática clínica. A aplicação/adoção de um ou de outro, de acordo com Sloan (2002), Shanley & Stevenson, (2006), citados por Fernandes (2010, p. 78), deve ser feita após prévia aferição da sua eficácia e adequação. De acordo com a mesma autora, Ooijen (2000), organizou os diversos modelos de supervisão em três grandes grupos:

1 - Os modelos desenvolvimentistas, provenientes da psicologia do desenvolvimento, numa perspetiva educacional da supervisão, integrando o modelo de desenvolvimento e apoio de Faugier (1992) “*Growth and support*”, o modelo da abordagem integrativa, proposto por Hawkins e Shohet (1989) “*Integrative approach*”³, e o modelo desenvolvido por Ooijen (2000) “*Double helix model of supervisory development*”, o qual defende que o desenvolvimento supervisivo passa pelos estágios de “(...) *novice, learner or advanced beginner, competent worker and expert*”, numa evolução conjunta entre supervisor e

³ Modelo com quatro etapas de desenvolvimento, num paralelismo entre o desenvolvimento de competências definidas por Benner (2001, p.4 9-63), que vão de “*iniciado*” a “*perito*”, passando por “*iniciada avançada*”, “*competente*” e “*proficiente*”.

supervisionado, evoluindo pela reflexão na prática numa tripla dimensão que envolve estrutura, processo e resultados;

2 - Os modelos estruturais que colocam a sua principal ênfase na definição da estrutura do procedimento supervisionivo tendo como principal característica a definição de orientações precisas, passo-a-passo, de todos os aspetos processuais. Dentro dos modelos estruturais temos como mais representativos o modelo cíclico, o ciclo reflexivo de John's e o modelo matricial. De acordo com Page & Wosket (1994), citados por Fernandes (2010, p. 79), os dois primeiros definem conjuntamente estrutura e processo, tipificados nas questões do “*porquê*” e do “*como*” é feita supervisão, procurando explicar como fazer desde um primeiro encontro entre supervisor e supervisionado, passando pela fase de focagem, do espaço, da ligação, até à revisão de todo o processo. O ciclo reflexivo de John's foi especificamente desenvolvido para uso em enfermagem e pode-se considerar sobreponível ao modelo cíclico em três das suas cinco fases. Parte da questão, centraliza-se nos factos e na reflexão complementar destes factos “*Qual é o problema?*”, seguindo-se a centralização no que ocorreu, uma reflexão complementar com definição de alternativas de ação, finalizando com as consequências e resultados esperados (Ooijen, 2000, citada por Fernandes, 2010, p. 79).

O ciclo reflexivo de John's é também um bom ponto de partida para a realização da reflexão. Esta, não sendo um processo estático, orienta o “*utilizador através de algumas questões de modo a dar estrutura para a reflexão sobre uma experiência*”, englobando a pergunta sobre “*O que aconteceu*” para a descrição da ação, “*O que pensou e sentiu?*” para a questão dos sentimentos e pensamentos, “*O que foi bom ou mau na experiência?*” para a avaliação do sucedido, “*Que sentido pode dar à situação?*” em termos de análise, “*O que mais poderia ter feito?*” em conclusão da ação desenvolvida e introdução do novo plano de ação, caso a situação se repetisse, colocando a questão “*Se isso voltasse a acontecer o que faria?*” (Palmer, Burns e Bulman, 1995, citados por Santos, p. 108).

Nos modelos estruturais encontramos também o modelo matricial, pois centra-se nas dimensões contextuais associados às “*tarefas*” e “*funções*” para a definição do “*processo*”. As tarefas/intervenções empreendidas pelo supervisor cruzam-se matricialmente com as funções e estas conjuntamente definem o processo supervisionivo, influenciando mutuamente o supervisor e supervisionado no trabalho que juntos desenvolvem. Esta relação supervisioniva entre o supervisor e supervisionado é vista como central e promotora de dinamismo no modelo, tendo ainda as dimensões relacionadas com o cliente e a instituição, sendo

evidente na natureza do modelo, a função de aconselhamento e instrução o que, segundo Holloway (1995), citado por Fernandes (2010, p.80), permite a sua apropriação para a supervisão de estudantes de enfermagem durante os seus períodos de aprendizagem em contexto clínico;

3 – Os modelos processuais integram o modelo dupla matriz ou de abordagem integrativa de Hawkins e Shohet (1989) - “*Integrative approach*”, o qual vê o processo de relação supervisiva constituído por quatro componentes principais, supervisor, supervisionado, cliente e contexto de trabalho, interligados por dois sistemas, um relacionado com o processo terapêutico entre o cliente e o supervisionado, e outro relacionado com o processo de supervisão que envolve supervisionado e supervisor, sistemas resultantes de um trabalho de negociação de tarefas/intervenções e objetivos, acordados previamente entre os elementos de cada um dos sistemas.

O modelo processual incorpora um dos mais citados modelos de supervisão clínica em enfermagem, o modelo interativo das três funções de Brigit Proctor (1993) - “*three-function interactive model*”, aplicável a uma grande diversidade de contextos na área da saúde mental, saúde ocupacional e enfermagem médico-cirúrgica, o qual, de acordo com Winstanley & White (2003) citados por Fernandes (2010, p. 80), integra três componentes:

- A componente normativa, diretiva ou de gestão, centrado em aspetos relacionados com a gestão e manutenção dos padrões profissionais promovendo e agindo de acordo com os procedimentos e as políticas da instituição, em que supervisor e supervisionado têm alguma responsabilidade, conduzindo a monitorização e avaliação do estudante ou do trabalhador;
- A componente formativa/educativa, relacionada com o desenvolvimento de competências e de conhecimentos dos supervisionados. Tanto supervisor como supervisionado, estudante ou enfermeiro, têm pelas tarefas formativas alguma responsabilidade no desenvolvimento daquele que está num processo de orientação (formando), usando como meio de reforço no supervisionado, a reflexão na prática clínica para melhorar a compreensão e promover competências (Shanley & Stevenson, 2006, citados por Fernandes, 2010, p. 81);
- A componente restaurativa, de apoio emocional, a qual ajuda os praticantes a perceberem e gerirem o stress emocional da enfermagem prática, resultante do desempenho profissional. Supervisor e supervisionado assumem a responsabilidade, ficando assegurando que este é adequadamente apoiado, recriado e reforçado, sendo uma função reconstituente

do supervisor (Sloan & Watson, 2002; Winstanley & White, 2003; Shanley & Stevenson, 2006, citados por Fernandes, 2010, p. 81).

Da aplicação dos modelos apresentados, ressalta a racionalidade prática dos mesmos, em detrimento da racionalidade técnica, em que o processo de aprendizagem, de acordo com Schon (1991), citado por Abreu (2003, p. 24), depende da desconstrução dos problemas e da inteligibilidade dos fenómenos, em que a reflexão é o processo chave da construção ativa do conhecimento no contexto da ação “*learning by doing*”. Neste sentido, o conhecimento na ação, a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, são os elementos fundamentais da área da formação em saúde.

Importa pois analisar as práticas de acompanhamento dos estudantes em EC, entendendo-se por acompanhamento clínico, aquele em que um professor ou o tutor orienta um estudante (Duarri Kendrick, 1999, Girouard & Marchaewka 1983), ou em que um professor ou tutor acompanha diversos estudantes (Feather & Bissel, 1979; Price & Chalker, 2000; Sloan et al., 2000), sendo sempre imprescindível a presença do professor ou tutor na formação (Abreu, 2007, p. 218). Esta é uma relação exigente, a qual requer do professor ou tutor um desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal como pré-requisitos para a formação dos estudantes, sendo referido por Dunn et al. (1995), que os estudantes consideram ser importante o estabelecimento de relações de confiança com o tutor. Esta relação só é possível estabelecer com tempo, pois só assim os estudantes conseguem ganhar confiança em si próprios, por em prática os seus conhecimentos teóricos e aumentar o seu sentido de responsabilidade para com os doentes (O’Brien-Pallas & Baumann, 1999, citado por Abreu, 2007, p. 216).

O trabalho de acompanhamento dos estudantes exige disponibilidade dos tutores, pois é um trabalho de construção da identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade, para além das razões de natureza psicológica, e como tal, só possível de alcançar com o tempo (Abreu, 2007, p. 218). Campbell et al., 1994, citado pelo mesmo autor, refere que as expectativas face ao papel de tutor podem mudar em função da situação. Este pode ser encarado como o exemplo a seguir - modelo, advogado, patrocinador, conselheiro, orientador, o que desenvolve as capacidades, o intelectual, o bom ouvinte, o anfitrião, o mestre, o desafiador, o visionário, o apaziguador, o amigo, o que partilha e facilita, para além dos papéis de natureza psicológica como sejam o saber aceitar, confirmar, aconselhar e proteger.

Este acompanhamento e orientação das práticas clínicas em termos de tutoria, de acordo com Abreu (2003, pp. 55-56), pode assumir quatro designações:

1. Mentor – Profissional experiente, mais velho, que se responsabiliza pela aprendizagem do formando;
2. Preceptor – Profissional que ensina, dá apoio emocional, inspira e se constitui como modelo para o formando, durante um período de tempo, com o objetivo de facilitar o processo de socialização e aproximação da pessoa ao seu novo papel (Morrow, 1984). Este enquadra-se mais no âmbito do exercício profissional do que no âmbito académico;
3. Multitutor – Conjunto de tutores de uma determinada unidade, desenvolvendo a sua atividade de uma forma concertada, em que dois ou mais formandos são apoiados por dois ou mais tutores (Nolinske, 1995);
4. Integrativo – Existência de uma interatividade efetiva entre o ensino teórico e o ensino em contexto clínico, em que as atividades desenvolvidas no ensino teórico permitem a colocação de questões-problemas, dimensionadas na presença dos enfermeiros das unidades. Estes enfermeiros e os docentes fazem depois a ponte para o contexto clínico.

De acordo com Watson (1999), no âmbito da formação inicial e no acompanhamento de estudantes em ensino clínico, *mentor* é o enfermeiro que, no seu contexto de prática clínica, supervisiona e facilita aprendizagens aos estudantes, em que a existência de um professor de ligação assegura o apoio e informação pedagógica ao mentor e ao estudante. A relação de um para um, entre estudantes e mentor, é tida por crucial para o processo de desenvolvimento profissional. Esta relação permite uma maior proximidade entre *mentor* e estudante facilitando o apoio e orientação específicos e dirigidos na sua aprendizagem. Andrews (1999), refere como características/pré-requisitos para se ser um bom mentor a "*approachability*", "*effective interpersonal skills*", "*adopting a positive teaching role*", "*paying appropriate attention to learning*", "*providing supervisory support*" e "*Professional development ability*" (OE, 2010, p. 53).

Em Portugal, a designação de mentor para o meio académico, normalmente toma a designação de **tutor**, assumindo-se que este deve possuir "*um adequado desenvolvimento intelectual, profissional e pessoal*" como pré-requisito para a formação dos estudantes. Na formação dos estudantes não deve ser descurado o trabalho conjunto de docentes e tutores, num contexto de "*complementaridade, coresponsabilidade e proximidade*" e não de substituição. A presença do enfermeiro ao lado do docente permite melhorar a qualidade da formação e a presença contínua do docente no local das práticas, favorece a mudança, em

que ambos têm responsabilidades. Na ausência de tutores, as responsabilidades passam para o docente, pese embora haja que se considerar que a formação clínica não pode dispensar a presença dos profissionais que exercem funções nas unidades de cuidados (Abreu, 2007, p. 217).

Cabe ao docente a responsabilidade global do estágio, de apoio e trabalho com os tutores, manter uma relação pedagógica com os estudantes, acompanhando e mediando as suas aprendizagens, colaborar em atividades de formação ou investigação na unidade de cuidados, conhecer e fazer respeitar as normas em vigor na área da qualidade, trabalhar com os estudantes os objetivos da aprendizagem e a relação clínica com os conteúdos ministrados em sala de aula, aprovar os objetivos operacionais elaborados para as experiências clínicas, realizar reuniões conjuntas com os estudantes e tutores avaliando os progressos das aprendizagens, constituir-se como um recurso para estudantes e tutores, avaliar permanentemente a adequação entre as experiências de aprendizagem e o plano de estudos, proceder à avaliação global das experiências clínicas, respeitando a realizada pelos tutores, e avaliar as experiências de tutoria.

Para o tutor cabe a responsabilidade de aceitar constituir-se como “modelo” para o estudante, colaborando com ele e com o docente no processo de aprendizagem, facultar a integração humana e cientificamente consistente dos estudantes no local de trabalho, mediar a relação entre estudantes e profissionais, assim como de estudantes e docentes, informar-se sobre o estágio e os adquiridos anteriores de formação dos estudantes, mobilizar os recursos locais para as aprendizagens dos estudantes, respeitar as normas e regras em vigor nos serviços, concretizar o plano de tutoria, contribuindo para a prossecução dos objetivos operacionais, assegurar-se da pertinência e adequação das experiências facultadas aos estudantes, proporcionar aos estudantes experiências de aprendizagem e momentos de formação, estar disponível para ouvir, apoiar ou ajudar os estudantes, facultar informação objetiva sobre os progressos dos estudantes, com vista à sua avaliação e aprendizagens futuras, e utilizar o docente como recurso para o seu desempenho enquanto formador (Abreu, 2007, p. 219).

Então, como caracterizar os processos de aprendizagem dos estudantes?

Bulmer (1997), citado por Abreu (2007, p. 238) refere que os supervisados valorizam a lealdade, a honestidade e sinceridade, saber ouvir e analisar as situações problema, ser capaz de prestar apoio, ser capaz de fazer críticas construtivas, sem julgar, ser facilitador

sem ser diretivo, saber reconhecer as suas limitações e proporcionar *feedback*. Fowler (1996) refere que os estudantes, por vezes demonstram limitações de aprendizagem, evidenciando dificuldades na decisão clínica, receio de cometer erros, falta de autoconfiança e um sentimento de falta ou insuficiência de conhecimentos, necessitando portanto de ambientes favoráveis à aprendizagem, tutores que evidenciem capacidades para transmitir conhecimentos e proporcionar o desenvolvimento de competências, sem contudo menosprezar o estudante e o respeitar, pois vários são os relatos de experiências negativas dos estudantes. Hart e Rotem (1994) relatam o contraste entre a cultura de escola e a dos contextos clínicos, onde por vezes as questões e críticas formuladas pelos estudantes nem sempre são bem recebidas. Nola (1998) refere o stress, a gestão do tempo e os objetivos demasiados ambiciosos conduzindo à perda de controlo sobre as situações clínicas. Corkhill (1998) refere a falta de motivação e o insucesso dos estudantes resultante da deficiente organização dos serviços. Kiger (1998) refere a desadequação da duração dos EC face aos objetivos delineados. Beattie (1998) refere a fraca preparação dos tutores por inadequada escolha dos serviços para a realização dos EC, escolhas em função das acessibilidades e não em função das competências a adquirir. Sandra et al. (2000) refere a diminuição de oportunidades de aprendizagem por falta de locais de estágio. Johnson (1995) refere a necessidade da adopção de práticas laboratoriais de maior qualidade para a execução de alguns procedimentos básicos (Abreu, 2007, pp. 220-221).

Há pois que ter em consideração as limitações apresentadas pelos estudantes, e ao mesmo tempo, adotar as medidas mais ajustadas para os processos formativos. De acordo com Stuart (2003) e Schön (1991), citados por Abreu (2003, p. 39), as fases de aprendizagem centram-se na prática (*practicum*), seja ela real ou simulada, com a presença de um acompanhamento (*coaching*), em que o “*coach*” é um profissional com conhecimentos da prática clínica, tendo como função o ensinar, treinar, aconselhar, apoiar e orientar.

A função supervisiva exerce-se “*pela construção ativa de oportunidades de aprendizagem em torno de valores, convenções, saberes, sistemas de linguagem e esquemas de pensamento e de ação*”, cuja didática da formação passa, por um lado, pela definição de estratégias de aprendizagem, entendidas como formas pessoais de aprender e de orientar para o desenvolvimento de competências, envolvendo processos racionais, analíticos, empíricos (envolvendo experiências que apelam aos sentidos), e metafóricos (envolvendo experiências de natureza simbólica), e por outro, através de dinâmicas adaptativas, que permitam aos estudante encontrar “*a sua forma*” de se adaptar, não só a novos contextos de

trabalho com ambientes em termos de luminosidade e odores até aí desconhecidos, exigindo uma sociabilização, o contacto com novos profissionais, utentes com as suas necessidades sociais, psicológicas, espirituais e físicas afetadas, adaptação esta que requer apoio face ao conjunto de situações novas com que é confrontado. Um segundo passo para uma boa adaptação do estudante, principalmente quando se está em presença do primeiro EC, é o “*controlo da situação*”, dependendo em muito dos adquiridos socioculturais, cuja cultura de género pode facilitar ou dificultar as práticas, as dinâmicas do “*cuidar*”, envolvendo diálogos de situações empíricas e as representações de anteriores experiências, a tomada de decisão facilitada, caso se disponibilizem ao estudante os necessários recursos ou “*ferramentas*”, inculcando uma perceção positiva de si e segurança nas atitudes e comportamentos, sendo imprescindível a presença do docente ou tutor para minimizar a possibilidade de erros e falsos sentimentos de segurança que podem comprometer em termos de conhecimentos e competências os futuros EC (Abreu, 2003, p. 39).

As diferentes formas de experimentação, as aprendizagens com os pares, a relação de ajuda e a avaliação são também fatores promotores da adaptação do estudante aos EC, cuja testagem de saberes e construção da consciência experiencial é um processo seletivo. De acordo com Stuart (2003), citado por Abreu (2003, pp. 38-39) as fases do processo global de aprendizagem em EC são:

1. Fase preparatória, focalizada no estudante, no processo de observação e de ação;
2. Fase experiencial, onde o estudante “reflete na ação”, através da partilha de experiências, da exposição e da demonstração, se colocam questões e desafios, se faz a experimentação com o respetivo feedback da situação para análise e implicações futuras;
3. Fase de processamento, em que a reflexão sobre as experiências é fundamental, incidindo sobre a sua descrição, sua análise crítica, síntese e avaliação do ocorrido;
4. Fase de resultados e da relação entre a aprendizagem e a ação.

Vemos pois que, tal como referido por Abreu (2003, p. 28), o EC, como fonte da experimentação em campo real, é uma das bases da aprendizagem, podendo ser evidenciado pelo ciclo de aprendizagem de Lewin, o qual, tendo como base a experiência, conduz ao processo de observação e reflexão, à formação de conceitos básicos e generalizações, culminando com a testagem de conceitos em novas situações (cf. Figura 1), permitindo estes fornecer diretrizes para futuras experiências.

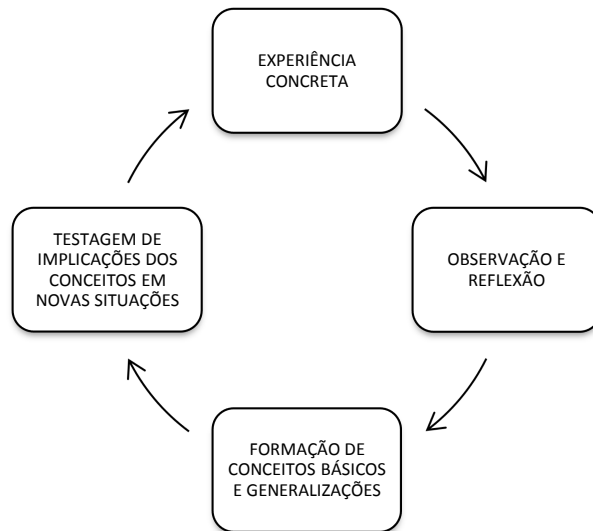


Figura 1. Ciclo de aprendizagem segundo Lewin

Fonte: Adaptado de Kolb (1984), publicado em Abreu, W. (2003, p.28). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde? Coimbra: Formasau.

Sobressai assim a importância da concretização dos ensinamentos clínicos nas instituições de saúde, de modo a que as aprendizagens em contexto real, resultantes das interações estabelecidas entre supervisores/tutores, estudantes e os espaços formativos, sejam fonte de mudança, desenvolvimento e de conhecimento dos futuros profissionais de enfermagem. Para tal, de acordo com Rankin (1991) e Washington (1997), citados por Abreu (2007, p. 238), o tutor deve possuir como características, a competência científica, comunicacional e didática, contribuir para o crescimento pessoal e profissional do estudante, saber aconselhar, apoiar e orientar o estudante ajudando-o a problematizar questões de âmbito profissional, proporcionar oportunidades de aprendizagem, ter autoestima e confiança pessoal, saber disponibilizar recursos para a aprendizagem, capacidade para estimular o estudante e saber facilitar a gestão de emoções.

A definição de estratégias de colaboração entre as instituições de ensino onde ocorrem as práticas pedagógicas e as instituições de saúde onde ocorrem as práticas clínicas requer pois uma adequada coordenação e intervenção, de modo a compatibilizar a formação em sala de aulas e a concretização de experiências reais conducentes ao desenvolvimento de competências profissionais dos estudantes, sendo os tutores/supervisores o elo de ligação, fundamental para a ação formativa, pelo que deverão ser eleitos os mais competentes e diferenciados em termos de conhecimentos.

1.2. MODELO DE COLABORAÇÃO ESCOLAS/INSTITUIÇÕES

As questões relacionadas com a dicotomia entre a teoria e a prática resultante do ensino de enfermagem nas instituições de saúde têm sido analisadas sob diferentes perspectivas, em função do momento e época em que ocorreram, tendo subjacente o modelo instituído entre as organizações intervenientes.

Importa pois refletir sobre os modelos de colaboração institucional, para que, face à escolha ou adoção de um modelo, se possa compatibilizar os interesses organizacionais, integrando os supervisores/tutores que mais-valias possam dar para a formação em termos de competências e conhecimentos.

No período em que o ensino e prática de enfermagem não eram dissociáveis, Powers (1976), citado por Amador (1991, p. 10), enfatiza o facto de os estudantes serem por vezes utilizados como *“mão-de-obra dos hospitais”*. Com a integração da formação em enfermagem nas instituições de ensino e as inerentes alterações dos currícula, esta problemática não deixou de existir, apontando Dexter e Laidig (1980), citados pela mesma autora, como uma das principais causas dessa divergência, justificando com o facto de existir uma *“barreira bloqueando a comunicação entre o grupo dos que ensinam e os dos que praticam a enfermagem”*, sendo os educadores acusados de *“viverem numa torre de cristal e de não prepararem adequadamente os estudantes para o mundo real”* (p. 10).

A ausência de comunicação entre docentes e enfermeiros é considerada por Johnson (1980) como um problema, descrito como *“os teus”* e *“os nossos”* problemas, segundo os pontos de vista dos docentes ou das enfermeiras. Nesta perspectiva, considera o autor que os docentes são *“vistos”* na maior parte dos serviços como *«hóspedes»*, papel que os docentes têm muito cuidado em não violar atendendo a que, apesar das queixas que formulam entre si relativamente às limitações e inadequações do serviço de enfermagem, raramente partilham esses problemas com os enfermeiros dos serviços e mais raramente intervêm diretamente para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros da prática (Amador, 1991, p. 11).

Para a resolução das divergências entre o ensino e prática, Amador (1991), apresenta três linhas de orientação, a saber, *“a aquisição da prática pelo corpo docente nas clínicas, o*

desenvolvimento de modelos de colaboração escola-serviços” e “a integração docente-assistencial” (p. 12).

Cada uma das linhas apresentadas orientam-nos para uma realidade associada à tríade - prática, ensino e investigação, que em nosso entender é vivenciada por docentes e enfermeiros sob diferentes perspectivas.

Relativamente à prática, afastando-se os docentes do exercício em contexto real, comprometem o desenvolvimento das suas competências técnicas (saber-fazer), valorizando-se os profissionais. Quanto ao ensino e investigação, não possuindo os enfermeiros as competências pedagógicas e de investigação, essenciais para um ensino de qualidade, podem comprometer esse mesmo ensino em termos do conhecimento (saber-saber), sendo neste caso valorizado o papel dos docentes. Fica o «saber ser/estar» como fonte de resolução destas incompatibilidades entre profissionais de diferentes áreas de intervenção, mas que mutuamente se completam, e que os modelos de relação/colaboração entre instituições (ensino e hospitalares), em muito poderão contribuir para a sua resolução.

Nayer, citada por Amador (1991, pp.13-14), apresenta dentro do “*Modelo de Colaboração*”, também designado de “*Modelo de Cooperação*”, “*Modelo de Unificação*” ou “*Modelo de Colaboração/Unificação*”, três exemplos considerados como os primeiros adotados nos Estados Unidos, cujos diferentes tipos de relacionamento institucional foram aplicados na Universidade da Flórida, Universidade Case Western Reserve e Universidade de Rochester.

Em 1959, Dorothy Smith, diretora da Escola de Enfermagem da Universidade da Flórida, e toda a sua equipa, ao darem início à prestação de cuidados diretos aos doentes nas instituições hospitalares, passaram a ser consideradas como modelos para os estudantes, modelo ainda utilizado em diversas instituições. Em 1961, a Escola de Enfermagem da Universidade Case Western Reserve e os serviços de enfermagem do Hospital Universitário, desenvolveram um protocolo de colaboração, no sentido de permitir tanto o desenvolvimento das competências académicas para os enfermeiros, como assegurando o desenvolvimento das práticas pelos docentes, tendo como conceito subjacente o “líder académico de enfermagem”. Em 1972, a Universidade de Rochester adota o modelo de unificação, considerado para uns como um retrocesso, mas que permitiu o desenvolvimento de vários métodos de trabalho - funcional, individual e de equipa. Estando a implementação do programa centrado na instituição de ensino, os enfermeiros da

prática deixaram de ter responsabilidades no controle do ensino e os estudantes deixaram de contar como elementos das equipas de cuidados.

Dos vários estudos sobre o “modelo de colaboração”, Amador (1991, pp. 13-14) salienta as razões apresentadas por Mac Phail (1983) para a sua adoção, estando relacionados com o interesse, tanto dos enfermeiros docentes como da prática, na implementação dos melhores cuidados de enfermagem para os doentes, proporcionando um clima de aprendizagem exemplar e “staf” para os estudantes, possibilitando a pesquisa em enfermagem e ajuda na resolução do número e qualidade de pessoal de enfermagem. Assim, não só o corpo docente tomaria consciência da realidade dos serviços em termos de enfermagem, mas também contribuiria para a estruturação de programas de formação, de modo a desenvolver competências nos estudantes de acordo com as realidades existentes nos serviços.

Salientamos também o referido por O’Koren (1986), quando afirma que não se deve pensar em modelos de colaboração sem primeiro se definir e aceitar os objetivos das escolas e serviços, conhecer as capacidades e experiências dos docentes e enfermeiros do serviço e se os objetivos para a enfermagem são consistentes com os das duas instituições. Importa ainda delinear e clarificar o que se espera para ambas as instituições, combinado superiormente pelos líderes, num sistema de comunicação aberto, num diálogo franco, não ameaçador, baseado na verdade, honestidade e boa-fé, para uma maior credibilidade do acordo estabelecido (Amador, 1991, p. 16).

Quanto ao problema da dicotomia ensino/serviços associado à “*Integração Docente-Assistencial*” (IDA), as várias referências procuram também esclarecer a forma como a formação dos estudantes deve ser acompanhada, orientada ou supervisionada. Vários são os exemplos de acompanhamento de estudantes na formação. Este acompanhamento pode passar pela integração do estudante nas equipas de enfermagem, ficando estas com a responsabilidade da sua formação, pode passar pela integração do docente na equipa de enfermagem, ficando com a responsabilidade da sua formação, ou então, pela adoção do enfermeiro assistente, pertencendo ou não aos serviços onde os estudantes estão integrados.

Atualmente em Portugal as instituições de ensino são autónomas no que respeita aos seus programas formativos, mas nem por isso podem descuidar a relação com as instituições onde decorrem os ensinamentos clínicos, uma vez que, por imperativo legal, estas têm de incorporar nos seus planos de estudo, a vertente prática, e como tal, necessitam de

estabelecer parcerias ou protocolos de colaboração, para a obtenção dos seus propósitos, sendo certo que para cada uma das possíveis soluções, o momento, o contexto e a situação em que se vivem essas realidades, influenciam a estrutura e adequação de cada parceria.

A literatura indica que a cultura das escolas e dos serviços de saúde, bem como as relações entre os seus funcionários, corpo clínico e estudantes são determinantes significativos de bem e mal sucedidas experiências de educação clínica (Chalmers et al. 2001; Davies et al. 1999, citado por Clare, 2003, p. 17).

Tais factos são suscetíveis de ocorrer, tanto mais que, tal como referido por Mary Mundt (1997), relativamente à formação na área clínica e à rede de cuidados integrados de saúde, tendo em consideração as transformações que ocorrem nos sistemas de saúde, tais como a diminuição dos tempos de internamento, a introdução de novas tecnologias, a racionalização de custos, a certificação da qualidade, as dificuldades de colocação de estudantes ou mesmo as alterações de modelos de gestão, conduziram a alterações nos sistemas clássicos de formação em contexto clínico, obrigando as instituições de ensino a refletir sobre as novas realidades de modo a poderem tomar decisões que contribuam para uma aprendizagem clínica de qualidade (Abreu, 2007, pp. 242-243).

Edmond (2001), citado por Clare (2003, p. 18), sugere a expansão das estruturas de colaboração através do estabelecimento de equipas bem integradas, com base no reconhecimento, na responsabilidade comum, apoiadas por políticas adequadas, legislação eficiente e financiamento ajustado.

O relatório de 2002 do inquérito do Senado em Enfermagem da Comunidade Australiana sobre a questão da educação clínica chama a atenção para a necessidade premente de uma maior ligação entre a educação e os serviços de saúde em todos os aspetos educacionais de enfermagem. Esta deve passar pelo estabelecimento de parcerias formais, colaborativas e efetivas (Clare, 2003,p.17).

Os estudos de Clare e colaboradores identificaram questões integrantes para a construção de parcerias colaborativas, onde se incluem o estabelecimento e convencimento de que ambas as partes têm necessidade de colaborar, de estabelecerem uma comunicação aberta e autêntica, capacitação, valorizando todos os membros da parceria em partes iguais, respeito mútuo e confiança nas ações, demonstrando comportamentos profissionais em todos os momentos, decidindo os parâmetros e propósitos da parceria, o esclarecimento dos

resultados desejados bem como o desenvolvimento de estruturas e modelos que sustentem e alimentem a colaboração de forma autêntica (Clare, et al. 2003, pp. 17-18).

Esta colaboração autêntica entre serviços é sentida pelos intervenientes no processo formativo. Como exemplo de tal realidade, referimos o estudo etnográfico realizado por Amador (1991), relativo à colaboração entre Serviços e Escolas de Enfermagem em Portugal, em que a análise dos domínios culturais pôs em evidência perspetivas de interação contraditórias. Se por um lado, gosta-se da presença de estudantes nos serviços, uma vez que contribuem para a prestação de cuidados, estimulam a aprendizagem e trazem inovação, por outro, dificulta-se a sua concretização. O estudo põe em evidência que as enfermeiras se preocupam com o modo como ensinam e como executam os cuidados aos doentes, de modo a proporcionarem uma melhor aprendizagem aos estudantes. Contudo, a falta de informação e preparação dos enfermeiros, independentemente do gosto que têm em ter alunos, de serem modelos e da importância dada à orientação dos estudantes, é considerada como relevante para a compreensão que deve ser dada à colaboração entre as escolas e os serviços, sugerindo-se o seu aprofundamento e análise nos diversos contextos (Amador, 1991, p.319).

Carvalho (2006, p.15) refere ser necessário organizar o ensino clínico de enfermagem, salientando os aspetos relacionados com o *benchmark* para a gestão de parcerias entre escolas e as instituições de saúde, os padrões de qualidade a que devem obedecer os Contextos de Aprendizagem Clínica de Enfermagem (CACE) e os modelos de supervisão clínica em enfermagem.

Várias têm sido as contribuições de diferentes autores e associações de enfermagem abordando as orientações a que devem obedecer os CACE, para se assegurar as melhores práticas e a qualidade dos cuidados, bem como dos diferentes modelos de educação clínica em enfermagem para o acompanhamento e supervisão de estudantes. A própria legislação prevê a colaboração das instituições de saúde e dos enfermeiros na formação em enfermagem.

Em Portugal, de acordo com o Despacho Ministerial nº 1/87, de 21 de Abril de 1987, publicado no Diário da república nº 116 de 21 de Maio de 1997, reforçada pelo Despacho nº 8/90 de 28 de Fevereiro de 1990, determina-se que “...os estabelecimentos e serviços dependentes do Ministério da Saúde devem prestar a maior colaboração às Escolas Superiores de Enfermagem nomeadamente: Facilitando campos de estágio de natureza e

qualidade adequados à formação de novos enfermeiros; Permitindo a colaboração do seu pessoal de enfermagem na aprendizagem prática dos estudantes, de acordo com as orientações ajustadas entre as escolas e os serviços...” (Diário da República n.º 64 de 17/3/90, p. 2706).

Mais recentemente, a colaboração entre as escolas e as instituições prestadoras de cuidados de saúde, onde se enquadram os hospitais, foi regulamentada pelo Decreto-Lei n.º 206/2004, de 19 de Agosto, cujo articulado no ponto 3, do artigo 1.º, se refere ao ensino de diversas ciências, explicitando a da enfermagem, através do disposto no artigo 15.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

Se por um lado a legislação salvaguarda a colaboração interinstitucional, o estudo de Amador (1991, p. 319-320) relativo ao processo de colaboração entre as instituições de ensino e hospitalares ressalta a *“necessidade de preparação das enfermeiras”* e a importância dada ao seu papel como *“orientadoras,... dando às alunas uma visão mais real das necessidades dos pacientes e dos serviços*. Ressalta ainda a percepção que, pese embora o facto de as enfermeiras gostarem de ter as alunas nos serviços, esta é perspectivada de duas formas. Por um lado, *“ajudam nos cuidados”*, estimulam o estudo e atualização de conhecimentos, conduzindo à inovação, por outro, embora menos verbalizada, a presença das estudantes é vista como uma forma de *“atrapalhar o serviço”*, causar *“agitação”* e comprometerem os procedimentos normalizados, traduzidos nas passagens de turno mais morosas, impedindo a saída atempada do serviço. Na perspectiva das estudantes, não se entendia como o processo de avaliação se centrava nas escolas e respetivos docentes e apenas indiretamente nas enfermeiras, tendo elas uma participação *“ativa”* no processo de aprendizagem das estudantes.

Ainda hoje as evidências do dia-a-dia demonstram que tais conclusões são uma realidade. Se por um lado, os estudantes são vistos como uma mais-valia para os serviços em termos de recursos humanos, por outro, são colocados problemas a nível da gestão de cuidados e de recursos materiais. Acresce ainda referir que, por força das alterações introduzidas no processo de contratualização de colaboradores por parte das instituições de ensino e hospitalares, este pode conduzir a que nem sempre seja tido em consideração os interesses de ambas as partes, instituições de ensino e de saúde.

O interesse pela problemática da colaboração escolas-serviços, à semelhança de Amador (1991) ou de Alberto Mourão⁴ citado por Nunes (2003), que em 1972 se preocupou com o “*melhor aproveitamento da enfermagem*”, referindo que, sendo o hospital “...*uma empresa, pois os meios que se utilizam, sejam eles materiais ou humanos, exigem uma regulamentação orientada no sentido empresarial, isto é, com uma tendência para a rentabilidade mas igualmente com os olhos postos na resolução dos problemas humanos dos empregados ...*”, (p.317), foi também do nosso interesse estudar esta problemática, não na perspectiva dos docentes, enfermeiros ou alunos, mas na perspectiva de O’Koren (1986), orientada para a consecução dos objetivos institucionais valorizando a afetação e rentabilização de recursos nela existentes, bem como da qualidade de cuidados prestados aos doentes.

Vários têm sido os protocolos de cooperação formalizados entre instituições de ensino e as instituições prestadoras de cuidados, mas cujo único objetivo é o de proporcionarem campos de estágios, protocolos estruturados numa perspectiva muito generalistas, sem objetivos operacionais específicos para ambas as partes, e que, tal como refere Espadinha & Reis (1997, p. 32), necessitam de ser repensados.

Face aos problemas que foram surgindo após a década de 80, associados ao projeto economicista do mundo, Carvalho (2003, p.57) refere que governos, sindicatos e organizações profissionais e educativas, sugerem como paradigma alternativo de formação, o estabelecimento de parcerias, aproximando a formação ao mundo do trabalho, obrigando à institucionalização de uma nova cultura de aproximação entre as organizações educativas e profissionais, parcerias estas entendidas por Barbier (1995, citado por Carvalho, 2003) como “*a fusão/junção das diferentes partes para a convergência de interesses, o lançamento de ações, com o reconhecimento dos recursos que uns e outros são suscetíveis de por em comum, para a construção de projetos conjuntos*” (p. 58).

Mazalon (1997), citado por Carvalho (2003, p.58), refere que as parcerias levantam problemas, pois para poderem ser implementadas, têm de por atores a dialogarem para a obtenção de um objetivo final que se pretende comum, mas cujos papéis e relações são diferentes, diferentes objetivos e preparações, pois vivenciam diferentes culturas educativas e profissionais.

⁴ Antigo monitor da Escola de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca e superintendente dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

Concordando com Carvalho (2003), entendemos que o afastamento dos professores da prática profissional tal como a falta de preparação dos enfermeiros para a orientação dos estudantes em parceria com os docentes, dificultam o desenvolvimento destas parcerias, pelo que devem ser dotados de conhecimentos que lhes permitam a aquisição de competências para os novos papéis, e assim poderem aceitar e desenvolver essas mesmas parcerias de uma forma construtiva, considerando-a como um projeto conjunto de Escola/Organização de Saúde, onde os enfermeiros são vistos como parceiros na formação dos estudantes e os professores e estudantes como parte integrante das equipas de saúde. Esta parceria, de acordo com Nóvoa (1992, citado por Carvalho, 2003) não pode ser mais vista como a "*anulação das competências dos diversos atores destruindo, pela assimetria de relações, a possibilidade de cooperação*" (p. 59).

Para uma maior aproximação entre instituições, as escolas têm integrado enfermeiros nas práticas pedagógicas e na orientação/tutoria da prática clínica, tendo contudo a noção de que não pode envolver toda a equipa de profissionais do mesmo modo. Por outro lado, o desenvolvimento de modelos de colaboração Escola/Serviços de Saúde têm sido estudados, de modo a melhor se entender os fatores facilitadores e os constrangimentos resultantes da interação docente/enfermeiro/estudante, pois destes resulta o sucesso dos processos de ensino/aprendizagem, bem como da eficiência organizacional das instituições de saúde e consequente melhoria da qualidade de cuidados, contribuindo assim para a aceitação e desenvolvimento destas mesmas parcerias.

Ainda hoje são descritos e estudados modelos alternativos e inovadores de orientação de EC tal como referido por Oliveira e Vieira (2010), tendo por base a criação de "Dedicated Education Unit" e "Collaborative Learning Unit" implementadas em diversos países, as quais, segundo os autores, trazem ganhos para as escolas de enfermagem, para as instituições de saúde e para os estudantes, promovendo também uma estrutura para o ensino pós-graduado e investigação. Tais unidades têm subjacente a criação de "Enfermarias – Escola", cujas primeiras experiências em Portugal datam da década de 50 nos Hospitais da Universidade de Coimbra, e cujas responsabilidades da assistência aos doentes era partilhada com as escolas, participando estas na sua estruturação, dotação de equipamentos e funcionamento geral dos serviços, apetrechando-os com tudo o que necessário e indispensável seria para a realização dos EC. Neste sentido, o processo de colaboração entre uma instituição de Saúde e de Ensino, visaria a transformação e implementação do modelo "Serviço-Escola".

Para que tais procedimentos possam ser uma realidade, com benefícios mútuos para ambas as instituições, importa conhecer as organizações de saúde e o seu regime jurídico, assunto que abordaremos no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 2: A ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

O hospital é uma estrutura que agrega um conjunto de pessoas e recursos com um propósito que deve ser comum, visando a prestação de serviços de saúde à comunidade, e como tal, deve ser considerado em termos de funcionalidade, como qualquer outra empresa. Neste sentido, importa definir e caracterizar o conceito subjacente às organizações.

Edgar Schien (1986, citado por Bilhim, 2001), define as organizações como “*unidades e entidades sociais, conjuntos práticos*”, tais como fábricas, bancos e administração pública, ou então como “*condutas e processos sociais*”, relacionados com um conjunto de atividades realizadas de forma coordenada e racional, desenvolvidas por um grupo de pessoas visando a realização de um objetivo ou intenção explícita comum, concretizado através da divisão do trabalho e funções hierarquizadas e responsáveis, exigindo a disposição de meios para a obtenção dos fins pretendidos, bem como a integração dos diversos colaboradores.

Cunha (2007) refere que as organizações são “*conjuntos de pessoas que trabalham de forma coordenada para atingir objetivos comuns*” (p. 38). São “*realidades complexas e multifacetadas, repletas de variedade (de capacidades, pessoas, tecnologias, interesses, pensamentos, objetivos), a qual torna redutora e simplista (em vez de simples) qualquer teoria assente numa imagem única*” (p. 39).

Numa perspetiva comportamentalista, Lawrence & Lorsch (1972, citados por Bilhim, 2001) consideram a organização como “*a coordenação de diferentes atividades e de contribuições individuais com a finalidade de efetuar transações planeadas com a envolvente*” (p. 429), ou seja, com o meio onde se encontra inserida.

Verificamos pois que as organizações em geral se caracterizam como um conjunto complexo de elementos integrados, onde as pessoas, tendo um propósito ou fim para o qual trabalham e se esforçam, através de um adequado planeamento e formalização de estruturas, equipamentos e recursos materiais, visam a obtenção de um objetivo comum, ou

seja, a satisfação dos seus clientes, não só em termos de quantidade do serviço prestado, mas também em termos da qualidade desses mesmos serviços.

Neste pressuposto, cada organização cria uma cultura própria resultante da agregação de um conjunto de componentes que, tal como referido por Chiavenato (2000) acabam por tipificá-la ao assumirem “*as suas características próprias, sua personalidade, seu modo de ser e suas peculiaridades*” (p. 171).

A existência de uma cultura organizacional é fundamental para o sucesso das instituições, pois não basta possuir recursos financeiros, estruturas físicas, equipamentos, normas e procedimentos para que esse sucesso seja uma realidade. António (2003) refere que as organizações são compostas por estruturas sociais e humanas, com vida própria, que crescem e se desenvolvem, adaptando-se às exigências da envolvente externa em que se inserem, mediata em termos de fatores políticos, económicos, sociais, tecnológicos, culturais e demográficos, e imediata no contexto das áreas de análise do cliente, mercado e concorrentes no sector de atividade.

Dawson (1995), Mabey & Salaman (1995) põem em evidenciam a importância da cultura organizacional, para a explicação do sucesso ou insucesso das organizações, bem como das implicações na motivação e desempenho dos seus colaboradores, de modo a promover a eficácia das mesmas. Esta resulta da conceção de cultura organizacional definida por Schien (1990) como o “*conjunto de valores nucleares, normas de comportamento, artefactos e padrões de comportamento que governam a forma como as pessoas interagem numa organização e o modo como se empenham no trabalho e na organização*” (Ferreira, 1996, p. 315).

A cultura de uma organização pode pois gerar disfunções, tanto maiores quanto maiores forem os processos de mudança estabelecidos sobre os seus membros. Alterações na gestão das instituições, quando não acompanhadas por ajustadas medidas de adequação aos valores dos seus membros há muito enraizados, podem provocar ineficiências estruturais e processuais, por força da sua influência sobre os costumes, tradições e formas de agir dos seus membros. Importa pois fazer o enquadramento da organização hospitalar, de modo a perceber-se o seu contexto atual, bem como das implicações no relacionamento com outras instituições, com particular incidência nas de saúde (Ribeiro, 2006, p. 173).

Ao longo dos últimos anos, várias foram as mudanças implementadas nas instituições de saúde hospitalares. Em 1998, na obra “*O Hospital Português*”, o Ministério da Saúde

referia a necessidade de introdução de mudanças na gestão dos hospitais através da implementação de uma “*política e estratégia definida para a saúde*” (Portugal, 1998, p.40). Nesta obra são apresentados como objetivos para as instituições hospitalares, aumentar a racionalidade interna da gestão e das decisões clínicas, visando a eficiência e a qualidade dos serviços prestados, bem como aumentar a satisfação dos doentes e profissionais. Para tal, o seu financiamento deveria passar pela produção de serviços, pelo investimento, investigação, ensino e formação, centrando-se nos aspetos relacionados com a maior flexibilidade da gestão de pessoal e adequação do seu propósito no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Portugal, 1998).

Este imperativo de mudança iniciado em 1996 com o documento "Saúde em Portugal - Uma estratégia para o virar do século", procurava incrementar uma nova cultura política de saúde, a qual passava pela reforma da gestão dos centros de saúde e dos hospitais do SNS, pela remuneração associada ao desempenho, implementação de sistemas de qualidade na saúde, políticas para as profissões da saúde e pela sustentabilidade financeira (Portugal, 1999). Já em 1988 o Ministério da Saúde, no Decreto Regulamentar n.º 3/88 de 22 de Janeiro⁵, referia como linha de força proveniente dos estados europeus relativas ao regime jurídico da gestão dos hospitais público, entre outras, a “Introdução de métodos de gestão empresarial”.

Na verdade, a própria empresarialização dos hospitais introduzia na sua conceção alterações na organização hospitalar em termos funcionais, económicos e de recursos humanos ao “*Transformar o hospital público tradicional em empresa pública...*”, tal como referido pelo Observatório Português de Sistemas de Saúde (OPSS), no Relatório de Primavera de 2002 (OPSS, 2002, p.74). Este enquadramento legal das Instituições Hospitalares, resultante da Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, definiu o regime jurídico da gestão hospitalar, o qual, pelo Decreto-Lei n.º 93/2005 de 7 de Junho, converteu os hospitais em Entidades Públicas Empresariais. Importa referir que, apesar das alterações introduzidas nas organizações hospitalares em termos empresariais, estas continuavam a prever a existência de hospitais com ensino pré-graduado e de investigação científica, tal como referido no artigo 15.º do referido decreto, o qual seria objeto de regulamentação através de diploma quanto aos aspetos relacionados com a interligação do exercício clínico

⁵ Revogado pelo art.º 42º do Decreto-Lei n.º 188/2003, de 20 de Agosto.

e as atividades da formação e investigação, no domínio do ensino dos profissionais de saúde.

A perspetiva de que a instituição hospitalar enquanto organização, não se deve diferenciar dos restantes tipos de organizações, é também referida por Parreira (2005), pois para poder obter uma maior rentabilização tem de saber gerir os seus recursos humanos, materiais e equipamentos, a sua produção, saber manter as suas infraestruturas e a sua identidade, tendo sempre presente o seu meio envolvente.

Apesar da alteração ao estatuto jurídico dos hospitais genericamente conhecido por “empresarialização dos hospitais” ter modificado a modalidade de posse, esta não provocou alterações sensíveis na arquitetura organizacional, nem tão pouco na prática gestonária, com exceção no que se referiu à contratualização de recursos humanos e serviços, à maior capacidade negocial nas aquisições e nos projetos de investimento. Tal facto ficou explícito pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, criado por despacho de 31 de Janeiro de 2010 pelo então Ministro de Estado e das Finanças Teixeira dos Santos e pela Ministra da Saúde Ana Jorge, o qual, com o objetivo de apresentarem uma nova matriz organizacional para os hospitais do SNS, referia que a nova cultura de gestão que se esperava que emergisse da reforçada autonomia conferida à instituição hospitalar não tinha acontecido, persistindo a indefinição estratégica, o planeamento incipiente ou inexistente, a falta de transparência nos processos de decisão, tudo concorrendo para a desresponsabilização e para a ausência de envolvimento da organização. O mesmo grupo referia ainda que *"a empresarialização dos hospitais, ao colocar maior ênfase na gestão empresarial, descentrou a atenção do essencial, o doente e a prestação dos cuidados de saúde, comprometendo a adoção de estratégias de eficiência, capazes de responder simultaneamente à necessidade de melhorar desempenhos e conter custos, só exequíveis em contextos de excelência clínica.* Para que tal excelência fosse implementada, haveria que recentrar toda a cultura da organização no doente e na prestação dos cuidados de saúde, adotando os modernos conceitos de governação clínica, orientados para um conjunto de políticas, estratégias e processos orientados para a qualidade, capazes de assegurar uma melhor gestão do hospital não só relativamente aos cuidados prestados aos seus doentes, mas também no modo de prestação de contas e na gestão dos recursos (Portugal, 2010b, p.18).

Na sequência destas elações, o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012/2016 emanado pela da Direção Geral de Saúde veio apontar como eixo estratégico a nível político, o reforço da

responsabilidade pela governação integrada, abrangendo esta a governação clínica, empresarial e financeira, a informação e a gestão do risco em todos os níveis e em todos os sectores do sistema de saúde, em consonância com a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde, cujo primeiro ponto define como prioridade estratégica, a qualidade clínica e organizacional. O PNS refere ainda o desenvolvimento de políticas, desenho, articulação e integração de estruturas e redes, em função da prestação de cuidados de qualidade promotoras de melhores resultados, satisfação dos profissionais e dos cidadãos, segurança dos doentes e combate ao desperdício, bem como a adoção de intervenções com melhor custo-efetividade, o desenvolvimento de mecanismos que promovam o *benchmarking*, a identificação de boas práticas e o incremento das cadeias de valor. A nível organizacional, refere que as instituições devem incluir estratégias e processos de promoção da qualidade, monitorização, segurança, identificação e correção de erros, criando estruturas de governação clínica responsáveis pela monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados, com recursos humanos, financeiros, instalações e estratégia próprios, tendo como fim a obtenção do compromisso, empenho e partilha da responsabilidade por profissionais de saúde e gestores. Para tal, deve ser estimulado a nível interno o trabalho de equipa, a formação, a liderança, a supervisão e divisão de atividades, a limitação de longos períodos de trabalho e prevenção de *burnout*, pelo que se devem estabelecer políticas de qualidade que assegurem a qualidade dos cuidados e a segurança dos doentes e profissionais. A nível externo devem ser definidas políticas de monitorização da satisfação dos cidadãos (Portugal, 2012).

Do que se acaba de transcrever, conclui-se pois que as alterações introduzidas no regime de gestão hospitalar procurou ir no sentido da inovação em termos de governação clínica, tal como referido por Ribeiro (2005) e entendida por Rice (2003), como o conjunto de estruturas e processos que definem a sua orientação estratégica (missão, visão, valores, objetivos) e o meio pelo qual os recursos (humanos, tecnológicos, políticos, capital e outros meios financeiros) estão organizados e distribuídos, de modo a poderem ser atingidos os seus propósitos (OPSS, 2008, p. 30).

As novas filosofias de gestão descritas na Lei de Gestão Hospitalar⁶ em 1988 e que referiam ser necessário aos hospitais organizarem-se e ser administrados em termos de gestão empresarial, estavam associadas à *New Public Management* (NPM), originária dos países de influência anglo-saxónica (Reino Unido, Estados Unidos, Austrália e Nova

⁶ Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro

Zelândia), iniciativas que de acordo com o OPSS (2008), foram implementadas em alguns países da Europa nas décadas de 70 e 80, as quais procuravam refletir sobre o papel do Estado nas organizações públicas e introduziam nestas, os novos modelos de gestão inspirados na cultura das empresas privadas e orientadas para uma maior eficiência técnica e social. Contudo, só após a publicação da Lei de Bases da Saúde⁷, se veio a verificar alguma inovação em termos de gestão hospitalar, concretizada com a entrada em funcionamento do atual Hospital Fernando Fonseca, em Novembro de 1995.

Os vários modelos de organização hospitalar então experienciados resultaram pois da influência de diversos sistemas de saúde provenientes de diversos países e das novas filosofias e políticas de gestão empresarial, aplicadas às organizações de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2011-2016, relativamente aos cuidados de saúde hospitalares apresenta várias reformas, modelos e experiências organizacionais de sistemas de saúde implementados ou em curso, a nível mundial (Portugal, 2010a).

Para melhor se entender o sistema de saúde Português, importa analisar os modelos que lhe deram suporte.

O sistema de saúde tipo beveridgeano, cuja essência defende desde 1942 políticas igualitárias e a intervenção determinante do estado com base num seguro de saúde universal e compulsório - seguro social, tem por objetivo prestar cuidados de saúde financeiramente comportáveis, acessíveis e de elevada qualidade. Os serviços de saúde são prestados por uma complexa rede de prestadores públicos autónomos e de prestadores privados, tendo evoluído para um novo paradigma na prestação de cuidados, através da criação de uma plataforma de Cuidados de Saúde Primários (CSP) publicamente financiados, com cobertura universal, que contemple uma abordagem centrada nas famílias.

No sistema de saúde tipo bismarckiano, implementado por lei em 1883 na Alemanha, verifica-se a obrigatoriedade dos empregadores contribuírem para um esquema de seguro-doença em favor dos trabalhadores mais pobres, tendo sido posteriormente alargado a trabalhadores com rendimentos mais elevados. Este foi considerado o primeiro exemplo de modelo de segurança social imposto pelo Estado, o qual conduziu à criação de um sistema de seguros obrigatórios.

⁷ Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto

Em Portugal, a base do sistema de saúde surge em 1971 com a reforma do sistema de saúde e assistência, conhecida por reforma de Gonçalves Ferreira, constituindo-se como o primeiro esboço do que viria a ser o Serviço Nacional de Saúde (SNS). O despacho ministerial publicado em Diário da República, 2.ª série, de 29 de Julho de 1978, mais tarde reconhecido como “Despacho Arnaut”, constituiu a verdadeira antecipação do SNS, o qual, seguindo o modelo beveridgeano, viria a permitir o acesso de todos os cidadãos aos Serviços Médico-Sociais (Portal da Saúde, 2010).

A criação de estruturas hospitalares em Portugal surge em 1946 com a Lei n.º 2011, de 2 de Abril, o qual deu início à organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde e lançou a base para a construção de uma rede hospitalar, cuja gestão viria a ser da responsabilidade das Misericórdias. O Estatuto Hospitalar e o Regulamento Geral dos Hospitais viriam a ser regulamentados pelo Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril de 1968, e o Decreto-Lei n.º 48358, de 27 de Abril de 1968 (Portal da Saúde, 2010).

As primeiras referências relativas à necessidade da introdução dos princípios de natureza empresarial na gestão dos hospitais surgem pois no Decreto-Lei n.º 19/88, de 21 de Janeiro, refletindo a preocupação decorrente do aumento do peso das despesas de saúde no Orçamento do Estado, sugerindo mesmo a implementação de medidas no sentido do seu controlo. Algumas dessas medidas só viriam a ser concretizadas pelo Decreto-Lei n.º 374/99, de 18 de Setembro, com a criação dos Centros de Responsabilidade Integrados (CRI) enquanto estruturas orgânicas de gestão intermédia dos hospitais do SNS, com a criação das agências de contratualização pelo Despacho Normativo n.º 61/99, e pela criação dos modelos de cuidados integrados, associados dos Sistemas Locais de Saúde (SLS) instituídos pelo Decreto-Lei n.º 156/99, de 10 de Maio.

Com o Decreto Regulamentar n.º 3/88, de 22 de Janeiro, são introduzidas alterações substanciais no domínio dos órgãos e funcionamento global dos hospitais, bem como na estrutura dos serviços, à semelhança do que ocorreu nos restantes países europeus. Neste sentido, foram reforçadas as competências dos órgãos de gestão e abandonadas as direções de tipo colegial, passando os titulares dos órgãos de gestão a serem designados e controlados pela tutela.

Apesar das alterações introduzidas à data pela legislação, os métodos de gestão empresarial ficaram aquém do desejado, pois houve necessidade de se alterar o estatuto hospitalar por se ter verificado a necessidade de se “*libertar os hospitais das regras e formalismos...* (da

função pública/administração pública), aligeirando a burocracia e aumentando a velocidade de resposta do hospital – em aquisições e recrutamentos; Melhorar a responsabilidade dos serviços e profissionais, através de maior flexibilização e pelo sistema de incentivos (dirigidos aos grupos/serviços); Recompensar e responsabilizar os gestores dos diversos níveis e serviços pela obtenção da produção e objetivos contratados com o SNS”, tal como referido na obra "O Hospital Português" (Portugal, 1998, p.41).

Tais alterações vieram a ser espelhadas em 2002 com a aprovação do novo regime de gestão hospitalar⁸, o qual introduziu modificações na Lei de Bases da Saúde e a institucionalização dos modelos de gestão de tipo empresarial, culminando em 2005 com os hospitais a assumirem o estatuto jurídico de Entidades Públicas Empresariais (EPE)⁹, figura progressivamente atribuída a todos os hospitais (OPSS, 2008, p.34-35).

Em termos de inovação na gestão hospitalar, várias foram as experiências sucessivamente implementadas, começando-se pela concessão da gestão do Hospital Fernando Fonseca a privados (1996), passando pela quase empresarialização do Hospital de São Sebastião em Santa Maria da Feira, pela criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (1999) e, Criação do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio (2001). Paralelamente, em 1999 foram feitas tentativas da introdução de delegação de competências nas estruturas orgânicas de gestão intermédia, através da criação dos Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), tal como anteriormente referido.

As alterações introduzidas nas organizações hospitalares visaram pois a introdução de medidas de rentabilização e de maior eficiência organizacional, em prol da qualidade das organizações e dos serviços. Neste sentido, as orientações estratégicas para a implementação de processos de melhoria foram sendo definidas, tendo subjacente os sistemas de gestão pela qualidade, tipificados pelas normas da família ISO 9000, da International Organization for Standardization (ISO). Neste sentido foram implementados modelos de gestão inovadores, cujos referenciais de consenso internacional, apontam para a realização de boas práticas, orientadas para a qualidade e garantia de fornecimento de produtos e serviços, satisfação dos requisitos dos clientes, apresentando-se como exemplos, os desenvolvidos pela European Foundation for Quality Management (EFQM) e o modelo designado por Total Quality Management (TQM), modelos e teorias resultantes

⁸ Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

⁹ Decreto-Lei n.º. 233/2005, de 29 de Dezembro.

dos ensinamentos de consultores de gestão americanos onde se incluem Edwards Deming, Joseph Juran e Armand Feigenbaum.

Procurando enquadrar os conceitos subjacentes aos modelos de gestão orientados para a qualidade, apresentamos o modelo desenvolvido pela European Foundation for Quality Management (EFQM), criado em 1988 com o intuito de auxiliar organizações sem fins lucrativos e tendo como missão, construir uma conduta de excelência sustentável na Europa e fornecer uma visão de sucesso às organizações europeias integradas no mercado global, de modo a poder fornecer-lhes indicadores de gestão que refletissem os princípios da qualidade (EFQM 1999-2003, p.2). Tal como referido por esta organização, a qualidade enquanto conceito tem sofrido alterações ao longo de várias décadas. Na década de 30, a qualidade estava associada à perspetiva da inspeção dos produtos realizados, na tentativa de identificação dos defeitos e sua eliminação, passando nas duas décadas seguintes a estudar e a tentar identificar o porque das causas desses defeitos, para assim poder identificar possíveis formas de resolução dos problemas identificados, constituindo-se esta como mais uma atividade de gestão. Após o período da análise de conformidades em função das especificações definidas para os produtos ou serviços, passou-se na década de 60 a aferir se os produtos ou serviços estariam ajustados ao seu uso, procurando-se assim satisfazer as necessidades dos clientes. Esta foi a fase da definição de políticas de qualidade e certificação dos serviços. Resultante das questões de competitividade, surge na década de 70 a preocupação com os custos de produção, para as quais em muito contribuíram as técnicas de resolução de problemas, a implementação dos círculos de qualidade e as políticas de qualidade a baixo custo (EFQM 1999-2003).

O modelo da EFQM (cf. Figura 2) passa por agregar um conjunto de meios considerados como facilitadores para o sucesso da organização onde a escolha do tipo de lideranças, a definição de políticas e estratégia para a organização, a definição de políticas de gestão das pessoas, de recursos e parcerias, e dos processos e procedimentos a seguir, constituem 50% dos elementos base para o seu sucesso. Os restantes 50% de elementos base essenciais para estrutura de sucesso das organizações, orientados para os resultados, integram a definição de estratégias para a identificação da satisfação dos seus colaboradores, satisfação dos seus clientes, impacto na sociedade e de análise dos resultados chave da “performance” do negócio (EFQM 1999-2003, p.5).

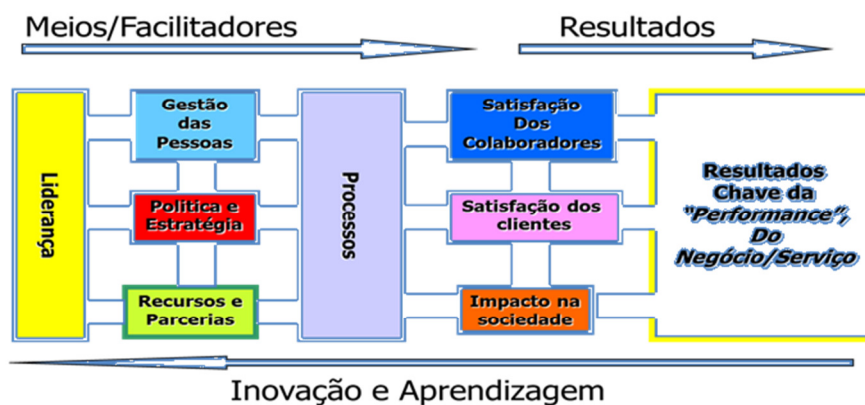


Figura 2: Modelo excelência organizacional da EFQM
 Fonte: EFQM 1999-2003, Introdução à Excelência <http://www.efqm.org>

O presente modelo organizacional visa a eficiência da organização através de lideranças competentes, avaliando-se as políticas e estratégias de gestão de recursos humanos, verificando-se as necessidades dos recursos, identificando-se a eficiência dos serviços através da relação entre os meios e os resultados, tendo sempre em consideração o índice de satisfação dos colaboradores relativamente às políticas e estratégias de gestão de recursos humanos, da imagem do atendimento e da legitimidade do serviço enquanto garante da qualidade da organização, medindo-se a sua produtividade através dos indicadores de custo/benefício da atividade do departamento e o valor acrescentado bruto dos colaboradores, identificados a partir de auditorias efetuadas à organização.

Resultante destas auditorias, seriam propostas medidas de melhoria de funcionamento no sentido de se localizar as melhores práticas organizacionais, permitindo uma aprendizagem organizacional e identificando as oportunidades de melhoria em cada unidade auditada bem como no conjunto dos serviços, criando-se indicadores quantificáveis passíveis de uma monitorização do sistema ao longo do tempo, permitindo a tomada de consciência dos recursos humanos enquanto elementos estratégicos para a melhoria da qualidade e modernização da organização, bem como promovendo a normalização das melhorias propostas, aplicáveis ao universo da organização.

Tanto o modelo da EFQM como o modelo da TQM têm como princípios fundamentais da gestão das organizações em prol da qualidade, a análise das estruturas, a definição dos processos que conduzem à concretização dos seus objetivos e propósitos, a preocupação com as pessoas que a integram e conduzem aos resultados desejados, procurando assim a satisfação do cidadão/cliente, foco central de toda a sua atividade.

Ainda que sinteticamente, importa pois fazer o enquadramento dos recursos humanos e seus custos no contexto das organizações de saúde, bem como das formas de financiamento a que as mesmas se encontram sujeitas, de modo a promover a qualidade de cuidados prestados aos cidadãos.

2.1. RECURSOS HUMANOS

As organizações hospitalares são constituídas por um múltiplo e variado conjunto de grupos profissionais, os quais, com os seus conhecimentos, capacidades, aptidões e motivações, procuram alcançar, não só os objetivos pessoais, mas também institucionais. Assim sendo, o cuidado necessário por parte das organizações em relação aos seus colaboradores, torna-se fundamental, devendo passar não só por uma política de carreiras, métodos de trabalho, incentivos e compensações, mas também procurando proporcionar ambientes de trabalho e de formação, estimulantes e capacitantes para os seus membros (Ribeiro, 2005, p. 110).

Com o advento da sociedade da informação, Drucker (1977) questiona a validade dos critérios produtivos (quantitativos) da sociedade industrial e propõe o enfoque nos critérios qualitativos, através do conhecimento, ou seja, através do auto reconhecimento do trabalhador, das suas capacidades e limitações, do tipo de trabalho que lhe é mais indicado e da forma mais adequada para se trabalhar melhor. Os desenvolvimentos verificados nos ambientes sociais, políticos e económicos conduziram a profundas mudanças nas organizações, tendo como motivo subjacente a sua sobrevivência. Neste contexto, salienta-se o sucesso das “learning organization”, as quais, no entender de Fleury & Fleury (1995), foi sustentado nas suas capacidades para criar, adquirir e transferir conhecimentos, modificando assim os seus comportamentos, na base desses mesmos novos conhecimentos, refletidos e incorporados no seu seio (Ribeiro 2005, p. 111).

A abordagem dinâmica deste conceito implica a habilidade da organização em produzir e melhorar conhecimentos. Drucker (1992) refere que o conhecimento é a fonte primária do desenvolvimento económico e individual, uma vez que é a base para o recurso financeiro, investimento e custo de uma economia desenvolvida. Todavia, o conhecimento apenas se torna produtivo quando aplicado a uma atividade. Neste sentido, cabe às “learning organizations” o desenvolvimento das habilitações dos seus colaboradores e a sua

integração nas diversas atividades, visando tornar o conhecimento um fator altamente produtivo, constituindo assim uma importante vantagem competitiva. Desta forma, observa-se que o sucesso e a eficácia dos processos estão relacionados com a habilitação dos recursos humanos nas organizações. Por habilitação Katz (1955), refere ser a capacidade inata ou a ser desenvolvida e a tradução da sua aplicação em ações eficientes, frente às diversas circunstâncias. Segundo o autor, são três as habilidades básicas a serem desenvolvidas: técnica, humana e conceptual. Habilidades técnicas, no sentido da utilização dos instrumentos para o desempenho das mais diversas funções, de acordo com os conhecimentos da cada profissional, habilidades humanas, de compreensão e partilha de funções e tarefas entre os diferentes membros ou grupos da organização, de modo a obter-se uma relação saudável e motivadora entre os profissionais, e habilidades conceptuais enquanto integração cognitiva dos interesses e atividades da organização, de modo a resultarem numa coordenação interdependente das diferentes partes (Ribeiro, 2005, p.111).

Neste âmbito, a Lei de Bases da Saúde¹⁰ relativamente aos profissionais de saúde, na Base XV, ponto 2, patenteia que a política de recursos humanos para a saúde deve ter como objetivos a satisfação das necessidades da população, o garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivando a dedicação plena e evitando o conflito de interesse. Só assim se pode cumprir a sua principal missão, a prestação de cuidados de saúde à população.

Na verdade, os objetivos relacionados com a gestão de recursos humanos nos hospitais, levantaram múltiplos problemas os quais se têm prolongado no tempo. Nas obras, “O Hospital Português” e “Contributos para um Plano Nacional de Saúde”, os problemas são associados aos quadros das instituições manifestamente insuficientes, à rigidez dos processos contratuais, à má estruturação das carreiras, onde os interesses vão para além das competências e qualificações, com sistemas de classificação/avaliação de serviços e pessoas enquanto instrumento de promoção profissional, ineficientes. Por outro lado, a falta de conhecimentos em termos de gestão e organização do trabalho por parte das chefias e direções, têm também gerado ineficiências, as quais são acompanhadas por uma incorreta política remuneratória, penalizante para os cumpridores e não responsabilizante para os prevaricadores. O ambiente de trabalho é também referido como fonte de problemas associados aos recursos humanos nas instituições, sendo a desmotivação, a falta

¹⁰ Lei nº 48/90, de 24 de Agosto.

de informação e o mau relacionamento interprofissional e serviços, fatores endógenos desses mesmos problemas (Portugal, 1998; Portugal, 2003).

A falta de formação dos recursos humanos face aos objetivos institucionais, a indefinição de papéis e competências por ineficiente planeamento ou deficientemente ajustados às reais capacidades dos profissionais e necessidades das organizações, são também referidos como problemas organizacionais (Ribeiro, 2005, p. 112).

Vemos pois que, para se conseguir atingir os propósitos de uma forma eficiente, as organizações necessitam do envolvimento dos seus colaboradores, pelo que devem ter especiais cuidados não só em dotar os serviços com os recursos necessários às atividades a realizar, mas também em relação aos princípios e valores dos seus colaboradores de modo a estimular e motivar para a concretização dos objetivos institucionais.

2.2. CUSTOS HOSPITALARES

O aumento das despesas com a saúde é uma das principais preocupações dos governos, situação agravada nos países com menor crescimento económico, constatando-se como é difícil assegurar o financiamento dos cuidados de saúde sem limitações. Em Portugal, no período de 1980 a 2004, o peso dos gastos públicos com saúde face ao Produto Interno Bruto (PIB), duplicou, passando dos 3,6% para os 7,2%, representando em 2006 cerca de 9,9% do PIB, valor acima da média dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) que em 2007 se situava nos 9%, variando entre os 16% nos Estados Unidos e menos de 6% no México e Turquia (Portugal, 2010, p. 24).

Como justificação para o aumento dos custos em saúde Serralva (2000) refere a desorganização com demoras indevidas, a duplicação de exames e ao planeamento de cuidados sem se atender à prevenção, sendo que a esse elevado custo não corresponde necessariamente um elevado nível da qualidade dos cuidados prestados. Tais gastos estão associados a interesses de índole corporativa, industrial e política que dificultam a implementação de medidas de controlo de despesas.

Marques (2008), também partilha das ideias de Serralva (2000) relativamente aos custos em saúde, quando afirma que *“as despesas com a saúde dos países ocidentais estão a tornar-se incompatíveis por causa da alteração da pirâmide etária das sociedades e o seu*

tendente envelhecimento (há estudos que apontam um consumo de cuidados de saúde quatro vezes superior relativamente às pessoas com mais de 65 anos), o aumento da esperança de vida, as novas doenças da civilização e o desenvolvimento de doenças crónicas que provocam e agravam o aumento do consumo per capita, associado à prestação dos cuidados (mais atos médicos, exames e tratamentos, medicamentos, material de consumo clínico e dispositivos médicos, etc.)” (p.58).

Como fator do aumento dos custos em saúde, Marques (2008, p.60) aponta a má distribuição das instalações e equipamentos de saúde, bem como a facilidade na aquisição de equipamentos e novas tecnologias.

Na verdade, o aumento dos custos relativos aos cuidados de saúde tem suscitado a necessidade da implementação de medidas de racionamento de cuidados, tanto no domínio do racionamento implícito decorrente das decisões clínicas, cujos critérios discricionários resultam de valores e julgamentos dos prestadores de cuidados, como no racionamento explícito, decorrente de critérios técnicos e princípios normativos conducentes à inclusão ou exclusão de pacientes da prestação de serviços, ou programas de saúde promovidos pelos governantes, pese embora estes, em substituição de decisões clínicas subjetivas, tornem o racionamento mais transparente e aberto à participação da sociedade (Pinho, 2008, p. 691).

O estabelecimento de prioridades na área da saúde, significando tratar alguns doentes/doenças de forma preferencial, tem levantado algumas questões quanto à justiça distributiva, a qual pressupõe tratar de igual forma o que é igual e de modo diferente o que é diferente, o mesmo se passando relativamente ao princípio do mérito, o qual defende que os indivíduos com certas características devem ser tidos em consideração para a afetação dos recursos. Esta perspetiva utilitarista, tendo subjacente o primado da eficiência, refere que os recursos devem ser distribuídos de modo a maximizar a sua utilidade e o seu propósito, ou seja, a máxima satisfação do cliente e da sociedade. Neste pressuposto, Pinho (2008) refere que não se deve ignorar os valores da sociedade, para a qual, de acordo com o *comunitarismo*, esta deve participar na tomada de decisão relativamente às “*questões normativas sobre a vida, a qualidade de vida e o papel da Saúde*” (p.692). O mesmo advoga existir a necessidade do uso de critérios técnicos assentes na Epidemiologia, Economia e na Medicina Baseada na Evidência (MBE). A contribuição da economia para o estabelecimento de prioridades em saúde tem sido alvo de discussão ao nível da literatura,

da economia, por força da escassez de recursos, pelo que importa fazer a avaliação efetiva dos custos e benefícios associados aos programas de saúde.

Os estudos de custo-efetividade, subjacentes ao modelo de Medicina Baseada na Evidência, têm permitido clarificar e identificar intervenções ineficazes, reduzindo assim o desperdício e libertando recursos para fins alternativos. Esta opção de priorização de cuidados iniciada nos Estados Unidos em 1991 no Estado de Oregon teve como resultado, a estruturação de uma lista de 709 pares doença/tratamento cobertos pelo esquema de segurança e proteção social dirigido a pobres e idosos, mas que, por carências de financiamento, apenas os primeiros 587 cuidados foram financiados numa fase inicial, sendo posteriormente alargados em 1993 para 696 casos (Pinho, 2008, p. 693).

A opção da exclusão de serviços de saúde do financiamento público de modo a permitir o alargamento de beneficiários foi seguida com interesse a nível internacional, em especial pelos países onde o acesso aos serviços de saúde não é tido como universal. Na Europa, seguindo-se o modelo “*comunitarista*”, deu-se maior ênfase à equidade do tratamento ao cidadão. No entanto, países como a Holanda, Nova Zelândia, Noruega e Suécia, adotaram modelos associados ao modelo de racionamento, tendo como premissas para estabelecimento de prioridades, a definição de um conjunto de orientações clínicas, critérios e princípios éticos inspirados nos valores cristãos e no humanismo ocidental, tais como o princípio da dignidade humana, da necessidade e solidariedade e o princípio custo-efetividade, (Pinho, 2008, p. 693).

Serralva (2000) refere existirem diferentes métodos para a análise de custos em saúde, evidenciando o que compara os custos com a qualidade dos cuidados de saúde prestados. Salienta contudo dificuldade em analisar a qualidade dos cuidados, pois considera ser difícil de a mensurar. Um segundo método encontra-se associado ao cálculo dos custos por doente hospitalizado, apesar de existir um número muito elevado de doenças e em diferentes fases de evolução. Em sua opinião, e contrariando o facto de ser considerado como mais rigoroso, refere que “*nos hospitais se realiza muitas vezes o cálculo do custo diário de hospitalização, representando esta uma forma pouco correta de avaliar os custos reais. Na realidade, o doente não consome regularmente a mesma quantidade de cuidados durante todo o período de hospitalização. Além disso, cada doente tem um comportamento e exigências diferentes num mesmo hospital e, como é óbvio, em hospitais diferentes*” (p.65).

Serralva (2000) distingue os “custos diretos” dos “custos indiretos” em saúde. Sendo óbvia a impossibilidade de calcular a soma dos custos reais associados a cada caso de doença, torna-se necessário proceder à estimativa dos custos por doente. Assim, é necessário realizar estudos para contabilizar todos os custos associados à doença. Fazem parte dos custos diretos os tratamentos onde se inclui entre outros, os consumos de materiais, as consultas, os medicamentos, o tempo de hospitalização e as despesas de transporte. Os custos indiretos representam todos os custos para além daqueles considerados diretos na prestação de cuidados ao doente. Uma doença tem um custo económico muito superior à soma das despesas em materiais e equipamentos, pois o indivíduo doente tem necessidade de interromper a sua atividade profissional, afetando a sua situação pessoal e familiar. Na perspetiva de um melhor enquadramento dos custos com a saúde e em função do indivíduo, doença e situação, surgiu uma classificação que permite calcular o custo médio das doenças, designada por Grupos de Diagnóstico Homogéneos (GDH). Ao avaliar os custos resultantes de cada patologia, foi permitido estabelecer prioridades a nível do planeamento em saúde e, conseqüentemente, foi demonstrado que as despesas com a saúde se podem adequar à doença, não constituindo desperdício para a sociedade, mas sim como investimentos social (Serralva, 2000, p.68).

O suporte teórico estabelecido na literatura relativamente à definição de prioridades, racionamento e análise de custos, revela pois a importância da temática em estudo e o interesse para as instituições de ensino e de saúde, tendo-se como objetivo a produção de conhecimentos que contribuam para a melhoria dos processos de aprendizagem, para uma maior eficiência na gestão e melhoria da qualidade de cuidados.

Todos os estudos que possam tornar mais claro os custos globais das organizações, mesmo que parcelarmente, são assim de extrema importância, pois podem clarificar custos ou mais-valias resultantes de parcerias institucionais e a definição de responsabilidades das partes nos resultados operacionais.

Não podendo entrar na análise global dos custos relativos à prestação de cuidados de enfermagem nos hospitais, com particular incidência dos resultantes do ensino clínico de enfermagem, importa contudo clarificar de que forma os resultados operacionais dos serviços hospitalares são influenciados pela realização dos EC, induzidos quer pelo aumento de prestadores de cuidados de enfermagem, nomeadamente no que se refere à presença dos estudantes de enfermagem, quer em termos gastos de materiais de consumo clínico e hoteleiro necessários para a prestação desses cuidados.

Várias têm sido as referências relativas à problemática do processo de colaboração entre os serviços hospitalares e as escolas, a maioria incidindo sobre a dicotomia entre a formação adquirida nas escolas e a realidade prática profissional, sobre o papel do docente e do enfermeiro nos ensinamentos clínicos e no âmbito dos modelos de supervisão/orientação dos estudantes (Gonçalves et al., 1995; Espadinha 1997; Franco 2000).

Esta colaboração entre instituições de saúde e escolas de enfermagem, sob o ponto de vista administrativo, como anteriormente referido, é contextualizada como “*cordial*”, envolvendo a componente pedagógica, os recursos materiais, físicos e humanos (Franco, 2000, p.37).

No contexto da colaboração entre instituições, Amador (1991) refere o ensino clínico de enfermagem como “*demasiado importante para ser ignorado pelos administradores das instituições de ensino e de serviço, os quais têm feito, ao longo das últimas décadas tentativas para solucionar o problema do afastamento entre a teoria e a prática*” (p.11).

Tal importância é salientada na Lei nº 27/2002 de 8 de Novembro, relativa às alterações implementadas na gestão das organizações hospitalares, por força do estipulado no artigo 15º onde se contempla o ensino e a investigação nos hospitais. Por outro lado, o estipulado no Decreto-Lei 206/2004 de 19 de Agosto, artigos 12º e 13º, relativamente à elaboração de protocolos para a formação dos estudantes, suscita algum embaraço no estabelecimento de parcerias entre as instituições (escolas e hospitais), não só pelo envolvimento de recursos humanos e materiais, mas também pelas eventuais implicações relativamente à qualidade e custos de cuidados prestados. Neste contexto, é de salientar também o significativo aumento do número de escolas a lecionar o curso de enfermagem, com consequente aumento do número de estudantes em formação, o qual, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) passou de 2.195 em 1999 para 15.851 em 2007, condicionando assim o desenrolar das parcerias institucionais estabelecidas, associadas às maiores necessidades de campos de estágios e as inerentes implicações em termos logísticos, as quais, alegadamente levaram ao aumento do consumo de materiais.

Se por um lado as crescentes solicitações das instituições de ensino condicionam as organizações hospitalares, por outro, a implementação dos novos modelos de gestão nas instituições hospitalares, conduziram a mudanças em termos cognitivos, afetivos e comportamentais dos seus profissionais, e permitiram introduzir novas formas de contratualização de serviços, criando assim possíveis janelas de oportunidade para a

implementação de protocolos e parcerias mais fundamentadas no âmbito da gestão de recursos materiais e humanos (OE, 2008, p38). Para tal, a realização de estudos incidindo sobre os gastos resultantes das intervenções dos estudantes em EC, mesmo que parcelares, são de uma importância acrescida, sendo de referir um estudo na área da gestão de materiais realizados numa instituição hospitalar durante a realização do EC de enfermagem em 2009, o qual revelou que a diferença entre a presença e ausência de estudantes nos serviços conduziu a um acréscimo dia de 27,12€ para a Medicina e de 13,91€ para a Cirurgia, correspondendo uma taxa de crescimento com a presença de estudantes nos serviços de 49,84% e de 49,22%, respetivamente, o que, face à permanência diária de 10 estudantes por serviço, o gasto dia/estudante foi de 2,712€ na medicina e 1,39€ na cirurgia (Ribeiro, O. et al., 2012).

Pensamos pois que estes estudos podem dar um contributo não só para a análise dos resultados operacionais das organizações hospitalares, mas também podem contribuir para uma melhor tomada de decisão relativamente ao estabelecimento de protocolos e parcerias entre as instituições saúde e de ensino.

CAPÍTULO 3: A QUALIDADE E AS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

O conceito de qualidade em saúde é considerado por diversos autores como subjetivo, podendo assumir vários significados, em função do ponto de vista da sua análise. A ciência política associa o conceito de qualidade à satisfação da população. Por outro lado, quando referenciado na perspectiva dos gestores, vislumbra-se a preocupação com os gastos económicos. Sob o ponto de vista dos prestadores de cuidados, considera-se associada às boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais. Finalmente, na perspectiva dos utentes, relaciona-se a qualidade entre outras, com a acessibilidade aos cuidados, a forma como são prestados esses cuidados e as relações interpessoais estabelecidas, as quais se espera que sejam gratificantes (Ribeiro, O. 2008, p.2).

O Programa do XVIII Governo Constitucional nas Grandes Opções do Plano 2010-2013, refere no Capítulo “Saúde: um valor para todos” que relativamente à Governação Clínica se impunha a implementação de políticas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados nos serviços de saúde, considerando estas como um imperativo nacional e implicando necessariamente uma alteração na forma como os hospitais teriam de ser estruturados, de modo a encontrarem soluções para identificar ganhos em saúde e aumentar a qualidade e a satisfação dos cidadãos utilizadores, bem como dos profissionais de saúde. Neste sentido, melhorar a qualidade e o acesso dos cidadãos à saúde, garantir a sustentabilidade económica e financeira do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e o estimular a participação dos cidadãos na utilização e gestão ativa do sistema de saúde são considerados como pontos prioritários em termos de definição das políticas de saúde (Portal do Cidadão, 2012).

Como se constata, a qualidade está no topo das prioridades das políticas em termos de governação, sendo aquela, de acordo com a Norma ISO 9000:2005, o conjunto de características de uma entidade, que lhe confere aptidão para satisfazer necessidades explícitas e implícitas do utilizador, do gestor e dos prestadores. Em saúde, o utilizador quer os melhores cuidados em tempo útil, o gestor cuidados prestados com eficiência, efetividade, equidade e eficácia, ao mais baixo custo, e os prestadores querem recursos (os

melhores) que permitam a aplicação de conhecimentos técnico-científicos em função da situação, de modo a poderem prestar cuidados de excelência.

No contexto da saúde e em particular para a enfermagem, a qualidade das organizações de saúde deve ter subjacente a análise dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Estes devem proporcionar aos gestores e prestadores de cuidados, orientações sobre a qualidade de cuidados que se desejam para os cidadãos, e que passam pela satisfação do cidadão com os cuidados que lhe são prestados, pela promoção da saúde e prevenção de complicações, pelo bem-estar e o autocuidado dos doentes, sua readaptação funcional, bem como pela organização dos serviços de enfermagem (OE, 2002, p.11).

O cuidado de enfermagem, ao centrar-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa ou grupo de pessoas (família ou comunidade), cuja relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional se caracteriza pela parceria estabelecida no respeito pelas capacidades do cliente e na valorização do seu papel, desenvolve-se e fortalece-se ao longo desse processo dinâmico e tem por objetivo, ajudar o doente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde, parceria que deve envolver as pessoas significativas, família ou convivente significativo (OE, 2002, p.8).

Contudo, os enfermeiros, enquanto profissionais diferenciados, com competências clínicas especializadas, para promoverem a qualidade das organizações em que estão inseridos, não podem esquecer que os utentes/clientes enquanto pessoas, seres sociais e agentes intencionais de comportamentos baseados em valores, crenças e desejos da natureza individual, seres únicos, com dignidade própria e direito à autodeterminação, por vezes se encontram condicionados nas suas funções fisiológicas, condição psicológica, bem-estar e conforto físico, pelo que, no estabelecimento dessas parcerias, devem ter em atenção o facto de estarem a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, e como tal, se encontram mais fragilizados (Regulamento n.º 124/2011)¹¹.

Neste sentido, as atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros deve seguir os princípios humanistas e respeito pelos valores, costumes e religiões, bem como todos os previstos no código deontológico, pois só assim se cumprem as normas de boas práticas em enfermagem (OE, 2002, p.8).

¹¹ Regulamento n.º 124/2011. D. R. 2.ª série, N.º 35 (18-2-2011) 8656. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Por outro lado, para que o desígnio da qualidade se concretize, as organizações devem providenciar os recursos e meios necessários aos profissionais, de modo a permitir um efetivo e eficiente desempenho de funções, em benefício do cidadão.

Na verdade, as organizações têm implementado e seguido modelos de gestão promotores da qualidade, centrados na definição de políticas organizacionais, de procedimentos e gestão de recursos, fundamentais para se poder obter resultados de qualidade, integrando estes resultados a vertente dos clientes, dos colaboradores e toda a comunidade.

Neste pressuposto, muitas das organizações hospitalares, por sua iniciativa ou por questões estratégicas resultantes das políticas governamentais, implementaram modelos de gestão tipo empresarial e iniciaram o processo de acreditação dos seus serviços, de modo a colocarem os seus clientes como o ponto central das suas atividades.

A introdução de normas e procedimentos relativas à execução de boas práticas profissionais foram fundamentais para o sucesso dos processos de acreditação. Por outro lado, a implementação de políticas de gestão de recursos materiais e equipamentos, orientada para a sua maior rentabilização, tornando-os mais eficazes e eficientes, conduziram a uma maior contenção de custos. Contudo, relativamente aos seus colaboradores, por força da introdução de processos de contratualização mais flexíveis, conduziram a processos de fidelização mais duvidosos ou questionáveis.

Para poder proporcionar ambientes favoráveis à prática de cuidados, a política organizacional de recursos humanos tem de ter em consideração as dotações de pessoal. Nos ambientes favoráveis à prática de cuidados e estimulantes para o desempenho profissional estão incluídas as políticas inovadoras centradas no recrutamento e retenção, compensação adequada dos empregados, estratégias de formação e promoção, programas de reconhecimento, ambiente de trabalho seguro e os equipamentos e materiais ajustados (ICN, 2007, p. 49-50).

Assim para que este clima seja criado, as organizações devem ajustar o seu número de colaboradores, ao tipo de cuidados, ao número de horas de cuidados necessárias, à existência ou não de medidas para prevenção do absentismo, à taxa de rotatividade de doentes e de vagas no serviço, ao cumprimento de normas e procedimentos e às necessidades de formação e treino. Por outro lado, estudos referem que quantos mais enfermeiros nos serviços, melhores os resultados para os doentes em termos de minimização de erros de medicação, úlceras de pressão e quedas de doentes, com

diminuição do stress dos profissionais e diminuição das lesões músculo-esqueléticas, conduzindo a melhores resultados para os doentes e maior segurança para os profissionais (ICN, 2007, p.23).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem passam pela promoção de projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação com vista à satisfação das necessidades humanas fundamentais e à máxima independência na realização das atividades da vida diária. Com os cuidados de enfermagem procura-se ainda a adaptação funcional aos défices e adaptação a múltiplos fatores, através de processos de aprendizagem das pessoas. As pessoas, elementos internos (profissionais) e externos (cidadãos), são o fator mais importante das organizações, pelo que a sua atitude poderá contribuir para os processos de mudança que se desejam e são necessários à operacionalização de projetos da qualidade (OE, 2002, p. 8).

Para a prestação desses cuidados, a OE definiu um conjunto de intervenções autónomas e interdependentes a realizar pelos enfermeiros, as quais, de acordo com as suas qualificações profissionais, passam pela organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação dessas mesmas intervenções, sobressaindo entre outras a tomada de decisão sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de enfermagem, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, criando a confiança e a participação ativa do indivíduo, da família e da comunidade, utilização de técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, nomeadamente respiração, alimentação, eliminação, circulação, comunicação, integridade cutânea e mobilidade, administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, bem como participando na elaboração e concretização de protocolos e procedendo ao ensino do utente e família (OE, 2004, p. 7).

Para que se possam concretizar essas intervenções, os profissionais devem possuir um conjunto de competências, das quais se destacam a interpessoais associadas à prática profissional, ética e legal, desenvolvendo aptidões sociais, facilitadoras dos processos de interação social, competências instrumentais associadas à prestação e gestão de cuidados ao doente/família e no trabalho em equipa onde se incluem as capacidades cognitivas, metodológicas, destreza técnica e comunicacionais e, competências sistémicas associadas ao desenvolvimento pessoal e profissional, implicando sentido autocrítico, receptividade à

crítica e responsabilidade pela sua aprendizagem, num processo conjunto com outros, numa perspetiva de benchmarking OE (2004, p.7).

Concordando com o estipulado pela OE em termos de intervenções e competências, pensamos que só assim se consegue dar um contributo profissional para a qualidade dos cuidados e conseqüentemente, das organizações. Neste sentido, as organizações de saúde devem promover uma cultura organizacional cujo ambiente inclua não só as questões relacionadas com as estruturas, mas também dos processos e serviços que presta (entenda-se cuidados), da segurança que proporciona aos seus utentes e colaboradores, promovendo um clima de satisfação e bem-estar motivador para a concretização dos objetivos institucionais, os quais devem passar em grande medida por manter os enfermeiros motivados, pelo seu reconhecimento profissional e estimulando para o sentido de pertença levando à sua retenção, desenvolvimento e progressão na profissão, criação de ambientes de trabalho seguro e instituindo programas de saúde ocupacional e a adequação dos equipamentos em termos de proteção, bem como a instituição de medidas de incentivo e recompensa aos seus colaboradores, os quais também passam por programas de formação, mentorado e treino.

Relativamente ao impacto na comunidade, as instituições têm procurado por em evidência os bons cuidados prestados, instituindo políticas de marketing e salientando os resultados obtidos. A valorização da oferta de serviços ajustados às necessidades das populações, a valorização da sua qualidade, a valorização da pessoa humana, tornou-se fundamental, sendo salientados não só os serviços oferecidos, infraestruturas e equipamentos, mas também a atenção que é dada cada utilizador por parte dos seus profissionais, procurando a individualização e personalização dos cuidados e inculindo satisfação e confiança dos seus utentes (Ribeiro, 2004, p. 227).

Se assim se proceder, as organizações podem alcançar os seus desígnios, cujo último objetivo é a satisfação das necessidades dos seus clientes, que passamos a analisar.

3.1. A SATISFAÇÃO DO CIDADÃO ENQUANTO INDICADOR DE QUALIDADE

A reflexão sobre as práticas, bem como a avaliação dos cuidados, permite compreender em que medida os cuidados prestados aos utentes no seu processo de saúde/doença é uma mais-valia para a sua satisfação, resultante da relação terapêutica que com eles se estabelece. Torna-se assim relevante conhecer a opinião do cidadão relativamente aos cuidados que lhe são prestados, sendo indispensável a monitorização da qualidade desses cuidados, através da identificação dos problemas e expectativas relativos ao cuidar, promovendo-se a reorganização e implementação de estratégias para a melhoria contínua dos cuidados.

A Ordem dos Enfermeiros considera a satisfação um indicador de qualidade e produtividade em enfermagem na componente resultados, uma vez que considera ser um ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem, o qual resulta da evolução positiva ou da modificação operada no estado de diagnóstico de enfermagem, após as intervenções (OE, 2005, p.6). Este indicador, resultante dos propostos por Donabedian (2003), integra também os de estrutura e de processo, onde se inclui entre outros, os consumos de materiais associados aos cuidados de enfermagem e as horas de cuidados de enfermagem (OE, 2007, p.2).

Aceitamos que o conceito de satisfação está associado às expectativas das pessoas relativamente a uma atividade ou intervenção, bem como do resultado percebido dessa mesma ação sobre a pessoa. Segundo Paúl et al. (1999, p.18), o conceito de satisfação corresponde à atitude do sujeito face a um objeto, pelo que se entende, que o sentido da satisfação é manifestado pelo próprio sujeito em função da realização das necessidades percebidas, das suas expectativas e dos resultados obtidos. Este é um aspeto individual, inerente a cada pessoa, o que pressupõe elementos afetivos e cognitivos pessoais.

Considerando-se a satisfação do utente como um estado de boa disposição, manifestada pela sensação de se sentir bem com o que se faz, sensação agradável de reconhecimento próprio após uma necessidade satisfeita, deverá ser assumida como um imperativo para todos os enfermeiros que procuram a excelência profissional, para a qual deve ser tido em atenção os cuidados que são prestados.

A satisfação do utente resulta pois da implementação de boas práticas, que promovam o bem-estar do utente, manifestado pela sua opinião positiva relativamente a qualidade dos

cuidados que lhe foram prestados. Neste âmbito a Ordem dos Enfermeiros, considera como elementos importantes para satisfação dos clientes, os processos de prestação de cuidados de enfermagem, onde o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente, a procura constante da empatia nas interações, o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados, o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual e o empenho do enfermeiro, visam minimizar o impacto negativo no cliente provocado pela mudança de ambiente, forçado pelas necessidades do processo de assistência de saúde (OE, 2001, p.11-12).

Para se responder às necessidades das pessoas, de acordo com as suas perspetivas e expectativas, exige-se o seu envolvimento nas equipas multidisciplinares e multiprofissionais como parceiros ativos no processo de cuidar, em prol da qualidade de cuidados que se desejam ver implementados. Já a satisfação está diretamente relacionada com os resultados finais desses cuidados, constituindo-se como objetivo legítimo dos prestadores e tradutora da qualidade de cuidados prestados (Ferreira, 2003, p.26).

Na perspetiva de Norberto Ribeiro (2008), qualidade em enfermagem corresponde aos achados manifestados pelo utente relativamente às intervenções que lhe foram direcionadas, em função da relação de ajuda que se estabelece, face às suas expectativas. O papel do profissional compreende a relação terapêutica, ou seja, as ações que os enfermeiros executam quando assumem as responsabilidades fundamentalmente dirigidas para atender às necessidades de cuidados de saúde e de enfermagem dos utentes, familiares e ou pessoas significativas (Ribeiro, N., 2008, p.84).

Das diversas pesquisas efetuadas sobre o tema, com particular incidência na área da enfermagem, sobressai na generalidade dos estudos, os altos níveis de satisfação dos cidadãos Portugueses, relativamente aos cuidados de enfermagem. Citando alguns exemplos, referimos o estudo sobre a Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados, em que dos 3.012 participantes, consideraram estar totalmente satisfeitos com a qualidade da equipa de enfermagem nos internamentos 85,5% (Ferreira, 2003, p.72).

Também o estudo satisfação do cidadão realizado por Rodrigues e Dias (2003), numa amostra de 568 sujeitos, 187 dos Cuidados de Saúde Primários e 381 dos Cuidados Hospitalares, utilizando a Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE), foi obtido um score médio de satisfação de 245,93, oscilando o intervalo de satisfação entre o valor mínimo de 108 e máximo de 291 (valor mínimo

esperado de 47; valor máximo esperado 291) (Dp=33,18). Quando analisados os resultados da satisfação em função das duas dimensões que a caracterizam, na dimensão experiência, traduzindo as experiências dos utentes com os cuidados prestados pelos enfermeiros, foi obtido um score médio de satisfação de 167,87 com mínimo de 77 face a um mínimo esperado de 28, e máximo de 196, coincidente com o valor máximo esperado (Dp=21,61). Relativamente à dimensão opinião, tradutora da opinião dos utentes sobre os cuidados de enfermagem recebidos, foi obtido uma média de satisfação de 78.06, com um score mínimo de 27 face ao esperado de 19, e máximo de 95, coincidente com o valor esperado (Dp=14,08).

Aplicando a mesma escala ESCCE, Norberto Ribeiro (2008) identificou nos 94 utentes inquiridos de um serviço de urgência, níveis de satisfação elevados face aos cuidados de enfermagem prestados, sendo o score médio de 159.81 na dimensão experiência, oscilando entre um mínimo de 77 e um máximo de 196 (DP=22.76), correspondendo em termos percentuais ao nível elevado de satisfação de 78,5%. Na dimensão opinião verificou-se um score máximo de 95 e um mínimo de 26, com uma média de 70,94 (Dp=15.49), correspondendo em termos percentuais ao nível elevado de satisfação de 68,3%. Relativamente à satisfação total, apresentou um score máximo de 291 e um mínimo de 104, com um score médio de 230.74, concluindo que os utentes inquiridos refletiam uma elevada satisfação face aos cuidados de enfermagem recebidos correspondendo a um valor percentual de 75,31% (Ribeiro, N., 2008, p.135)

A determinação da satisfação do cidadão em relação aos cuidados de saúde e em particular de enfermagem, enquanto indicador de qualidade de serviços prestados pelas organizações é pois um elemento importante para a avaliação dos cuidados de enfermagem. Verificamos contudo a inexistência de documentação sobre estudos de satisfação dos clientes associados aos cuidados prestados por estudantes de enfermagem, pelo que consideramos pertinente investigar. Neste pressuposto desenvolvemos a presente narrativa, tendo consciência da importância da enfermagem e dos seus profissionais para a qualificação dos cuidados prestados à população e do importantíssimo papel das organizações de saúde na formação dos futuros enfermeiros, contribuindo assim para o desenvolvimento dos profissionais e qualificação dos cuidados de saúde.

PARTE II: CONTRIBUIÇÃO EMPÍRICA

CAPÍTULO 4 – METODOLOGIA GERAL

Desenvolvido o enquadramento teórico sobre as instituições de ensino de enfermagem e as organizações hospitalares, no sentido de se delimitar o tipo de estrutura organizacional e envolvimento mútuo, procuramos agora definir as estratégias para a demonstração e apuramento dos dados, delimitando o problema de investigação e procedimentos a seguir, tal como definido por Gil (2002, p.162). Neste sentido, face ao objeto da pesquisa, iremos descrever e caracterizar o tipo de pesquisa, tipo e métodos de recolha de dados utilizados, bem como o método de tratamento estatístico utilizado para a prossecução dos objetivos da presente investigação, tendo subjacente os princípios básicos da construção de um relatório de pesquisa, a clareza no discurso de modo a ser percecionável, e o rigor na descrição e interpretação da realidade estudada (Carmo & Ferreira, 1998, p.160-161).

O domínio da investigação surge do campo da prática, resultante das experiencias pessoais vividas em ambos os campos institucionais, hospitalar e de ensino, reconhecendo que na área hospitalar, a empresarialização transformou o hospital público com uma gestão tradicional, numa organização não só em termos funcionais mas também económicos, em organizações cujo pressuposto visa a máxima eficiência ao mais baixo custo. Com esta alteração, o poder de negociação entre as instituições de ensino e hospitalares, cujo estatuto jurídico se manteve no domínio da área pública para as primeiras e empresarial para as segundas, sob tutelas ministeriais distintas, fez alterar em grande medida as forças, poderes e interesses negociais no estabelecimento de parcerias entre colaboradores, com implicações não só na comunidade de ensino, mas também na comunidade profissional de enfermagem das instituições hospitalares.

As problemáticas nomeadas e que conduziram ao presente estudo, são também descritas pela Ordem dos Enfermeiros no “Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012”, ao referir que as fragilidades do ensino de enfermagem estão associadas às dificuldades de acompanhamento dos docentes, ao elevada ratio orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho, às dificuldade de formação dos orientadores

envolvidos no ensino clínico e à necessidade de realização de experiências muito distantes da zona de influência da escola, constituindo para os estudantes uma dupla deslocação (OE, 2008, p.17).

Impõe-se contudo evidenciar o importante papel dos ensinamentos clínicos, que no entender de Simões, Alarcão & Costa (2008), surgem “*como um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo de uma formação centrada na escola e o voluntarismo de uma formação realizada nos serviços de saúde e desligada da reflexão e da curiosidade intelectual*” (p. 93).

Neste contexto, os EC contribuem para a melhoria não só da qualidade do ensino, mas também para a fundamentação das práticas clínicas, pelo que o estabelecimento de parcerias institucionais pode contribuir para a sua consolidação. Acresce referir que, de acordo com Downie et al. (2001), as parcerias de colaboração quando baseadas no compromisso e confiança, trazem benefícios mútuos para ambos ou todos os parceiros. Neste sentido, para se desenvolver o modelo de parceria colaborativa, incorporando a melhoria das relações e a racionalização da articulação e gestão entre universidades e serviços de saúde, Davies et al. (1999) identificaram estratégias práticas para a sua implementação, as quais incluem um planeamento de longo prazo com avaliação conjunta, o estabelecimento conjunto de normas e desenvolvimento de mecanismos para a gestão equitativa dos alunos e profissionais da educação (Clare, 2003, p.18).

A constatação de relatos e comentários sobre os custos hospitalares resultantes dos ensinamentos clínicos, associado a gastos excessivos de materiais, perdas de tempo dos profissionais de enfermagem no acompanhamento e supervisão dos estudantes, bem como relativamente à possível perda de qualidade de cuidados prestados aos utentes, sem contudo existir fundamentação ou suporte de evidências científicas, geram debates, nem sempre favorecedores de relações amistosas, e que conduzem a situações menos promotoras de boas práticas no estabelecimento de relações favoráveis ao aperfeiçoamento das parcerias entre hospitais e instituições de ensino.

Com o propósito de dar contributos adequados e fundamentados na área, para o desenvolvimento de forma esclarecida de parcerias institucionais, foram equacionadas as seguintes questões de investigação:

- Contribuirá a presença de estudantes de enfermagem em ensino clínico, para o aumento dos custos relativos aos consumos de materiais associados aos cuidados de enfermagem?
- Será a presença dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados, um fator determinante para a diminuição do tempo de permanência dos enfermeiros junto dos doentes?
- Contribuirá a presença dos estudantes de enfermagem em ensino clínico para a diminuição do grau de satisfação do cidadão, face aos cuidados que lhe são prestados?

Par a sua concretização foi definido como objetivo geral, avaliar os custos e benefícios para as instituições hospitalares, resultantes da presença de estudantes nos ensinos clínicos de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu (Ensino Clínico I e II), realizados no Centro Hospitalar Tondela Viseu, Entidade Pública Empresarial (CHTV,EPE), nos domínios dos recursos materiais, recursos humanos e qualidade de cuidados. A análise comparativa dos resultados operacionais da organização hospitalar em relação aos recursos materiais, humanos e qualidade de cuidados, com e sem a presença de estudantes, é considerado como o ponto fulcral da nossa investigação, para assim se poder tirar ilações sobre as mais-valias ou custos resultantes da presença dos mesmos, nas instituições hospitalares.

Tendo em vista o retrato dessa realidade organizacional, procuramos descrever rigorosa e claramente o objeto da pesquisa em termos de organização e funcionamento, investigando um fenómeno atual no seu contexto real, cujos limites e contextos não estão claramente definidos. Assim, enquadrámos a nossa investigação, de acordo com Yin (1988, citado por Carmo & Ferreira, 1998, p.216), num estudo de caso. Entendemos ser este o método de análise que melhor se adequa à presente investigação, pois permite em casos múltiplos utilizar diferentes técnicas de recolha de dados, onde se incluem a observação, a análise documental e o questionário, recursos previstos e utilizados na presente investigação (Carmo & Ferreira, 1998, p.218).

Também Gil (2002, p.141) se refere aos estudos de caso como o mais completo método em termos de projeto, quando se recorre a vários tipos de colheita de dados, nomeadamente quando se pretende obter dados mediante a análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observações espontâneas ou participante e análise de artefactos físicos.

Face aos objetivos delineados e de acordo com Seltiz, Jahoda, Deutch & Cook (1967, citados por Carmo & Ferreira, 1998, p.47), desenvolvemos também um estudo descritivo, pois procuramos a compreensão e explicação de uma situação atual, num paradigma quantitativo e transversal, por considerarmos ser o que melhor caracteriza e responde aos propósitos da investigação. Pretende-se descrever dados relativos aos processos inter-organizacionais inerentes à realização dos ensinos clínicos, procurando aumentar os conhecimentos na área, realçar a importância dos mesmos, clarificar questões de eficiência organizacional, bem como os custos e benefícios daí resultantes.

Relativamente à validade interna do estudo, tal como referido por Carmo e Ferreira (1998, p.218), pretendemos que os resultados possam traduzir de uma forma tão coerente quanto possível uma realidade e que sejam corretamente interpretados, de modo a traduzir essa mesma realidade. Quanto à validade externa e conseqüente possibilidade de generalização dos resultados da realidade em estudo, e porque não abarca todos os domínios, ficará em aberto e passível de continuar a ser discutida.

Em termos de fiabilidade, procuramos garanti-la através de uma descrição pormenorizada e rigorosa da forma como a investigação decorreu, com particular incidência na descrição do processo de recolha de dados e obtenção dos resultados, para que em termos finais o estudo possa ser relevante e completo, integrando saberes válidos e esclarecedores sobre os resultados dos processos de colaboração entre as instituições, esperando assim contribuir para uma motivante leitura e posterior discussão, tal como salientado por Carmo & Ferreira (1998, p.218).

Tendo subjacente o tipo e áreas de intervenção envolvidas, recursos materiais, recursos humanos e qualidade de cuidados, a investigação integra três estudos:

Estudo 1 – Consumo de Material Clínico Associado aos Cuidados de Enfermagem, centrado nos gastos mensais em quantidade e custo, de material hospitalar associado aos cuidados de enfermagem nos serviços de Medicina e Cirurgia do CHTV,EPE, no período de um ano, durante o qual se realizaram ensinos clínicos de enfermagem;

Estudo 2 - Tempo de Prestação Direta de Cuidados de Enfermagem aos Doentes, obtido pela observação e quantificação em segundos, dos cuidados prestados pelos enfermeiros junto dos doentes nas enfermarias, identificando esse mesmo tipo de cuidados, cujas observações foram efetuadas durante períodos com e sem a presença de estudantes, de modo a poder quantificar as diferenças de tempo nos períodos em análise;

Estudo 3 - Avaliação da Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem, resultante da aplicação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE), de Rodrigues & Dias (2003), já validado para a população Portuguesa, de modo a poder qualificar os cuidados enfermagem prestados por enfermeiros e estudantes.

Para cada um dos estudos serão definidas questões de investigação e objetivos específicos. Não deixamos contudo de apresentar uma visão global do mesmo, permitindo assim ter a melhor análise e compreensão da investigação no seu todo, através do desenho de investigação que tal como definido por Heinemann (2003, p.268), procura planificar todo o procedimento e dar informações sobre os temas relevantes em análise.

Neste pressuposto, para uma visualização da forma como os dados vão ser avaliados, concebemos a seguinte representação esquemática tradutora do global da investigação (cf. Figura 3).

Com Estudantes						≠ 2011 RESULTADOS ORGANIZACIONAIS	Sem Estudantes							
Mês							Mês							
12	11	7	6	5	1		2	3	4	8	9	10		
Consumo Materiais associados aos cuidados de enfermagem						Tempo Cuidados prestados pelos enfermeiros no turno da Manhã	Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem	Tempo Cuidados prestados pelos enfermeiros no turno da Manhã	Consumo Materiais associados aos cuidados de enfermagem					

Figura 3: Esquema conceptual da investigação

O esquema conceptual formulado procura enquadrar as diferentes partes constituintes da investigação, estando de um lado a vertente que integra os estudantes e na outra a vertente única e exclusivamente profissional, de modo a podermos confrontar de que modo um conjunto de meios facilitadores como sejam os recursos materiais e humanos, e a análise da satisfação dos cidadãos enquanto análise de resultados, se pode atingir o propósito das organizações, ou seja, a qualidade de serviços prestados.

Integramos pois na presente investigação, de acordo com Donabedian (2003) citado pela Ordem dos Enfermeiros (2007, p.2), três indicadores de avaliação da qualidade:

- O indicador de estrutura por intermédio do estudo dos materiais;
- O indicador de processo pela análise do tempo despendido pelos enfermeiros na realização dos cuidados de enfermagem, e;
- O indicador de resultados através da satisfação dos doentes face aos cuidados prestados na instituição.

Nesta triangulação de indicadores, estrutura, processo e resultados procuramos fundamentar uma teoria que dê suporte aos modelos de colaboração/parcerias entre as instituições de ensino de enfermagem e hospitalares, alicerçadas em dados concretos, e que incutam confiança sobre as mais-valias que poderão advir da sua concretização em cujo centro se encontram as organizações hospitalares.

Das diferenças de resultados entre a ausência e a presença de estudantes relativamente aos consumos de materiais e os tempos de execução das intervenções de enfermagem podemos identificar essas mais-valias em termos de gestão de recursos na organização, e se esses mesmos resultados não poderão ser postos em causa quando confrontados com a satisfação do cidadão com os cuidados que lhe são prestados pelos estudantes.

O resultado final da investigação deverá dar resposta à representação esquemática que a seguir se apresenta e que suporta o nosso modelo teórico (cf. Figura 4).

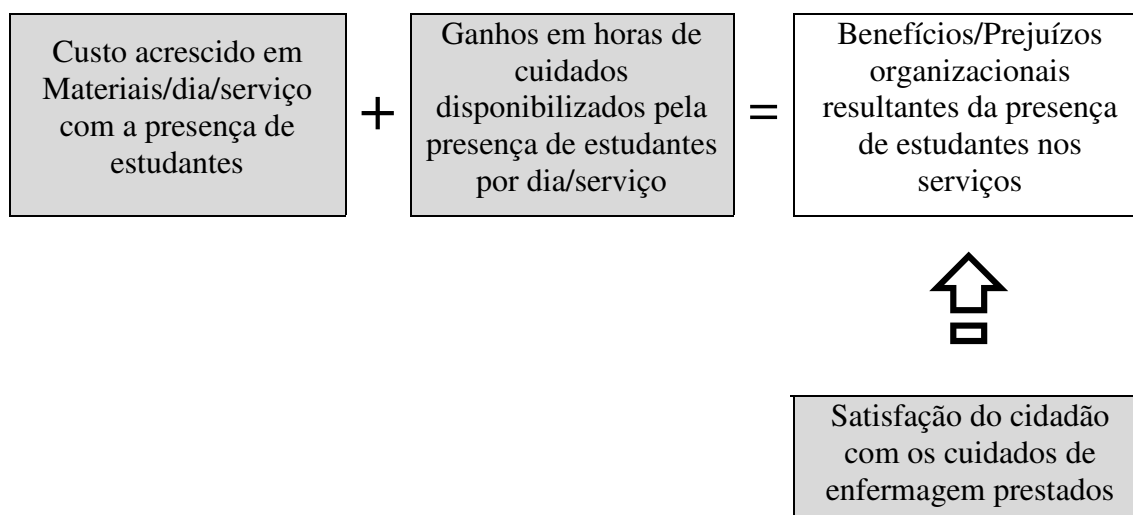


Figura 4: Esquema conceptual do modelo teórico

4.1. UNIDADES DE ANÁLISE EM ESTUDO

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. (CHTV,EPE)¹², unidade de Viseu, criado pelo Decreto-Lei nº 30/2011 de 2 de Março, tem como missão, colaborar na promoção da saúde, no ensino, na investigação e no desenvolvimento científico e tecnológico, garantindo assim a qualidade e diversificação da oferta de cuidados de saúde às populações, e simultaneamente, procurando a eficácia dos cuidados prestados a custos razoáveis, aumentar a eficiência da gestão dos serviços e utilização dos recursos, potenciando a excelência de atividades, dos serviços e realização dos cuidados em tempo oportuno, exequível através da avaliação da satisfação dos seus utentes e profissionais, da eficiência e sustentabilidade dos resultados para a obtenção de ganhos em saúde (HST, E.P.E., 2010, p.9), foi por nós considerado como instituição elegível para a concretização da presente investigação.

Acresce referir a proximidade, o conhecimento e boas relações existentes do investigador com a instituição, por força do seu vínculo contratual passado. Por outro lado, nesta instituição hospitalar são realizados a maioria dos ensinamentos clínicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu, instituição à qual o investigador se encontra atualmente vinculado.

¹² Centro Hospitalar Tondela -Viseu, E. P. E. (CHTV, E. P. E.), por fusão do Hospital Cândido de Figueiredo e do Hospital São Teotónio, E. P. E.

Centralizamos assim o estudo apenas numa instituição hospitalar por considerarmos que esta reúne e tipifica as questões em estudo, permitindo o acesso a um conjunto de dados fundamentais ao esclarecimento das questões em análise. O alargar o estudo a outras instituições, por questões de logísticas, de tempo e métodos de investigação utilizados, tornariam em nosso entender a sua concretização difícil, se não mesmo inviável.

Face à complexidade da investigação, consideramos como unidades de análise para o Estudo 1 - **Consumo de Material Clínico Associado aos Cuidados de Enfermagem**, 36 **artigos** associados aos cuidados de enfermagem, correspondendo a 22%, de um total de 163 existentes em stock nos armazéns de produtos clínico, hoteleiro e administrativo, recorrendo-se para o efeito a um “corpus documental” disponibilizados pelo Centro de Custos do CHTV,EPE e selecionados por conveniência, correspondendo aos mais utilizados pelos estudantes nas práticas clínicas, todos eles devidamente codificados pelo Serviço de Aprovisionamento. Acresce referir que 16 produtos foram agrupados em 6 subgrupos, atendendo à sua semelhança em termos de designação e função, pelo que a sua descrição em termos de apresentação, incide apenas sobre 26 artigos.

Os 36 produtos estão relacionados com as intervenções associadas ao tratamento de feridas e regeneração tecidual, preparação e administração de terapêutica injetável bem como dos produtos associados à prestação dos cuidados de higiene e conforto, necessários para a execução das práticas clínicas e de procedimentos técnicos de enfermagem, identificados como gastos mensais ocorridos em quantidade e valor nos serviços de internamento onde se realizaram os Ensino Clínicos I – Medicina e II - Cirurgia, da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), ocorridos no ano de 2011 (cf. Anexo 2).

Para o Estudo 2 - **Tempo de Prestação Direta de Cuidados de Enfermagem aos Doentes**, a unidade de análise é constituída pelo **tempo** despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem junto dos 159 doentes necessitados de um maior número de horas de cuidados, calculadas pelo Sistema de Classificação de Doentes/Enfermagem, de um total de 902 possíveis (17,63%), realizadas nos 8 serviços de internamento (4 Medicinas e 4 Cirurgias) do CHTV,EPE durante o turno da manhã, resultante de 40 dias de observações efetuadas entre 15/04/2011 e 5/09/2011, em enfermarias de 4 leitos.

O tempo de prestação direta de cuidados de enfermagem foi registado numa grelha de observação elaborada por Ribeiro, Vieira & Cunha (cf. Anexo 3) em folha de Excel do

Office da Microsoft, sendo o tempo de realização das intervenções quantificado através do recurso ao relógio do computador portátil que serviu de suporte a toda a observação.

Para o Estudo 3 - **Avaliação da Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem**, a unidade de análise é a **satisfação** recorrendo-se à aplicação da “*Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem*” (ESCCE) de Rodrigues e Dias (2003), traduzida e validada para a população Portuguesa, a qual foca os aspetos relacionados com a **experiência e opinião** dos utentes com os cuidados de enfermagem recebidos, consideradas pelas autoras como fundamentais para **monitorizar e quantificar a satisfação** (cf. Anexo 4).

A amostra constituída por 115 doentes internados nos serviços de Medicina e Cirurgia, 9.7% de um total de 1284 doentes internados no ano de 2011, foi obtida após o esclarecimento e aceitação de livre vontade dos participantes, com assinatura do respetivo termo de autorização e consentimento (cf. Anexo 5).

4.2. PROCEDIMENTOS

Para se proceder à aplicação do plano previsto, durante a fase metodológica foi necessário desenvolver-se alguns procedimentos prévios, de modo a assegurar que o mesmo fosse alcançável. Neste sentido, após a opção tida pela aplicação da ESCCE, foram contactadas as autoras, no sentido de se solicitar a autorização para a sua aplicação (cf. Anexo 6), bem como a respetiva autorização do CHTV,EPE, para a concretização do estudo (cf. Anexo 1).

Após obtenção das respetivas autorizações, foram estabelecidos contactos com os diversos intervenientes, nomeadamente, Diretores e Enfermeiros Chefes/Coordenadores dos serviços de Cirurgia e Medicina, bem como do serviço de Aprovisionamento do CHTV,EPE para se esclarecer a problemática, finalidade e objetivo da investigação, procedimentos a efetuar sobre o processo de seleção, autorização e observação dos enfermeiros durante a prestação de cuidados, seleção de enfermarias e recolha de documentação necessária, definição dos procedimentos relativos à seleção dos utentes participantes no estudo e preenchimento da declaração do seu consentimento, informações

sobre o preenchimento do instrumento de pesquisa, bem como em relação à recolha da documentação sobre os consumos dos diversos materiais requisitados pelos serviços.

No decorrer da investigação, procedeu-se a um segundo pedido ao CHTV,EPE, solicitando informação sobre o custo/hora dos cuidados prestados pelos enfermeiros de cada um dos serviços de Medicina e Cirurgia, excluídos os custos com horas complementares e extraordinárias (cf. Anexo 7).

Como estratégia de recolha de dados relativos ao consumo de materiais, recorreremos como anteriormente descrito, ao Centro de Custos do CHTV,EPE, tendo sido disponibilizados através de fotocópia da listagem mensal do material requisitado pelos serviços.

Para a segunda área de intervenção associada aos recursos humanos, recorreu-se à grelha de observação de Ribeiro, Vieira e Cunha (2011) para a execução dos registos do tempo de permanência dos enfermeiros na prestação de cuidados junto dos doentes, sendo a contagem de tempo foi feita em segundos, convertida em minutos sempre que se julgou mais esclarecedor. A distribuição dos enfermeiros prestadores de cuidados por doente manteve-se sob a responsabilidade das chefias ou coordenações de acordo com os critérios existentes em cada um dos serviços que integram o estudo, não tendo o investigador qualquer participação nessa mesma distribuição.

Importa referir que das reuniões prévias estabelecidas com os chefes, coordenadores e enfermeiros dos respetivos serviços, ficou decidido não haver necessidade de marcação antecipada de datas para a realização das observações, uma vez que os serviços tinham assegurados diariamente a presença dos profissionais para a realização dos cuidados, estando garantidos os requisitos necessários para a sua concretização. Por outro lado, as observações seriam efetuadas de acordo com a disponibilidade do observador. Assim, com o consentimento tácito entre investigador e coordenadores dos serviços, para a realização das observações, considerava-se a identificação da enfermaria cujo Sistema de Classificação de Doentes/Enfermagem (SCD/E) identificasse a enfermaria com os doentes necessitados de maior número de horas de cuidados (cf. Anexo 8).

Como apoio logístico, recorreu-se ao uso de uma mesa de suporte para o computador portátil e de uma cadeira, disponibilizados pelos serviços.

De acordo com os objetivos delineados, foram realizadas 5 observações por serviço, 2 observações efetuadas sem estudantes, antes e após a realização dos ensinamentos clínicos, e 3 observações com estudantes, realizadas no decorrer das nove semanas de EC, sendo a

primeira realizada no decorrer das duas primeiras semanas, a segunda realizada sensivelmente a meio do EC e a terceira durante as duas últimas semanas de EC. As observações foram concretizadas nos serviços de Medicina 1A-Homens, 1B-Mulheres, 2A-Mulheres, 2B-Homens, e de Cirurgia 1A-Homens, 1B-Mulheres, 2A-Mulheres, 2B-Homens, no decorrer do 21º e 22º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Viseu, abrangendo os anos letivos de 2010/2011 e 2011/2012, num total de 18 semanas a 35 horas semanais, permitindo assim a observação da prestação de cuidados pelos enfermeiros nos dois diferentes momentos, ou seja, com e sem a presença dos estudantes.

Relativamente à terceira área de intervenção, satisfação com qualidade de cuidados, avaliada através da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem, aplicada aos utentes internados nos serviços de Medicina e Cirurgia do CHTV,EPE, foram definidos como critérios para seleção dos doentes:

- Estarem internados há mais de 24 horas e terem tido a experiência e o contacto em termos de prestação de cuidados, de enfermeiros e estudantes;
- Estarem conscientes e orientados e participarem voluntariamente no estudo, após os devidos esclarecimentos e assinatura do respetivo consentimento.

Os critérios definidos bem como os procedimentos para a sua obtenção, condicionaram a dimensão da amostra. Esta foi obtida através do contacto pessoal do investigador e assistentes contratados pela ESSV para a supervisão/tutoria dos estudantes em EC, aos quais foi solicitada a sua colaboração para a avaliação in loco, dos possíveis utentes em condições de reunirem os critérios, e assim, querendo, participarem no estudo.

Identificados os possíveis participantes, estes foram por nós informados sobre os objetivos do estudo e esclarecidos sobre o conteúdo e forma do preenchimento da Escala, para o qual se previa uma duração de 15 a 20 minutos. Em caso de dificuldade ou dúvidas no seu preenchimento, o investigador e colaboradores estavam disponíveis para quaisquer esclarecimentos, sendo posteriormente recolhidos.

Atendendo à necessidade de participação dos doentes para preenchimento dos questionários, foi solicitado o parecer à comissão de ética da ESSV (cf. Anexo 9)

4.3. ANÁLISE E TRATAMENTO DE DADOS

Após uma primeira análise às diferentes bases de dados constituintes do estudo, suporte documental dos materiais, registos das observações e apreciação da escala de modo a eliminar as incorretamente preenchidas, procedeu-se à sua codificação e tabulação de modo a tornar eficiente o tratamento estatístico, efetuado informaticamente através do programa (Statistical Package for the Social Science) SPSS versão 20 para o Windows.

Para a análise dos dados, recorreremos à estatística descritiva e analítica ou inferencial.

A análise descritiva dos dados é suportada em medidas de frequência, de tendência central e medidas de variabilidade ou dispersão para além da distribuição, de acordo com as características das variáveis em estudo. As medidas de simetria Skewness (SK) foram obtidas pelo quociente SK/erro padrão (EP)¹³ para um nível de significância ($p=0,05$) e de igual forma para as medidas de achatamento Kurtose (K)¹⁴.

O coeficiente de variação (CV) é classificado em função do seu grau de dispersão sendo que para valores $CV \leq 15\%$, temos uma dispersão fraca, para valores de $CV > 15\%$ e $\leq 30\%$ dispersão média e para valores de $CV > 30\%$ dispersão elevada (Pestana & Gageiro, 2003, p. 132).

Na estatística inferencial, foram utilizados testes paramétricos e não paramétricos.

A utilização de *testes paramétricos* exige a verificação simultânea de duas condições, a primeira é que as variáveis de natureza quantitativa possuam distribuição normal e a segunda que as variâncias populacionais sejam homogêneas caso se esteja a comparar duas ou mais amostras. Deste modo, para o estudo da normalidade da distribuição das variáveis foi usado o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, enquanto que para testar a homogeneidade das variâncias se recorreu ao *teste de Levene* por ser um dos mais robustos (Marôco, 2007).

¹³ Se SK/EP inferior a $-1,96$ (≈ 2) a distribuição diz-se assimétrica negativa ou enviesada à direita, aproximando-se o resultado dos valores máximos da distribuição; se SK/EP for superior a $+1,96$ (≈ 2), a distribuição é assimétrica positiva com enviesamento à esquerda e aproximação dos valores mais baixos; Se o resultado for menor que $1,96$ (≈ 2) a distribuição é simétrica, (Pestana e Gageiro, 2003, p. 130).

¹⁴ Se K/EP inferior a $1,96$ a distribuição é mesocúrtica; se K/EP inferior a $-1,96$ (≈ 2) a distribuição é platicúrtica; K/EP superior a $+1,96$ (≈ 2) a distribuição é leptocúrtica, (Pestana e Gageiro, 2003, p. 130).

A estatística *não paramétrica* utilizou-se como alternativa aos testes paramétricos, quando as condições de aplicação destes não se verificaram. Assim, quanto à estatística paramétrica e não paramétrica destaca-se:

- Teste não paramétrico de *U-Mann Whitney* (UMW) para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e desconhecidas as respectivas variâncias populacionais;

- Teste paramétrico *t de Student* para determinar a diferença de médias entre duas populações, em amostras de qualquer dimensão, tendo-se recorrido ao teste t para uma amostra e teste t para duas amostras emparelhadas;

- Análise de variância a um fator (ANOVA), teste paramétrico utilizado com o objetivo de testar a igualdade das médias fazendo a análise das variâncias de cada variável, comparando-as de uma forma agrupada;

- Regressão linear simples usada para prever o comportamento de uma variável independente *X* sobre a variável dependente *Y*, procurando medir o seu grau de associação e se *X* é ou não preditora de *Y*, sendo que quanto maior for a correlação entre *X* e *Y*, melhor é a previsão e em sentido inverso, quanto menor a correlação, maior a percentagem de erro na previsão, sendo utilizados os valores de *r* que, por convenção, Pestana e Gageiro (2003, p.189) sugerem que

$r < 0,20$ – associação muito baixa

r entre 0,20 e 0,39 – associação baixa

r entre 0,40 e 0,69 – associação moderada

r entre 0,70 e 0,89 – associação alta

r entre 0,90 e 1,00 – associação muito alta;

- Coeficiente de Correlação de Pearson enquanto medida de associação linear entre variáveis quantitativas, indicando que a intensidade de um fenómeno, em média, é acompanhada tendencialmente com a intensidade do outro, podendo ser no mesmo sentido ou em sentido inverso, oscilando os valores entre -1 e +1. A comparação de dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado, designado por coeficiente de determinação (R^2), indicando a percentagem de variação de uma variável pela outra, não exprimindo contudo relações de causalidade;

- Teste de qui-quadrado (X^2) para estudo de relações entre variáveis nominais com duas ou mais categorias, comparando as frequências observadas com as esperadas e se as diferenças não forem significativamente diferentes, o valor do teste pertence à região de aceitação e as variáveis são independentes, caso contrário, são rejeitadas pois o valor do teste pertence à região crítica, verificando-se que, quando há relação entre variáveis, os resíduos ajustados estandardizados situam-se fora do intervalo -1,96 e 1,96, para $p=0.05$ (Pestana e Gageiro, 2003, p.140)

- Teste de Kruskal-Wallis (KW) extensão do teste de Mann-Whitney e utilizado para comparação de duas ou mais funções, no sentido de testar a hipótese nula de que todas as populações em estudo possuem funções de distribuição iguais contra a alternativa de que ao menos duas das populações possuem funções de distribuição diferentes.

Na análise estatística foram utilizados os valores de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p \geq 0.05$ n.s. – diferença estatística não significativa

CAPÍTULO 5: ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAL ASSOCIADO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os gastos com a saúde têm sido uma das grandes preocupações dos governos em Portugal, cuja dotação em termos orçamentais, tem sido considerada pelos mesmos como excessiva e insustentável.

As “Grandes Opções do Plano para 2012-2015”, aprovadas com a Lei n.º 64-A/2011 e publicadas no Diário da República, 1.ª série - N.º 250, de 30 de Dezembro de 2011, refere que as despesas crescem acima das receitas disponíveis para as financiar, resultado de uma política orçamental que nos últimos anos levou a que dívida pública em percentagem do Produto Interno Bruto (PIB) aumentasse de aproximadamente 50 % em 1999 para cerca de 93% em 2010.

De acordo com o mesmo documento, considera-se ser fundamental relativamente à saúde, levar a cabo uma utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, não só pela sua sustentabilidade mas também porque é absolutamente necessário garantir o direito à proteção da saúde, implicando o reforço dos princípios da responsabilização pelos resultados, da transparência da gestão dos dinheiros públicos e o da imparcialidade objetiva e eficaz das decisões de política de saúde.

Reconhecendo-se que os gastos em saúde associados aos recursos materiais, não sendo tão dispendiosa quanto a dos recursos humanos, ou mesmo dos recursos associados aos produtos farmacêuticos, não deixa de ser importante, pelas suas implicações relativamente à qualidade de cuidados prestados aos cidadãos.

Sendo a presença de estudantes nos hospitais um fator contribuinte pela responsabilidade dos gastos, mesmo que de uma forma indireta, os responsáveis pelos serviços atribuem ou justificam os aumentos dos consumos à presença dos estudantes, porém a sua veracidade ou confirmação poderá estar longe da dimensão que lhe é atribuída.

Para se identificar e clarificar, o custo dos recursos materiais envolvidos relativamente aos cuidados de enfermagem prestados aos doentes, atribuíveis à realização do Ensino Clínico (EC) de enfermagem, definimos como objetivos específicos:

- Quantificar o consumo e custo dos materiais associados aos cuidados de enfermagem nos serviços de Medicina e Cirurgia, durante o ano de 2011;
- Quantificar a diferença de gastos de material associado aos cuidados de enfermagem, entre os meses de ausência e presença de estudantes em ensino clínico, nos serviços de Medicina e Cirurgia;
- Identificar o custo por estudante e ensino clínico, do consumo de materiais associados aos cuidados de enfermagem nos serviços de Medicina e Cirurgia.

Com o intuito do esclarecimento da real dimensão do problema, foi delineado o presente estudo, cujos procedimentos metodológicos passamos a apresentar.

5.1. METODOLOGIA DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS

Para a prossecução dos objetivos delineados, foi realizado um estudo descritivo, de natureza quantitativa e enfoque retrospectivo e transversal, tendo como estratégia, a análise documental de diverso material requisitado aos armazéns de consumo clínico e hoteleiro pelos 4 serviços de Medicina e 4 serviços de Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E. (CHTV,EPE), no período de 1 de Janeiro a 31 de Dezembro de 2011, obtida através de listagens mensais, entre a qual destacamos o diverso material de penso (adesivo comum, penso rápido 19x72mm, penso transparente, compressas), material associado à administração de terapêutica injetável (agulhas 20G, 21G, 25G, agulhas com aletas, seringas 2cc/5cc/10cc/insulina, contentores para perfurantes de 500cc, sistema soros, perfurador soro, lancetas, obturadores), material de higiene e conforto (aventais plástico, fraldas, imobilizadores, resguardo, sistema higiene oral, esponja higiene, sabão líquido, luvas latex e vinil não esterilizadas), e materiais necessários para a execução de diversos procedimentos técnicos (seringas de 100cc para alimentação, toalhetes de papel, kit algaliação e termómetros), disponibilizados pelo Centro de Custos do CHTV,EPE.

Para a prossecução do segundo e terceiro objetivo anteriormente delineado, cabe clarificar de que forma os estudantes participam no estudo e acautelar a divisão do ano em dois

períodos, garantindo a presença e ausência dos estudantes, bem como o consumo de materiais resultantes dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços de medicina e cirurgia.

O Curso de Licenciatura de Enfermagem (CLE) da Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV) prevê no decorrer do 2º ano, a realização de 9 semanas de teoria seguidas de 9 semanas de práticas clínicas em serviços de medicina, designado por Ensino Clínico I (EC I) num primeiro semestre, e 9 semanas de teoria seguidas de 9 semanas de práticas clínicas em serviços de cirurgia, designado por Ensino Clínico II (EC II) num segundo semestre, ambos os Ensinos Clínicos (EC) com um total de 315 horas.

Tendo a ESSV duas admissões anuais de estudantes para a licenciatura em enfermagem, uma em Fevereiro e outra em Setembro, constituindo dois cursos distintos, no decorrer do 1º semestre de um ano, as 9 semanas de EC II de um primeiro curso coincidem com as 9 semanas do EC I do curso seguinte, e no decorrer do segundo semestre, estando o segundo curso a realizar o EC II, temos em simultâneo a realização do EC I de um terceiro curso, verificando-se sucessivamente o mesmo.

Assim, no ano de 2011 e de acordo com os Planos Esquemáticos do Curso de Licenciatura de Enfermagem - Ano Letivo de 2010/2011 e 2011/2012 (Anexo 10), no decorrer das 18 semanas de práticas clínicas foram integrados nos EC I e II quatro CLE, distribuídos pelas semanas do seguinte modo:

- 5 Semanas em Janeiro para a conclusão do EC II do 20ºCLE e EC I do 21ºCLE;
- 9 Semanas em Maio, Junho e Julho para o EC II do 21ºCLE e EC I do 22ºCLE;
- 4 Semanas nos meses de Novembro e Dezembro do EC II do 22º CLE e EC I do 23º CLE.

No EC I e EC II foram envolvidos em média 55 estudantes, com uma distribuição de 13 a 14 estudantes por cada um dos 8 serviços. Importa ainda referir que dos 13 ou 14 estudantes afetos cada serviço, ausentaram-se diariamente destes serviços entre 1 a 2 estudantes para a realização de estágios de observação no Bloco Operatório e Serviço de Diálise, procurando-se assim garantir um máximo de 12 estudantes diários por serviço. Por tal motivo, nos 4 serviços de medicina e 4 de cirurgia permaneceram diariamente 48 estudantes em prática clínica.

Acresce referir que as 315 horas de EC, distribuídas por 9 semanas de prática clínica com uma carga semanal de 35 horas (4 dias e meio de trabalho), correspondem a 40,5 dias por EC. No ano temos 81 dias de práticas clínicas, correspondendo ao somatório dos dias de EC I e EC II.

5.1.1. Desenho do Estudo 1

Tendo subjacente a representação esquemática geral da investigação, para o presente estudo procuramos desenhar de uma forma lógica, a sua representação esquemática, de modo a interpretar as possíveis relações que se estabelecem entre as variáveis, com o propósito de identificar e clarificar a essência do estudo, ou seja, de que forma a variável dependente associada ao consumo de material, é influenciada pelas variáveis independentes, Ensino Clínico I – Medicina, Ensino Clínico II – Cirurgia e a presença ou ausência de estudantes nos mesmos, adaptando o diagrama de Ishikawa para mesma representação esquemática da investigação, e assim esclarecer as possíveis influências subjacentes à nossa questão de investigação (cf. Figura 5).

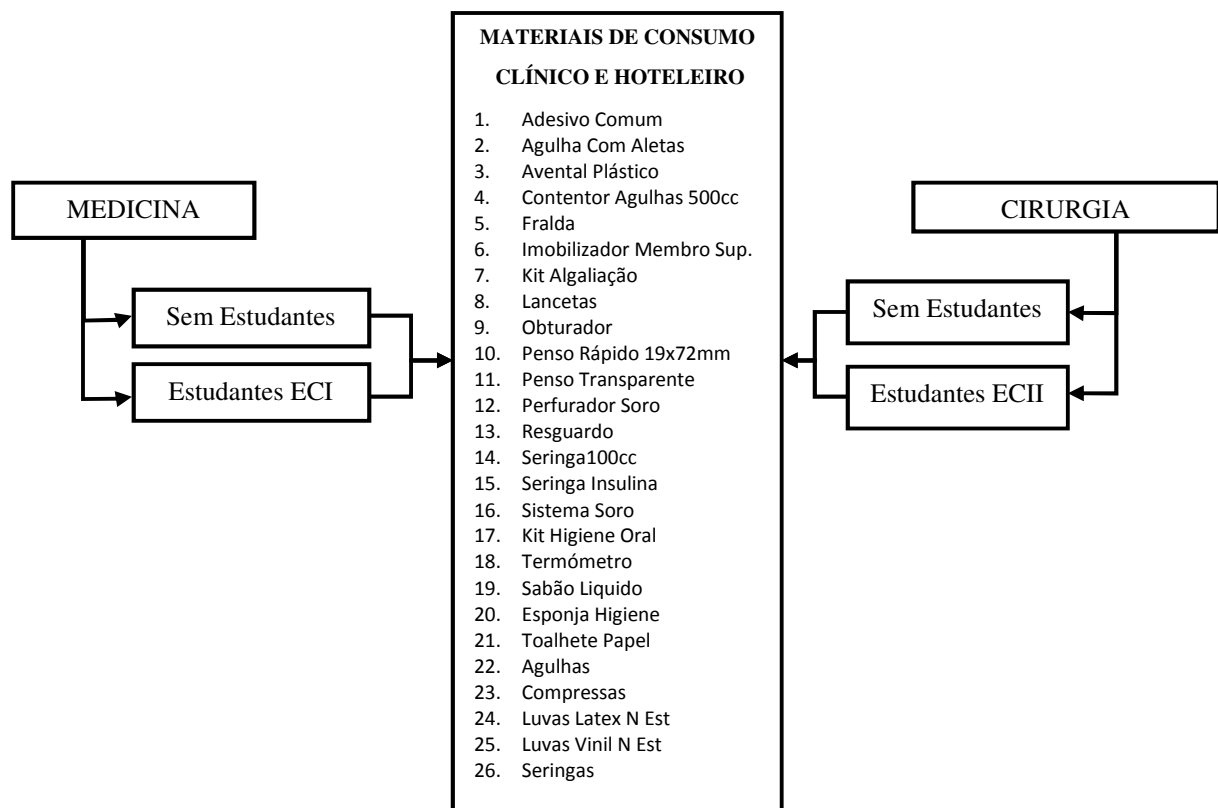


Figura 5- Representação esquemática do estudo 1.

Entende-se por consumo, a saída do armazém ou utilização final de unidades de um artigo, material ou produto. Para tal, devem ser conhecidos um por um os materiais existentes em armazém, através de uma nomenclatura própria em função das suas características específicas, assumindo uma designação e codificação (Reis, 2008, p.23).

5.1.2. Elementos constituintes da amostra

De um total de 163 produtos existentes em stock nos armazéns de consumo clínico, hoteleiro e administrativo do CHTV,EPE, foram selecionados por conveniência 36 (22%), tendo como critério o facto de estarem associados às intervenções de enfermagem e serem os mais utilizados pelos estudantes nas práticas clínicas, todos eles devidamente codificados pelo Serviço de Aprovisionamento. Pelo facto de 16 desses produtos terem a mesma designação e função, diferindo apenas nas características em termos de dimensão/calibres, foram agrupados em apenas 6, sendo de referir as compressas (5x5cm e 7,5x7,5cm), agulhas (calibres 20G, 21G, 25G), luvas não esterilizadas de latex e vinil (tamanhos S, M, L), seringas (2cc, 5cc e 10cc) e fraldas (L e M), pelo que o tratamento estatístico incidiu sobre 26.

Os produtos foram associados a 4 grandes áreas de intervenção de enfermagem, nomeadamente, material para tratamento de feridas e regeneração tecidular, material para a administração de terapêutica injetável, material de higiene e conforto, e os restantes associados a procedimentos técnicos tais como a alimentação, secagem das mãos após a sua higiene, cateterismo vesical e avaliação da temperatura corporal.

Para os cuidados associados ao tratamento de feridas e regeneração tecidular selecionaram-se os seguintes materiais:

- Adesivo comum 5x0,05m, código 210001045;
- Penso rápido não esterilizado 19x72mm, código 210016005;
- Penso transparente esterilizado com ranhura para fixação cateter, código 210016006;
- Compressa não tecido não esterilizada 5x5cm, código 210003204;
- Compressa não tecido não esterilizada 7,5x7,5cm, código 210003205.

Relativamente ao material associado à preparação e administração de terapêutica injetável, os materiais selecionados foram:

- Agulha hipodérmica esterilizada irrecuperável 20Gx1 ½”=0,9, código 230001131;
- Agulha hipodérmica esterilizada irrecuperável 21Gx1 ½”=0,8, código 230001135;
- Agulha hipodérmica esterilizada irrecuperável 25Gx5/8”=0,5x1, código 230001112;
- Agulha com aleta para colheita, sistema fechado, com tubo 5cm, código 230001006;
- Seringa irrecuperável 2 peças 2cc, código 230019073;
- Seringa irrecuperável 2 peças 5cc, código 230019077;
- Seringa irrecuperável 2 peças 10cc, código 230019081;
- Seringa irrecuperável para insulina 3 peças U 100 1cc, código 230019093;
- Contentor para recolha de agulhas contaminadas 500cc, código 290003131;
- Sistema administração soro com arejador incorporado e filtro, código 230019225;
- Perfurador soro esterilizado com obturador macho luer-lock, código 290016522;
- Lanceta para punção capilar automática autocontrolo diabetes, código 250012015;
- Obturador cateter macho luer-lock, código 230015008.

Para os cuidados associados à higiene e conforto do doente, os materiais selecionados foram:

- Avental plástico irrecuperável 80x140cm, código 2900014070;
- Fralda descartável para incontinente “110-150cm tamanho L, código 290006377;
- Fralda descartável para incontinente “80-110cm tamanho M, código 290006376;
- Imobilizador para membro superior (pulso), código 290009073;
- Resguardo irrecuperável 60x60, código 230018099;
- Sistema higiene oral sem dentífrico, código 290019182;
- Esponja para higiene de doentes 270x170x5mm, código 420412040;
- Solução lavante c/ ph neutro p/ lavagem doentes, código 420412123;
- Luva exame em latex não esterilizadas L, código 230012390;
- Luva exame em latex não esterilizadas M, código 230012391;
- Luva exame em latex não esterilizadas S, código 230012392;

- Luva exame em vinil não esterilizada tamanho S, código 290012303;
- Luva exame em vinil não esterilizada tamanho M, código 290012304;
- Luva exame em vinil não esterilizada tamanho L, código 290012305.

Para os outros a procedimentos técnicos, também relacionados com as intervenções de enfermagem, foram selecionados os seguintes materiais:

- Seringa irrecuperável bico cateter 3 peças 100cc, código 230019101;
- Toallete papel p/ limpeza mão c/ 24x23cm, código 420404144;
- Kit algáliação esterilizado, código 230011019;
- Termómetro clínico escala larga sem mercúrio, código 290020453.

Da listagem mensal do material requisitado pelos 8 serviços em estudo, resultou um “corpus documental”, correspondente ao consumo dos 12 meses do ano de 2011, a partir do qual, foi feito tratamento estatístico.

5.1.3. Operacionalização das Variáveis

Uma variável pode ser definida como qualquer característica de uma realidade, procurando-se através da sua operacionalização atribuir significado a um conceito resultante de qualquer experiência ou realidade que é mensurável, precisando também as atividades ou as operações necessárias à sua medida através de instrumentos apropriados (Gil, 2002, p.94).

Fortin (2003, p.36) define variável como qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação e que podem tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades e diferenças, podendo ser classificadas segundo a sua utilização na investigação.

Sendo uma variável dependente o reflexo dos efeitos da variável independente, os seus valores são o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições, pelo que no nosso estudo se assume como variável dependente os **materiais** associados aos cuidados de enfermagem e consumidos nos serviços em estudo.

Como variáveis independentes, para o nosso trabalho de investigação definimos as seguintes:

Presença de estudantes, definida como a existência de indivíduos/estudantes que recebem formação de um ou vários professores/tutores para adquirir ou ampliar os seus conhecimentos, numa instituição de saúde, quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a organização institucional, essencial para a formação do estudante de Enfermagem (Alarcão, Costa & Simões, 2008, p.92).

Ausência de estudantes, definida como a inexistência de indivíduos/estudantes que recebem formação de um ou vários professores/tutores para adquirir ou ampliar os seus conhecimentos, numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a organização institucional, essencial para a formação do estudante de Enfermagem (Alarcão, Costa & Simões, 2008, p.92).

Ensino Clínico, entendido como todo o ensino que é realizado numa instituição de saúde quer seja junto do utente, de um grupo de utentes ou simplesmente de contacto com a organização institucional e que é essencial para a formação do estudante de Enfermagem (Alarcão, Costa & Simões, 2008, p.92).

O Ensino Clínico I refere-se ao ensino realizado nos serviços de Medicina do CHTV, EPE, onde o aluno deve adquirir um conjunto de competências específicas da área médica.

O Ensino Clínico II refere-se ao ensino realizado nos serviços de Cirurgia do CHTV, EPE, onde o aluno adquire um conjunto de competências específicas da área cirúrgica.

5.1.4. Caracterização da Amostra

Dos 36 artigos que constituem a amostra, consumiram-se 3.259.687 unidades, com consumo médio de 33.955,07 unidades ($\pm 10.896,65$) e uma dispersão elevada de 32,09%, oscilando entre o mínimo de 13.033 e o máximo de 59.602 unidades, com distribuição global simétrica e mesocúrtica (SK/erro=0,004; KS/erro=-1,706), confirmada pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S=0,161) (cf. Tabela 1).

Os materiais mais consumidos estão associados aos cuidados de higiene e tratamento de feridas e regeneração tecidual, quer seja em termos de proteção dos profissionais como relativamente à execução das intervenções, salientando-se as luvas de vinil não esterilizadas com valores percentuais de 19,61%, seguidas das compressas com 19,09% e das luvas em latex não esterilizadas com 16,59%. Com consumos intermédios encontramos material para administração de injetáveis como sejam as seringas e as agulhas com valores

percentuais de 9,29% e 7,91% respectivamente, e ainda associado aos cuidados de higiene, as esponjas com 7,98%. Nos restantes materiais, os consumos em termos de unidades face ao valor global, apresentaram valores percentuais inferiores a 3,5% (cf. Tabela 1).

Tabela 1. Quantidade de materiais consumidos da amostra

Materiais	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Luvas Vinil não esteril	639300	19,61	0	25400	6659,38	6737,66	1,01	4,044	-0,160
Compressas	622200	19,09	2000	13600	6481,25	2719,03	0,42	2,118	-0,646
Luvas Latex não esteril	540850	16,59	0	19500	5633,85	4566,45	0,81	4,350	2,258
Seringas	302700	9,29	1200	6600	3153,13	1070,07	0,34	3,505	1,772
Esponja Higiene	260250	7,98	200	5600	2710,94	1359,67	0,50	0,775	-1,989
Agulhas	257900	7,91	600	5100	2686,46	911,98	0,34	0,999	0,610
Fralda	103040	3,16	0	2560	1073,33	705,18	0,66	1,710	-2,032
Lancetas	99600	3,06	200	2000	1037,50	384,23	0,37	1,183	-1,179
Sistema Soro	86130	2,64	200	1800	897,19	363,16	0,40	1,436	-1,223
Resguardo	76845	2,36	100	1800	800,47	402,05	0,50	1,128	-1,340
Obturador	48731	1,49	0	2000	507,61	324,89	0,64	6,628	9,911
Toallete Papel	34880	1,07	80	700	363,33	109,98	0,30	1,254	0,938
Sistema Higiene Oral	34617	1,06	0	1190	360,59	333,43	0,92	2,345	-1,753
Penso Transparente	30150	0,92	0	1100	314,06	186,20	0,59	4,656	5,042
Seringa Insulina	28600	0,88	0	1500	297,92	255,05	0,86	7,013	10,783
Agulha com aletas	27200	0,83	0	700	283,33	113,94	0,40	1,892	3,363
Avental Plástico	22200	0,68	0	1200	231,25	203,81	0,88	7,020	9,550
Perfurador Soro	17871	0,55	0	500	186,16	118,40	0,64	1,017	-0,846
Penso Rápido 19x72mm	9515	0,29	0	600	99,11	123,44	1,25	7,191	7,613
Seringa 100cc	6715	0,21	0	450	69,95	99,09	1,42	7,103	5,637
Sabão liquido hipoalerg.	4933	0,15	8	102	51,39	21,63	0,42	0,413	-2,069
Adesivo Comun	1910	0,06	0	60	19,90	12,87	0,65	2,073	0,110
Kit Algaliação	1281	0,04	0	72	13,34	11,78	0,88	6,048	10,971
Contentor Agulhas 500	1100	0,03	0	120	11,46	21,58	1,88	11,066	16,585
Termómetro	955	0,03	0	50	9,95	13,06	1,31	4,595	0,634
Imobilizador MS	214	0,01	0	16	2,23	3,86	1,73	6,833	3,877
Total	3259687	100,00	13033	59602	33955,07	10896,65	0,32	0,004	-1,706

Em termos de custos, os materiais consumidos totalizaram 178.678,40€, com um custo médio mensal de 1.861,23€ ($\pm 12,204\text{€}$) e uma dispersão moderada de 29,25%, oscilando entre o mínimo de 589,49€ e o máximo de 3.022,74€. A distribuição global é simétrica e mesocúrtica (SK/erro=-0,259; KS/erro=-1,763), confirmada pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S=0,055) (cf. Tabela 2).

Os maiores valores financeiros em termos percentuais estão associados às fraldas (15,73%), sistemas para administração de soros (10,07%), luvas de latex (9,97%), toalhetes de papel (9,59%), agulhas com aletas para colheitas de sangue em sistema fechado (8,53%) e luvas de Vinil (8,30%). Com custos percentuais entre os 4% e 1%, encontramos desde os resguardos, as seringas e as lancetas com respetivamente 4.55%, 4.47% e 4.39%, até aos termómetros, adesivos e obturadores como valores de 1.46%, 1.02% e 1.01% respetivamente. Produtos como as compressas, seringas de insulina, aventais de plástico, contentores de agulhas de 500cc, imobilizadores de membros superiores e pensos rápidos de 19x72mm, tiveram custos inferiores a 1% (cf. Tabela 2).

Tabela 2. Valores financeiros dos materiais consumidos da amostra.

Materiais	€	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Fralda	28110,44	15,73	0,00	710,96	292,82	194,543	0,66	1,822	-2,000
Sistema de Soro	18001,68	10,07	41,82	374,23	187,52	75,874	0,40	1,426	-1,242
Luvas latex não esteril	17818,50	9,97	0,00	695,56	185,61	157,268	0,85	5,273	3,739
Toalhete papel	17132,47	9,59	39,36	344,40	178,46	53,847	0,30	1,262	1,031
Agulha com aletas	15245,86	8,53	0,00	392,62	158,81	63,728	0,40	1,886	3,367
Luvas Vinil não esteril	14829,97	8,30	0,00	561,29	154,48	154,933	1,00	3,940	-0,294
Resguardo	8137,05	4,55	10,60	190,80	84,76	42,574	0,50	1,133	-1,328
Seringas	7989,58	4,47	26,74	165,67	83,22	25,971	0,31	2,452	1,066
Lancetas	7839,45	4,39	16,22	162,18	81,66	32,063	0,39	1,555	-1,313
Esponja Higiene	5085,15	2,85	3,91	109,52	52,97	26,568	0,50	0,777	-1,989
Perfurador Soro	4504,79	2,52	0,00	126,08	46,92	29,841	0,64	1,019	-0,839
Sistema Higiene Oral	4211,03	2,36	0,00	146,37	43,86	40,758	0,93	2,417	-1,665
Penso Transparente	4189,77	2,34	0,00	152,75	43,64	25,861	0,59	4,622	5,037
Sabão Líquido Hipoalerg.	4181,02	2,34	6,78	86,55	43,55	18,327	0,42	0,413	-2,066
Seringa 100cc	3948,83	2,21	0,00	265,53	41,13	58,338	1,42	7,118	5,645
Agulhas	3078,06	1,72	6,85	60,00	32,06	10,764	0,34	0,724	0,703
Kit Algáliação	3062,94	1,71	0,00	172,67	31,91	28,170	0,88	6,076	11,127
Termómetro	2616,64	1,46	0,00	135,27	27,26	35,710	1,31	4,534	0,497
Adesivo Comun	1814,22	1,02	0,00	57,24	18,90	12,204	0,65	2,120	0,251
Obturador	1807,64	1,01	0,00	73,80	18,83	11,943	0,63	6,611	10,025
Compressas	1768,74	0,99	4,71	39,06	18,42	7,531	0,41	2,290	0,293
Seringa Insulina	1043,62	0,58	0,00	57,00	10,87	9,562	0,88	7,759	12,951
Avental plástico	926,46	0,52	0,00	50,18	9,65	8,507	0,88	7,042	9,649
Content Agulhas 500	657,17	0,37	0,00	69,17	6,85	12,914	1,89	10,570	14,380
Imobilizador MS	592,98	0,33	0,00	68,90	6,18	11,501	1,86	10,404	18,229
Penso Rápido 19x72mm	84,34	0,05	0,00	5,41	0,88	1,111	1,27	7,341	7,930
Total	178678,40	100,00	589,49	3022,74	1861,23	544,46	0,2925	-0,259	-1,763

5.1.5. Análise ABC "*Management by Exception*" dos Artigos Consumidos

A análise ABC "*management by exception*", procura caracterizar os stocks de artigos, dividindo-os em três classes designadas por A, B e C, permitindo por em evidência os artigos aos quais se deve dedicar maior atenção por serem os mais relevantes face ao valor financeiro investido. A presente análise é baseada na lei de Pareto ou dos 20 x 80, significando que cerca de 20% do número total de artigos consumidos corresponde aproximadamente 80% do valor financeiro investido em stock (Reis, 2008, p.34).

No sentido de identificar os materiais para os quais se deveria ter especiais cuidados no consumo durante a realização das intervenções de enfermagem, foi nosso propósito realizar a classificação e distribuição dos 26 produtos pelos três grupos que o método de análise ABC permite efetuar, em função da quantidade e custo dos materiais consumidos no estudo.

Da análise ABC do valor financeiro dos artigos cujas unidades saídas de armazém e do seu preço unitário, enquadram-se na classe A as fraldas, os sistemas de administração soro, as luvas de latex não esterilizada, os toalhetes de papel, as agulhas com aletas, as luvas de vinil não esterilizada, os resguardos, as seringas, as lancetas e as esponjas para a execução da higiene aos doentes correspondendo a um valor financeiro acumulado de 78.46% e a 38.5% do total dos artigos em análise (cf. Quadro 2).

Na classe B, correspondendo a cerca de 15% dos valores financeiros acumulados e cerca de 31% do total de artigos, encontramos os perfuradores de soros, os sistemas para higiene oral, o sabão líquido, as seringa100cc, as agulhas, os pensos transparentes usados após a cateterização de vasos venosos, os kits de algaliação e os termómetros, constituindo o grupo intermédio. Neste grupo deve ser tido em consideração os perfuradores, uma vez que se encontram próximos da fronteira com a classe A, e como tal, também não deve ser descurado.

Com um valor financeiro acumulado de apenas 5%, correspondendo também a cerca de 31% do total de artigos, encontramos a classe C com os adesivos comuns, os obturadores de soros e cateteres, as compressas, as seringas de insulina, os aventais de plástico, os contentores para perfurantes de 500cc, os imobilizadores para os membros superiores e os pensos rápidos 19x72mm (cf. Quadro 2).

Quadro 2: Análise ABC "*Management by Exception*" dos artigos consumidos

Número de artigos	% do número de artigos acumulados	Designação do artigo	Valores financeiros ord. Decres. (u.m.)	Valores financeiros acumulados (u.m.)	% dos valores financeiros acumulados
1	3,8	Fralda	28110,44	28110,44	15,73
2	7,7	Sistema Soro	18001,68	46112,12	25,81
3	11,5	LuvaxLatex não esterilizadas	17818,50	63930,62	35,78
4	15,4	Toalhetes Papel	17132,47	81063,09	45,37
5	19,2	Agulha com aletas	15245,86	96308,95	53,90
6	23,1	LuvaxVinil não esterilizadas	14829,97	111138,92	62,20
7	26,9	Resguardo	8137,05	119275,97	66,75
8	30,8	Seringas	7989,58	127265,55	71,23
9	34,6	Lancetas	7839,45	135105,00	75,61
10	38,5	Esponja Higiene	5085,15	140190,15	78,46
11	42,3	Perfurador Soro	4504,79	144694,94	80,98
12	46,2	Sistema Higiene Oral	4211,03	148905,97	83,34
13	50,0	Penso transparente	4189,77	153095,74	85,68
14	53,8	Sabão líquido hipoalergénico	4181,02	157276,76	88,02
15	57,7	Seringa 100cc	3948,83	161225,59	90,23
16	61,5	Agulhas	3078,06	164303,65	91,95
17	65,4	Kit Algaliação	3062,94	167366,59	93,67
18	69,2	Termómetro	2616,64	169983,23	95,13
19	73,1	Adesivo comun	1814,22	171797,45	96,15
20	76,9	Obturador	1807,64	173605,09	97,16
21	80,8	Compressas	1768,74	175373,83	98,15
22	84,6	Seringa Insulina	1043,62	176417,45	98,73
23	88,5	Avental Plástico	926,46	177343,91	99,25
24	92,3	Contentor Agulhas 500	657,17	178001,08	99,62
25	96,2	Imobilizador MS	592,98	178594,06	99,95
26	100,0	Penso Rápido 19x72mm	84,34	178678,40	100,00

Fonte: Adaptado de Lopes dos Reis, Manual da Gestão de Stocks. Teoria e Prática.

A presente análise evidencia o interesse relativo ao controlo de gastos associados aos materiais utilizados para a proteção dos profissionais e prevenção das infeções associadas aos cuidados de enfermagem, como sejam as luvas e os toalhetes de papel para limpeza das mãos. Salienta-se também os gastos com as fraldas e resguardos, materiais associados aos cuidados de higiene e conforto prestados aos doentes, gastos de materiais que poderão ser condicionados pelo cuidado e atenção resultante das intervenções de enfermagem.

Especial atenção requer também as intervenções de enfermagem associadas à administração de terapêutica, infusão de soros e cateterização venosa, técnicas cujas intervenções dos estudantes em EC I e II são mais predominantes.

5.2. RESULTADOS DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS

Na análise dos consumos mensais, a amostra apresentou uma distribuição normal, confirmada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov cujos valores são todos superiores a 0,05.

Constatamos também a presença de um outlier moderado no mês de Junho, fator de distorção dos resultados (cf. Gráfico 1). Contudo, optamos por não o excluir uma vez que se pretende comparar os consumos entre os meses de presença e ausência de estudantes durante o ano, mantendo assim a sua proporção.

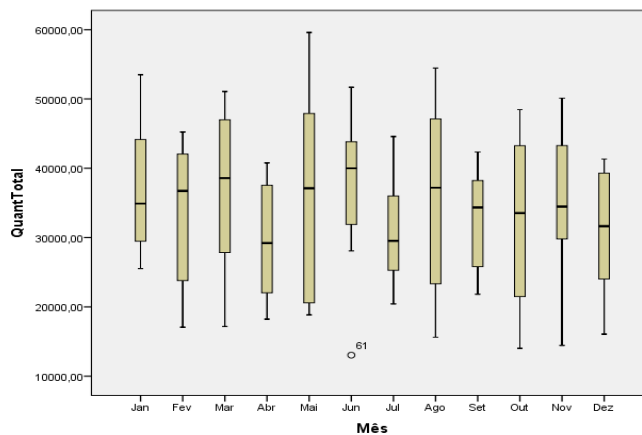


Gráfico 1. Caixa de bigodes para os consumos mensais.

O consumo de materiais por serviços oscilou entre os 215.481 (6,61%) na Cirurgia 1B e os 541.999 (16,63%) na Medicina 2B, apresentando a amostra uma dispersão moderada em torno da média, uma distribuição normal e mesocúrtica, exceto o serviço de Medicina 2A que com um valor de $SK/erro = -2,465$ e de $K=3,182$ se apresenta assimétrica e tendência leptocúrtica, com um valor de $K-S=0,054$.

As médias por serviço oscilaram entre os 17.956,75 ($\pm 3924,91$), com dispersão moderada (21,86%), com o mínimo de 13.033 e o máximo de 25.529 na Cirurgia 1B, e os 45.166,58 ($\pm 7.187,47$), dispersão moderada (15,91%), sendo o mínimo do consumo de produtos de

34.113 e o máximo de 59.602 na Medicina 2B, coincidindo com o máximo da amostra (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Consumo de materiais por serviços

Consumo materiais Serviços	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Medicina 1 A	535995	16,44	27737	54463	44666,25	8348,93	18,69	-1,717	0,520	,091
Medicina 1 B	481393	14,77	34650	48729	40116,08	4487,81	11,19	0,938	-0,601	,305
Medicina 2 A	483467	14,83	28940	46388	40288,92	4360,10	10,82	-2,465	3,182	,054
Medicina 2 B	541999	16,63	34113	59602	45166,58	7187,47	15,91	0,938	-0,081	,904
Cirurgia 1 A	348381	10,69	21537	37359	29031,75	4790,85	16,50	0,242	-0,589	,964
Cirurgia 1 B	215481	6,61	13033	25529	17956,75	3924,91	21,86	1,261	-0,193	,339
Cirurgia 2 A	352883	10,83	19059	40977	29406,92	5684,98	19,33	0,097	0,914	,652
Cirurgia 2 B	300088	9,20	17532	35710	25007,33	5589,57	22,35	1,401	-0,217	,082
Total	3259687	100,00	13033	59602	33955,07	10896,65	32,09	0,004	-1,706	0,161

Nos serviços de Medicina, os consumos correspondem a 52,4% do total de materiais requisitados aos armazéns, contra os 47,6% das Cirurgias (cf. Gráfico 2).

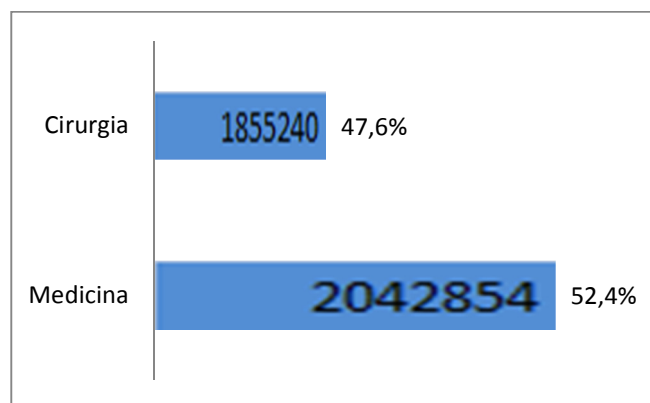


Gráfico 2. Valor percentual do consumo total de materiais por serviços.

Os resultados das requisições mensais de material aos armazéns apresentam um consumo médio mais baixo no mês de Abril - 29.569,37 ($\pm 8.474,68$), com uma dispersão moderada de 28,66%, a que corresponde um valor percentual de 7,25%, seguindo-se o mês de Julho (7,56%), Dezembro (7,59%) e Outubro (7,95). O consumo médio mais elevado de materiais foi obtido no mês de Junho com 37.017,50 ($\pm 11.898,04$), com dispersão elevada de 43,56%, a que correspondendo um valor percentual de 9,09%, oscilando os consumos

entre o mínimo de 13.033 unidades (valor mínimo da amostra), e o máximo de 51.690 unidades, seguido do mês de Janeiro (9,08%) e Março (9,05%). O valor máximo da amostra de 59.602 unidades foi obtido no mês de Maio (cf. Tabela 4).

Tabela 4. Consumo mensal de materiais

Consumos materiais	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Meses										
Janeiro	296075	9,08	25529	53496	37009,37	9632,22	26,03	0,768	-0,509	0,557
Fevereiro	267435	8,20	17057	45232	33424,31	10575,27	31,64	-0,727	-1,406	0,348
Março	295060	9,05	17161	51090	36882,50	12439,71	33,73	-0,641	-0,664	0,484
Abril	236555	7,25	18225	40777	29569,37	8474,68	28,66	0,083	-1,115	0,552
Maio	289601	8,88	18841	59602	36200,12	15768,81	43,56	0,220	-1,191	0,241
Junho	296140	9,09	13033	51690	37017,50	11898,04	32,14	-1,582	1,196	0,412
Julho	246573	7,56	20421	44574	30821,62	8013,94	26,00	0,530	-0,101	0,761
Agosto	285371	8,76	15615	54463	35671,37	14077,79	39,47	-0,171	-1,089	0,646
Setembro	260929	8,01	21817	42350	32616,12	7443,15	22,82	-0,435	-0,937	0,633
Outubro	259017	7,95	14005	48456	32377,12	12882,27	39,79	-0,377	-1,105	0,471
Novembro	279622	8,58	14436	50112	34952,75	11502,55	32,91	-0,463	0,307	0,623
Dezembro	247309	7,59	16065	41336	30913,62	9139,76	29,57	-0,526	-0,810	0,476
Total	3259687	100,00	13033	59602	33954,65	10896,65	32,09	0,004	-1,706	0,161

Na análise em função do custo dos materiais consumidos, o estudo revela um gasto total de 178.678€, uma média de 1.861,23€ ($\pm 544,46\text{€}$) e uma dispersão moderada 29,25%, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica, com valor de SK/erro=-0,259 e normalidade confirmada pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirno (K-S=0,055).

Por serviço, as médias dos custos oscilaram entre os 2.445,33€ ($\pm 281,73\text{€}$), com uma dispersão fraca de 11,52% na Medicina 1B, serviço onde se verificou o maior gasto no ano (29.343,97€), e os 1.103,63€ ($\pm 248,50\text{€}$), com uma dispersão moderada em torno da média na Cirurgia 1B, onde se verificou o menor gasto do ano (13.243,53€) (cf. Tabela 5).

Tabela 5. Custo dos materiais por serviços.

Serviços	Custo Materiais €									
	€	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Medicina 1 A	25996,31	14,55	1416,94	2777,47	2166,36	437,87	20,21	-0,603	-0,449	,556
Medicina 1 B	29343,97	16,42	2159,84	3022,74	2445,33	281,73	11,52	1,607	0,107	,086
Medicina 2 A	26850,32	15,03	1915,03	2472,90	2237,53	176,86	7,90	-1,036	-0,231	,441
Medicina 2 B	27878,05	15,60	1908,75	2924,95	2323,17	292,15	12,58	0,998	0,151	,756
Cirurgia 1 A	17823,01	9,97	1148,07	1934,67	1485,25	268,42	18,07	0,067	-1,081	,182
Cirurgia 1 B	13243,53	7,41	589,49	1494,07	1103,63	248,50	22,52	-1,003	0,427	,635
Cirurgia 2 A	21072,42	11,79	1350,81	2287,23	1756,04	286,79	16,33	0,492	-0,254	,871
Cirurgia 2 B	16470,79	9,22	998,21	1703,63	1372,57	205,98	15,01	0,098	-0,233	,734
Total	178678,40	100,00	589,49	3022,74	1861,23	544,46	29,25	-0,259	-1,763	0,055

Nos serviços de Medicina, os custos com os materiais correspondem a 61,6% do total de materiais requisitados aos armazéns, contra os 38,4% das Cirurgias (cf. Gráfico 3).

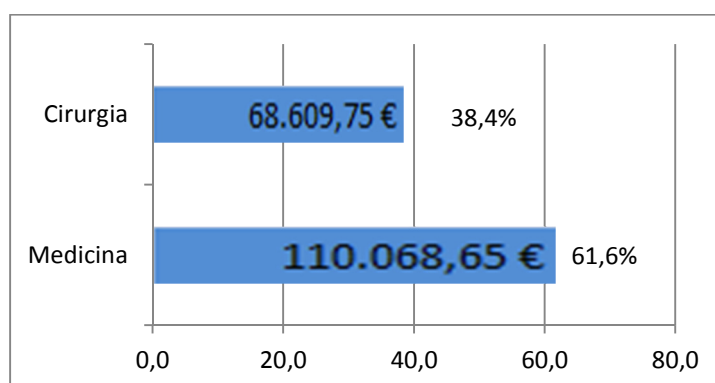


Gráfico 3. Valor percentual do custo total de materiais por serviços.

Em termos de custos mensais, o maior gasto verificou-se no mês de Janeiro (16743,36€) e o menor em Dezembro (13265,58€), a que correspondem as médias de 2092,92€ ($\pm 521,90\text{€}$) e de 1658,20€ ($\pm 479,23\text{€}$), ambos com dispersões moderadas de 24,94% e de 28,90%, respetivamente.

O valor mínimo foi observado no mês de Junho com 589,49€ e o máximo no mês de Agosto com 3.022,74€ (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Custo mensal dos materiais.

Custo Materiais € Meses	€	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro
	Janeiro	16743,36	9,37	1480,00	2875,77	2092,92	521,90	24,94	0,254
Fevereiro	14937,82	8,36	1160,43	2422,15	1867,23	460,81	24,68	-0,536	-0,972
Março	15489,98	8,67	1141,33	2572,11	1936,25	505,27	26,10	-0,678	-0,557
Abril	13711,55	7,67	1148,07	2355,25	1713,94	508,07	29,64	0,674	-1,402
Maiο	16047,14	8,98	1151,21	2924,95	2005,89	762,66	38,02	0,090	-1,694
Junho	15325,32	8,58	589,49	2639,73	1915,67	632,44	33,01	-1,837	1,660
Julho	14127,74	7,91	1131,58	2420,32	1765,97	452,71	25,63	-0,190	-0,812
Agosto	15849,83	8,87	1167,40	3022,74	1981,23	733,99	37,05	0,138	-1,297
Setembro	14243,77	7,97	1154,49	2259,92	1780,47	434,55	24,41	-0,278	-1,203
Outubro	13821,81	7,74	786,30	2607,22	1727,73	681,47	39,44	-0,155	-1,121
Novembro	15114,50	8,46	1025,98	2346,70	1889,31	440,63	23,32	-1,420	0,618
Dezembro	13265,58	7,42	915,33	2186,15	1658,20	479,23	28,90	-0,602	-0,938
Total	178678,40	100,00	589,49	3022,74	1861,23	544,46	29,25	-0,259	-1,763

5.2.1. Análise comparativa do consumo de materiais com e sem a presença de estudantes

A análise do consumo dos artigos em estudo revela que relativamente à presença de estudantes o consumo foi de 1.655.320 produtos (**50,78% do total da amostra**), obtendo-se o valor médio de 34485,83 unidades ($\pm 10991,71$), uma dispersão elevada de 31,87%, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica com valor de SK/erro=0,164, recaindo na presença de estudantes o valor mínimo e máximo da amostra.

Na ausência de estudantes o consumo foi de 1.604.367 produtos (**49,22% do total da amostra**), com um consumo médio de 33424,31 unidades ($\pm 10890,69$), uma dispersão elevada de 31,87% e distribuição também simétrica e mesocúrtica, com SK/erro= -0,169. Em ambas as situações, a distribuição normal foi confirmada pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov-Smirnov, com a presença de estudantes a apresentar um K-S=0,922 e a ausência de um K-S=0,110 (cf. Tabela 7).

Tabela 7. Consumo de materiais em função da presença vs ausência de estudantes

Consumo materiais										
	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Estudantes										
Com Estudantes	1655320	50,78	13033	59602	34485,83	10991,71	31,87	0,163	-0,841	0,922
Sem Estudantes	1604367	49,22	14005	54463	33424,31	10890,69	32,58	-0,169	-1,632	0,110
Total	3259687	100,00	13033	59602	33955,07	10896,65	32,09	0,004	-1,706	0,161

Na presença de estudantes constatou-se um gasto de 90.623,64€, com um valor médio de 1.887,99€ por serviço/mês (Dp=549,16€) e um coeficiente de variação de 29,09%, apontando para uma dispersão moderada, com uma distribuição simétrica e mesocúrtica com valor de SK/erro=-0.452 cuja normalidade foi confirmada pelo teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov (K-S=0,759). O valor mínimo dos custos recaiu na presença de estudantes com o valor de 589,49€.

Na ausência de estudantes gastaram-se 88.054,76€ a que correspondendo um valor médio de 1.834,47€ por serviço/mês (Dp=544,19€) e um coeficiente de variação de 29,66% a que corresponde uma dispersão moderada e distribuição simétrica e mesocúrtica, com SK/erro=0.073, cuja normalidade não foi confirmada pelo teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov, (K-S=0,036) (cf. Tabela 8).

Tabela 8. Custo total dos materiais, com e sem presença de estudantes.

Custo Materiais €	€	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV%	SK/erro	K/erro	K-S
Com Estudantes	90623,64	50,72	589,49	2924,95	1887,99	549,16	29,09	-0,452	-0,812	,759
Sem Estudantes	88054,76	49,28	786,30	3022,74	1834,47	544,19	29,66	0,073	-1,651	,036
Total	178678,40	100,00	589,49	3022,74	1861,23	544,46	29,25	-0,259	-1,763	0,055

Passamos a apresentar os dados dos consumos em quantidade e custo dos materiais solicitados mensalmente pelos serviços de Medicina e Cirurgia, durante os meses de ausência de estudantes, comparando-os com os meses de presença de estudantes em ensino clínico de enfermagem.

Pelo teste de Levene verificamos a homogeneidade das médias tanto em relação às quantidades requisitas como em relação ao custo das mesmas, pelo que nos leva a admitir que não existem diferenças de gastos entre a presença e ausência de estudantes nos serviços ($t=0,475$; $p=0,636$) e ($t=0,480$; $p=0,633$), respetivamente (cf. Tabela 9).

Tabela 9: Consumos de materiais com e sem estudantes

Estudantes Materiais	Com estudantes enfermagem		Sem estudantes enfermagem		Levene (t)	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Quantidade total materiais	34485,83	10991,71	33424,31	10890,69	0,778	0,475	0,636
Custo total de materiais	1887,99	549,16	1834,47	544,19	0,627	0,480	0,633

Para uma melhor análise e interpretação dos consumos de materiais por serviços e em função da ausência ou presença de estudantes, mesmo não se tendo verificado diferenças estatísticas significativas, importa analisar os resultados obtidos, os quais mostram que os 3.259.687 produtos solicitados pelos serviços aos armazéns de material de consumo clínico e hoteleiro, 1.604.367 correspondem ao período de ausência de estudantes (49,22%), sendo 1.011.868 da Medicina e 592.499 da Cirurgia. Durante a presença de estudantes foram solicitados 1.655.320 (50,78%), correspondendo 1.030.986 à Medicina e 624.334 à Cirurgia.

Da análise percentual dos consumos por artigo e serviço verificamos que em 15 dos 26 artigos, os consumos foram superiores com a presença de estudantes e em 10 observou-se o inverso, com 1 artigo (lancetas) a ser consumido de igual forma quer com a presença de estudantes, quer na sua ausência (cf. Tabela 10).

Com consumos superiores na presença de estudantes, encontramos as agulhas com aletas (55,15%), as luvas de vinil não esterilizadas (52,06%), as esponjas de higiene (51,93%), os sistemas de administração de soro (50,71%), as luvas de latex não esterilizadas (50,20%), os resguardos (50,16%) e as fraldas (50,04%), artigos da classe A. Da classe B temos os sistemas de higiene oral (54,4%), os pensos transparentes (51,91%), o sabão líquido hipoalergénico (50,8%) e as agulhas (50,64%). Na classe C encontram-se os pensos

rápidos de 19x72mm (58,91%), os obturadores (54,74%), os aventais de plástico (54,05 %) e os adesivos comuns (50,31%) (cf. Tabela 10).

Nos períodos sem a presença de estudantes verificaram-se maiores consumos relativamente aos toalhetes de papel (50,66%) e as seringas (50,05%), ambos os artigos da classe A, os termómetros (57,17%), os perfuradores de soros (50,64%), as seringas de 100cc (50,48%) e os kits de algaliação (50,35%), artigos da classe B, e finalmente da classe C, os imobilizadores de membros superiores (61,21%), contentores de agulhas de 500cc de capacidade (57,45%), as seringas de insulina (50,70%) e as compressas (50,43%) (cf. Tabela 10).

Feita a quantificação dos materiais solicitados aos armazéns em função dos serviços, com e sem a presença de estudantes, importa converter e analisar essas mesmas unidades em termos de valores financeiros envolvidos, de modo a confirmar a correspondência dos diversos artigos em função das classes da análise ABC.

Da análise percentual dos custos por artigo e serviço ressalta que em 16 dos 26 artigos, os custos foram superiores com a presença de estudantes e em 10 observou-se o inverso. Os custos dos produtos solicitados aos armazéns associados à presença de estudantes correspondem a 90.623,64€, pertencendo 55.510,22€ aos serviços de Medicina e 35.113,42€ aos de Cirurgia. Na ausência de estudantes, os custos foram de 88.054,76€ correspondendo à Medicina 54.558,43€ e à Cirurgia 33.496,33€ (cf. Tabela 11).

Os artigos com maiores custos na **presença de estudantes** e enquadrados na classe A, recaem no consumo de agulhas com aletas (55,1%), as luvas de vinil não esterilizadas (53,4%), as esponjas de higiene (51,9%), sistemas de soros (50,69%), resguardos (50,17%) e fraldas (50,02%), na classe B os sistemas de higiene oral (53,9%), os pensos transparentes (51,85%), agulhas (50,81%) e o sabão líquido hipoalergénico (50,79%). Na classe C os aventais de plástico (54%), os obturadores (54,47%), os pensos rápidos 19x72 (55,53%), as compressas 51,06%), as seringas de insulina (50,84%) e os adesivos (50,58%) (cf. Tabela 11).

Tabela 10: Consumo de materiais com e sem estudantes por serviços

Consumo materiais com e sem estudantes	Serviços	Medicina		Cirurgia		Total	
		n	%	n	%	n	%
Adesivo Comum	Com estudantes	431	47,6	530	52,7	961	50,31
	Sem estudantes	474	52,4	475	47,3	949	49,69
Agulha com Aletas	Com estudantes	7600	55,5	7400	54,8	15000	55,15
	Sem estudantes	6100	44,5	6100	45,2	12200	44,85
Avental Plástico	Com estudantes	8300	54,6	3700	52,9	12000	54,05
	Sem estudantes	6900	45,4	3300	47,1	10200	45,95
Fralda	Com estudantes	39620	49,8	11940	50,7	51560	50,04
	Sem estudantes	39880	50,2	11600	49,3	51480	49,96
Obturador	Com estudantes	9876	51,4	16800	56,9	26676	54,74
	Sem estudantes	9355	48,6	12700	43,1	22055	45,26
Penso Rápido 19x72mm	Com estudantes	3050	59,0	2360	54,3	3104,3	58,91
	Sem estudantes	2120	41,0	1985	45,7	2165,7	41,09
Penso Transparente	Com estudantes	9600	51,6	6050	52,4	15650	51,91
	Sem estudantes	9000	48,4	5500	47,6	14500	48,09
Resguardo	Com estudantes	26695	49,7	11850	51,1	38545	50,16
	Sem estudantes	26975	50,3	11325	48,9	38300	49,84
Sistema Soro	Com estudantes	18950	49,6	24730	51,6	43680	50,71
	Sem estudantes	19250	50,4	23200	48,4	42450	49,29
Sistema Higiene Oral	Com estudantes	15625	53,5	3205	59,4	18830	54,40
	Sem estudantes	13600	46,5	2187	40,6	15787	45,60
Esponja Higiene	Com estudantes	90400	50,6	44750	54,8	135150	51,93
	Sem estudantes	88150	49,4	36950	45,2	125100	48,07
Sabão Líquido Hipoalergénico	Com estudantes	1628	49,6	878	53,1	2506	50,80
	Sem estudantes	1651	50,4	776	46,9	2427	49,20
Agulhas	Com estudantes	62600	49,7	68000	51,6	130600	50,64
	Sem estudantes	63400	50,3	63900	48,4	127300	49,36
Luvas Latex não Estéril	Com estudantes	154200	52,2	117300	47,8	271500	50,20
	Sem estudantes	141200	47,8	128150	52,2	269350	49,80
Luvas Vinil não Estéril	Com estudantes	270600	50,5	62200	60,0	332800	52,06
	Sem estudantes	265000	49,5	41500	40,0	306500	47,94
Lancetas	Com estudantes	30000	48,9	19800	51,8	49800	50,00
	Sem estudantes	31400	51,1	18400	48,2	49800	50,00
Contentor Agulhas 500cc	Com estudantes	130	55,8	338	39,0	468	42,55
	Sem estudantes	103	44,2	529	61,0	632	57,45
Imobilizador MS	Com estudantes	0	0,0	83	40,7	83	38,79
	Sem estudantes	10	100,0	121	59,3	131	61,21
Kit Algaliação	Com estudantes	358	54,8	278	44,3	636	49,65
	Sem estudantes	295	45,2	350	55,7	645	50,35
Perfurador Soro	Com estudantes	4368	45,5	4453	53,8	8821	49,36
	Sem estudantes	5230	54,5	3820	46,2	9050	50,64
Seringa 100cc	Com estudantes	2855	51,2	470	41,4	3325	49,52
	Sem estudantes	2725	48,8	665	58,6	3390	50,48
Seringa Insulina	Com estudantes	8300	45,1	5800	56,9	14100	49,30
	Sem estudantes	10100	54,9	4400	43,1	14500	50,70
Termómetro	Com estudantes	120	41,4	289	43,5	409	42,83
	Sem estudantes	170	58,6	376	56,5	546	57,17
Toallete Papel	Com estudantes	9480	48,7	7730	50,1	17210	49,34
	Sem estudantes	9980	51,3	7690	49,9	17670	50,66
Compressas	Com estudantes	171600	49,7	136800	49,4	308400	49,57
	Sem estudantes	173600	50,3	140200	50,6	313800	50,43
Seringas	Com estudantes	84600	49,8	66600	50,1	151200	49,95
	Sem estudantes	85200	50,2	66300	49,9	151500	50,05
Quantidade Total	Com estudantes	1030986	50,5	624334	51,3	1655320	50,78
	Sem estudantes	1011868	49,5	592499	48,7	1604367	49,22

Com os maiores custos na **ausência de estudantes** encontram-se as lancetas (51,51%), as seringas (50,81%), os toalhetes de papel (50,74%) e as luvas de latex não esterilizadas (50,20%) da classe A, os termômetros (57,34%), os perfuradores de soros (50,66%), as seringas de 100cc (50,63%) e os kits de algaliação (50,24%) da classe B, e os imobilizadores dos membros superiores (65,87%), os contentores de recipientes cortantes ou perfurantes de 500cc (50,70%), incluídos na classe C (cf. Tabela 11).

Na análise dos consumos de artigos cujo maior valor financeiro recaiu no período **com** a presença de estudantes, observou-se ainda que o comportamento desses mesmos custos foi diferente quando comparamos esses mesmos custos entre os serviços de medicina e cirurgia. No serviço de medicina, os custos foram superiores **sem** a presença de estudantes em relação aos sistemas de administração de soros (50,4%), resguardos (50,3%) e fraldas (50,02%), artigos enquadrados na classe A, o sabão líquido hipoalergénico (50,4%) e agulhas (50,2%) da classe B, e os adesivos (51,9%) e seringas de insulina (53%) da classe C. Em sentido inverso, no período cujos valores financeiros envolvidos foram superiores no período de ausência de estudantes, verificou-se que no serviço de medicina, a presença de estudantes fez aumentar os custos com as luvas de latex não esterilizadas (52%) da classe A, os contentores para perfurantes (64,3%), kits de algaliação (54,9%) e seringas de 100cc (51%) da classe B, e no serviço de cirurgia aumentaram os custos com os toalhetes de papel (50,04%) da classe A e os perfuradores de soros (53,8%) da classe B.

Tabela 11: Custo dos materiais com e sem estudantes por serviços.

Custo dos materiais com ou sem estudantes		Serviços		Med		Cir		Tot	
		€	%	€	%	€	%		
Adesivo Comum	Com Estudantes	411,19	48,1	530,00	52,7	941,19	50,58		
	Sem estudantes	444,45	51,9	475,00	47,3	919,45	49,42		
Agulha com Aletas	Com Estudantes	4254,09	55,4	4146,41	54,8	8400,5	55,10		
	Sem estudantes	3424,28	44,6	3421,98	45,2	6846,26	44,90		
Avental Plástico	Com Estudantes	345,98	54,5	154,33	52,8	500,31	54,00		
	Sem estudantes	288,31	45,5	137,84	47,2	426,15	46,00		
Fralda	Com Estudantes	10845,04	49,8	3216,80	50,8	14061,84	50,02		
	Sem estudantes	10932,74	50,2	3115,86	49,2	14048,60	49,98		
Obturador	Com Estudantes	365,40	50,8	619,26	56,9	984,66	54,47		
	Sem estudantes	354,44	49,2	468,54	43,1	822,98	45,53		
Penso Rápido 19x72mm	Com Estudantes	27,55	58,8	20,23	54,0	81,55	55,53		
	Sem estudantes	19,30	41,2	17,26	46,0	65,30	44,47		
Penso Transparente	Com Estudantes	1333,05	51,5	839,31	52,4	2172,36	51,85		
	Sem estudantes	1253,70	48,5	763,71	47,6	2017,41	48,15		
Resguardo	Com Estudantes	2827,19	49,7	1254,91	51,1	4082,10	50,17		
	Sem estudantes	2855,97	50,3	1198,98	48,9	4054,95	49,83		
Seringa Insulina	Com Estudantes	314,30	47,0	216,25	57,8	530,55	50,84		
	Sem estudantes	355,08	53,0	157,99	42,2	513,07	49,16		
Sistema Soro	Com Estudantes	3959,28	49,6	5166,44	51,6	9125,72	50,69		
	Sem estudantes	4025,00	50,4	4850,96	48,4	8875,96	49,31		
Sistema Higiene Oral	Com Estudantes	1885,33	53,0	384,33	58,8	2269,66	53,90		
	Sem estudantes	1672,43	47,0	268,94	41,2	1941,37	46,10		
Esponja Higiene	Com Estudantes	1765,50	50,6	873,60	54,7	2639,10	51,90		
	Sem estudantes	1723,56	49,4	722,49	45,3	2446,05	48,10		
Sabão Líquido Hipoalergénico	Com Estudantes	1379,66	49,6	743,93	53,1	2123,59	50,79		
	Sem estudantes	1399,58	50,4	657,85	46,9	2057,43	49,21		
Agulhas	Com Estudantes	739,18	49,8	824,76	51,8	1563,94	50,81		
	Sem estudantes	745,36	50,2	768,76	48,2	1514,12	49,19		
Compressas	Com Estudantes	472,99	50,4	430,21	51,8	903,20	51,06		
	Sem estudantes	465,04	49,6	400,50	48,2	865,54	48,94		
Luvas Vinil não Estéril	Com Estudantes	6273,64	51,2	1645,59	63,7	7919,23	53,40		
	Sem estudantes	5973,54	48,8	937,20	36,3	6910,74	46,60		
Contentor Agulhas 500cc	Com Estudantes	106,90	64,3	217,07	44,2	323,97	49,30		
	Sem estudantes	59,39	35,7	273,81	55,8	333,20	50,70		
Imobilizador MS	Com Estudantes	0,00	0,0	202,37	38,6	202,37	34,13		
	Sem estudantes	68,90	100,0	321,71	61,4	390,61	65,87		
Kit Algaliação	Com Estudantes	858,46	54,9	665,62	44,4	1524,08	49,76		
	Sem estudantes	704,46	45,1	834,40	55,6	1538,86	50,24		
Lancetas	Com Estudantes	2320,24	47,7	1480,96	49,8	3801,20	48,49		
	Sem estudantes	2546,23	52,3	1492,02	50,2	4038,25	51,51		
Perfurador Soro	Com Estudantes	1101,18	45,5	1121,66	53,8	2222,84	49,34		
	Sem estudantes	1318,76	54,5	963,19	46,2	2281,95	50,66		
Seringa100cc	Com Estudantes	1672,85	51,0	276,88	41,4	1949,73	49,37		
	Sem estudantes	1607,51	49,0	391,59	58,6	1999,10	50,63		
Termómetro	Com Estudantes	326,73	41,2	789,52	43,3	1116,25	42,66		
	Sem estudantes	466,32	58,8	1034,07	56,7	1500,39	57,34		
Toalhete Papel	Com Estudantes	4649,59	48,6	3789,24	50,04	8438,83	49,26		
	Sem estudantes	4910,16	51,4	3783,48	49,96	8693,64	50,74		
Luvas Latex não Estéril	Com Estudantes	5144,19	52,0	3729,24	47,1	8873,43	49,80		
	Sem estudantes	4750,18	48,0	4194,89	52,9	8945,07	50,20		
Seringas	Com Estudantes	2130,71	49,3	1799,08	49,1	3929,79	49,19		
	Sem estudantes	2193,74	50,7	1866,05	50,9	4059,79	50,81		
Custo Total	Com Estudantes	55510,22	50,4	35113,42	51,2	90623,64	50,72		
	Sem estudantes	54558,43	49,6	33496,33	48,8	88054,76	49,28		

A análise do diferencial dos valores financeiros envolvidos entre os meses com estudantes e sem estudantes apresenta um acréscimo de 951,79€ no serviço de Medicina e de 1.617,09€ na Cirurgia. Tendo em consideração que a duração de cada um dos ensinamentos clínicos é de 40 dias, obtivemos uma média global de 31,71€ por estudante/ano, a que corresponde um gasto dia por estudante de 0,331€. Por serviços, obtivemos um gasto por estudante/dia para as Medicinas de 0,245€ e para as Cirurgias de 0,416€, sendo estes mais onerosos por estudante/dia em cerca de 0,171€ (cf. Quadro 3).

Quadro 3 - Gastos de consumíveis globais por serviços, com e sem estudantes.

Descrição Estudante por serviço	Meses com estudantes (valor absoluto) 6 Meses/184 Dias		Meses sem estudantes (valor absoluto) 6 Meses/181 Dias		Diferença entre os períodos Ano (em valor absoluto) (Período com Est. - Período sem Est.)		Valor gasto por Dia de EC (81 dias)	Valor por Estudante/dia EC
	Quant.	Custo Total €	Quant.	Custo Total €	Difer. Quantidade	Difer. Custo €	Custo € por dia/EC	Custo Est/Dia €
Medicina (48)	1030986	55510,22	1011868	54558,43	19118	951,79	11,75	0,245
Cirurgia (48)	624334	35113,42	592499	33496,33	31835	1617,09	19,96	0,416
Global (96)	1655320	90623,64	1604367	88054,76	50953	2568,88	31,71	0,331

5.3. DISCUSSÃO DO ESTUDO 1 – CONSUMO DE MATERIAIS

Os resultados globais obtidos no ano de 2011 em termos de quantidade e valor financeiro dos materiais afetos aos cuidados de enfermagem requisitados pelos serviços, revelam que na Medicina foi superior em 1,1 relativamente às quantidades consumidas e de 1,6 em termos de custo, quando comparada com o serviço de Cirurgia.

A diferença entre a presença e ausência de estudantes nos serviços aponta para um aumento de 1,43% com a presença de estudantes. Apesar de esta diferença ser mínima, não podemos deixar de refletir sobre o consumo de alguns artigos, para os quais deverá haver uma maior rentabilização durante a prestação de cuidados e que poderão levar a uma diminuição de eventuais desperdícios.

No período em apreciação, torna-se evidente o maior consumo de termómetros (classe B) sem a presença de estudantes em ensino clínico, contrariando o pressuposto de maiores consumos por mau uso ou descuido durante a execução dos cuidados associados à avaliação da temperatura corporal. É de salientar também a menor solicitação aos armazéns de imobilizadores dos membros superiores (classe C) no serviço de Cirurgia e até mesmo a não solicitação por parte do serviço de Medicina, nos períodos de presença de estudantes. Relativamente aos contentores para recipientes cortantes ou perfurantes, apesar de se verificar no global um maior consumo durante a ausência de estudantes, na verdade, por serviço o comportamento é diverso, sendo o consumo nas medicinas superior durante o período com estudantes.

Verificamos também que durante os períodos de ensino clínico, os maiores consumos de artigos estão associados aos cuidados de higiene e conforto (sistemas de higiene oral e esponjas de higiene), de proteção (aventais de plástico e luvas de vinil não esterilizadas), material de preparação e administração de terapêutica (agulhas com aletas e obturadores), e material de penso (penso rápido e penso transparente), o que denota o especial cuidado tido em relação ao risco de infeção.

Tendo em consideração o preço por unidade dos produtos consumidos e face ao **custo/dia suplementar por estudante** em EC de 0,331€, podemos interpreta-lo como gastos suplementares diários por estudante correspondentes a 1 avental de plástico (Classe C - 0,041€), 1 resguardo (Classe A - 0,106€), 1 sistema de higiene oral (Classe B - 0,121€), 4 toalhetes de papel (Classe A - 0,004€), 1 agulha (Classe B - 0,012€), 1 luva de vinil não esterilizada (Classe A - 0,023€) e 1 seringa de 5cc (Classe A - 0,024€).

Outros artigos poderão fazer aumentar os gastos. A título de exemplo, podemos referir o gasto suplementar de 1 cateter endovenoso para veia periférica com válvula (Classe A - 0,484€), o qual, só por si, ultrapassa o valor médio do gasto diário obtido. Contudo, a evidência mostra também que o procedimento não é executado diariamente a todos os doentes, nem por todos os estudantes.

Os acréscimos de produtos anteriormente referidos justificam-se em nosso entender, não só pelos objetivos inerentes aos próprios ensinamentos clínicos, onde se pretende o desenvolvimento de competências no domínio do saber fazer, onde a habilidade e destreza técnica vão sendo progressivamente adquiridas com a própria execução, mas também pelo aumento de pessoas em presença nos serviços, as quais, de acordo com as teorias de escala

levam ao aumento de consumos e conseqüente aumento de gastos, pressupondo estes uma maior exigência e rigor na sua utilização em termos de prestação dos cuidados, para uma maior eficácia, eficiência e redução dos desperdícios.

Temos consciência de que nem todos os estudantes gastam “apenas” mais uma ou duas seringas, mais um cateter de punção venosa periférica ou o material de higiene anteriormente definido, porquanto a experiência pedagógica patenteia que nem todos os estudantes têm a mesma possibilidade de realizar por dia um cateterismo venoso periférico, executar o tratamento à ferida com a aplicação de um penso cirúrgico ou concretizar outras técnicas ou procedimentos no decorrer do seu EC. Este é um processo de desenvolvimento de competências contínuo, o qual se espera que no fim dos 4 anos do CLE permita ao estudante desenvolver um conjunto de competências facilitadoras da sua integração em contexto de trabalho real como recém-licenciado em enfermagem, para o qual, tanto os gestores como os enfermeiros, supervisores ou tutores de estudantes em EC, devem ter em consideração.

Face à variedade de artigos e consumo relacionado com os cuidados de enfermagem, para os quais os estudantes de enfermagem em ensino clínico, também contribuem para o seu acréscimo, importa ter especial cuidado nos gastos dos artigos que revelam maior importância em valor, pelo que os supervisores, tutores, enfermeiros ou docentes deverão ter especial cuidado e dedicar maior atenção no controlo de gastos dos estudantes durante as práticas clínicas, salientando-se as agulhas com aletas, fraldas, resguardos, sistemas de administração de soros, esponjas de higiene e as luvas não esterilizadas de latex e vinil.

Em síntese, não sendo estatisticamente significativa a diferença de médias entre a presença versus ausência de estudantes em EC, temos de considerar que a presença de estudantes não constitui um custo, pese embora o aumento de 1,43% do valor financeiro envolvido, correspondendo a um gasto suplementar por dia e serviço (4 enfermarias / 16 leitos), de 3,3 euros, associados à presença de 10 estudantes.

Presença 10 estudantes/serviço = Aumento de 3,3€ do valor financeiro envolvido, embora sem significância estatística

CAPÍTULO 6: ESTUDO 2 - TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM JUNTO DOS DOENTES

As preocupações organizacionais em termos de planeamento das atividades dos seus colaboradores surgiram na época da revolução industrial e como resultado dos desperdícios e da improvisação até ai existentes, relacionados com os métodos de trabalho e técnicas de produção, para os quais, os estudos de Frederick Taylor (1856-1915) associados à contagem dos tempos de execução de atividades contribuíram para o que veio a ser designado como "the best way" para a execução de trabalhos e maximização da eficiência do trabalhador (Chiavenato, 2000, p. 38). Também contribuíram para a clarificação dos processos de trabalho das organizações os estudos de Henri Fayol (1841-1925) sobre as estruturas e departamentalização dos serviços em termos das funções financeira, técnica, comercial, contabilística, de segurança e administrativa, e os estudos de Elton Mayo na década de 1930 sobre a adequação do posto de trabalho e o seu meio envolvente ao trabalhador, tipificada pela experiência de "Hawthorne" sobre o tipo e condições de trabalho (Chiavenato, 2000, p. 47).

Em termos de planeamento, a gestão do tempo é uma área em que as organizações procuram intervir, associada aos seus aspetos formais das questões operacionais e execução de procedimentos, enquanto meio para melhorar os desempenhos individuais e coletivos dos profissionais, podendo influenciar em muito os seus níveis de produtividade.

No âmbito da enfermagem também têm sido feitos estudos direcionados para a organização do trabalho e de que modo os métodos de trabalho poderão ser influenciados em termos de produtividade, como é o caso do Sistema de Classificação de Doentes de Enfermagem e o cálculo das necessidades de dotação de pessoal de enfermagem para os diferentes serviços de enfermagem.

Direcionados para a quantificação dos tempos de prestação de cuidados de enfermagem, citamos como exemplo o estudo publicado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) em Maio de 2009 sobre o "*Impact of Health IT on Nurses' Time Spent on*

Direct Patient Care” do Department of Health & Human Services dos Estados Unidos, o qual, através da implementação de processos de melhoria nos serviços, associado à implementação de um sistema de informação para 10 leitos numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), conduziu à diminuição do tempo de execução dos registos de enfermagem, passando dos 35.1% para os 24.2%, com conseqüente acréscimo do tempo disponível para a prestação de cuidados junto dos doentes de 31.3% para os 40.1% (AHRQ, 2009).

No estudo longitudinal de Westbrook et al. (2011) subordinado ao tema “*How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses’ patterns of task time distribution and interactions with health professionals*”, observou-se que as enfermeiras despendiam em média 36,5% do seu tempo com os doentes, o qual não se alterou ao longo dos três anos do estudo (34.5%, 39.3 e 35.7%). Mais se observou que os cuidados diretos, indiretos, administração de terapêutica e a comunicação entre profissionais consumiam 76,4% dos cuidados de enfermagem num ano, passando para 81% nos três anos. Os cuidados diretos e indiretos tiveram um aumento significativo, passando de 20.4% para 24.8% ($p<0.01$) e de 13.0% para 16.1% ($p<0.01$), respetivamente. A proporção relativa às tarefas associadas à medicação não sofreu alteração, sendo na ordem dos 19.0%. O tempo despendido com a comunicação diminuiu, passando de 24.0% para 19.2% ($p<0.05$), com as enfermeiras a passarem progressivamente mais tempo sozinhas na execução dos cuidados ao longo dos três anos, indo de 27.5% para os 39.4%. O tempo passado com outros profissionais de saúde foi baixo, não se tendo modificado nos três anos, concluindo-se pelo progressivo isolamento das enfermeiras.

Com o presente estudo, não pretendemos identificar o tempo padrão das intervenções de enfermagem, mas contribuir para uma maior clarificação dos contributos resultantes da execução dos cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico de enfermagem nas instituições de saúde, mesmo tendo subjacente as limitações legais a que estão sujeitos. Neste pressuposto, o presente estudo visa medir o tempo de realização de cuidados de enfermagem prestados junto dos doentes e quantificar o tempo disponibilizado aos enfermeiros para a execução de outros cuidados.

Através das observações efetuadas durante o turno da manhã, nos serviços de Medicina e Cirurgia do CHTV,EPE no decorrer do ano de 2011, mediram-se os tempos de execução dos cuidados prestados por enfermeiros junto dos doentes sob sua responsabilidade, de acordo com o método e filosofia de trabalho implementados nos respetivos serviços, indo

assim ao encontro do objetivo geral, ou seja, identificar os custos ou benefícios resultantes da presença de estudantes nos EC de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Implicando a presença de estudantes nos ensinamentos clínicos, alterações nos procedimentos dos enfermeiros em termos de execução dos cuidados a prestar aos doentes bem como relativamente ao processo de supervisão clínica dos estudantes, podemos comparar esses tempos e identificar se esta seria uma razão determinante para a diminuição do tempo de permanência dos enfermeiros junto dos doentes.

O tempo de cuidados de enfermagem quantificado está associado à execução dos cuidados de higiene e conforto, alimentação, movimentação, eliminação, procedimentos técnicos associados a tratamentos, administração de terapêutica e avaliação de parâmetros vitais, itens incluídos no quadro de classificação de doentes, definidos pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP e aplicado no CHTV, EPE. Foi excluído o item relativo à avaliação e planeamento de cuidados, uma vez que não se processa junto doente, pese embora alguns itens sejam colhidos no decorrer dos cuidados junto dos mesmos.

Neste contexto foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Quantificar o tempo de execução das diversas atividades de enfermagem associadas aos cuidados gerais a prestar aos doentes, no turno da manhã;
- Comparar o tempo de execução dos cuidados prestados aos doentes pelos enfermeiros, com o tempo de realização desses mesmos cuidados na presença de estudantes em ensino clínico;
- Identificar as horas de maior sobrecarga de atividades a realizar junto dos doentes, durante o turno da manhã;
- Avaliar se a presença dos estudantes de enfermagem diminui o tempo disponível dos enfermeiros para a execução dos cuidados.

Para a prossecução dos objetivos anteriormente delineados foram efetuados diversos procedimentos metodológicos com o intuito de se enquadrar e clarificar a temática em estudo, que passamos a descrever.

6.1. METODOLOGIA DO ESTUDO 2 – TEMPO DE PRESTAÇÃO CUIDADOS

Para a quantificação do tempo de realização dos cuidados de enfermagem prestados aos 159 doentes, recorreu-se à observação dos enfermeiros que integravam as equipas dos oito serviços, e que no dia destinado à observação se encontravam escalados no turno da manhã, de acordo com o horário e distribuição previamente definidos pelo enfermeiro chefe ou seu legal substituto, respeitando os critérios de seleção definidos da metodologia geral no subcapítulo 4.2 dos procedimentos.

A dotação de enfermeiros no turno da manhã foi em média de 4 para a cirurgias e de cinco para as medicinas, variando as dotações dos serviços entre os 19 e os 21 nas Medicinas, e os 17 e os 24 nas Cirurgias, num total de 165 enfermeiros. A diferente dotação de enfermeiros por serviços justifica-se não só pela sua tipologia, mas também pelo facto de nas Cirurgias 1 A e 2 B existir uma unidade de cuidados intermédios, implicando uma maior dotação de enfermeiros (cf. Gráfico 4).

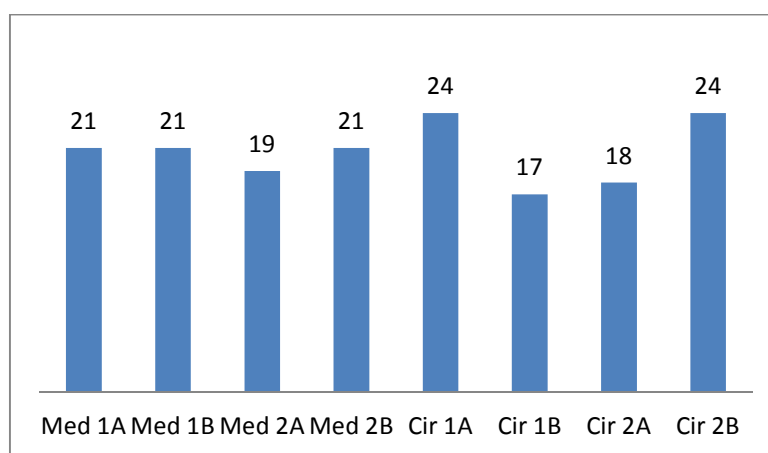


Gráfico 4. Distribuição de Enfermeiros por serviço em 2011

Fonte: Departamento de Recursos Humanos do HST,EPE

De referir ainda que as observações incidiram nas enfermarias com doentes cujo sistema de classificação de doentes de enfermagem (SCD/E) implementado na instituição¹⁵, atribuiu a necessidade do maior número de horas de cuidados, com base no tipo de doente, diagnóstico e grau de dependência, onde se incluem as atividades relativas aos cuidados de

¹⁵ Mod. 243 - Quadro de Classificação de Doentes para os serviços de Cirurgia e Medicina

higiene, alimentação, mobilização, eliminação, terapêutica, tratamentos, avaliações de sinais vitais, atividades especiais relacionadas com o apoio emocional e ensino. Neste está também incluído item relacionado com a avaliação e planeamento de cuidados, parâmetros não enquadrados nas atividades de observação, uma vez que estes eram de um modo geral efetuados na sala de trabalho e não junto do doente.

Para a seleção da enfermaria onde iriam decorrer as observações tivemos como critérios, a existência de 4 doentes internados com o maior grau de dependência e consequentemente com maior necessidade de horas de cuidados.

Procedeu-se assim a um estudo de natureza quantitativa, transversal e descritivo, contabilizando-se o **tempo** de realização das intervenções dos enfermeiros junto dos doentes internados em cada um dos 4 serviços de Medicina e 4 de Cirurgia, efetuadas durante 40 dias, num total de 320 horas de presença observacional do investigador.

As observações realizaram-se no decorrer do turno da manhã, entre os dias 15 de Abril e 5 de Setembro do ano de 2011, tendo sido efetuadas 2 observações por serviço sem estudantes e 3 observações no decorrer dos EC (Anexo 11).

Relativamente às duas observações sem estudantes, a primeira realizou-se antes do início do EC e a segunda após a concretização do mesmo. Quanto às observações com a presença de estudante, a primeira coincidiu com os primeiros dias de EC, a segunda foi realizada sensivelmente a meio do EC e a terceira coincidiu com os últimos dias de EC.

Tendo em consideração as 5 observações por cada um dos 8 serviços e atendendo a que a cada dia corresponderia a uma observação presencial de 4 doentes (4 doentes por enfermaria), a amostra final deveria ser constituída por 160 doentes. Na verdade, tal pressuposto não se verificou. Na primeira observação efetuada com a presença de estudantes no serviço de Cirurgia 2 B, a observação incidiu unicamente sobre três doentes, fator que levou à existência de apenas 159 observações.

De modo a dar cumprimento aos procedimentos legais e éticos, no início de cada dia de observação, os doentes foram avisados da presença do observador/investigador, sendo-lhes solicitada autorização para a sua permanência na enfermaria e informados da sua não participação nos cuidados a prestar, salvaguardando-se assim a sua privacidade. Foram também esclarecidos sobre os objetivos do estudo.

No decorrer das observações, não foram emitidos quaisquer pareceres ou opiniões sobre a dinâmica dos serviços, evitando-se assim qualquer influência nos métodos de trabalho e

execução dos procedimentos/intervenções, procurando-se não interferir sobre a qualidade dos cuidados prestados. As equipas de profissionais foram também previamente informadas sobre a presença do observador e seus objetivos, tendo sido solicitada a manutenção do modelo e dinâmica de trabalho em uso.

6.1.1. Desenho do Estudo

No contexto das organizações, a área dos recursos humanos é fundamental, pois sendo um meio facilitador para a eficiência dos serviços, tem como propósito alcançar resultados ajustados às necessidades e objetivos institucionais, tal como referido pela *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

A representação gráfica do desenho do presente estudo centraliza o **tempo** necessário para a prestação de cuidados de enfermagem no que se refere às diversas intervenções dos enfermeiros e a influência das variáveis “presença de estudantes” versus “ausência de estudantes” no tempo de execução desses mesmos cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes.

Neste contexto, são de referir as intervenções associadas à passagem de turno, avaliação de parâmetros vitais, administração de terapêutica, colheitas de espécimes para análises e pesquisa de glicémias, cuidados de higiene e conforto, administração de fluidos por via parentérica (soroterapia), cateterismos venosos periféricos, alimentação/hidratação, ensino ao doente e família, oxigenoterapia e nebulizações, aspiração de secreções, posicionamentos e levantes de doentes, medição de diurese, tratamento de feridas e regeneração tecidual que designamos por execução de pensos, observação dos doentes, cuidados prestados junto dos doentes mas que por impossibilidade da sua observação direta, foram englobados no grupo dos cuidados não especificados onde se inclui as intervenções de orientação e apoio aos estudantes, cuidados ao doente em fim de vida (identificação de óbito), e finalmente, as intervenções associadas à preparação da alta ou transferência dos doentes (cf. Figura 6).

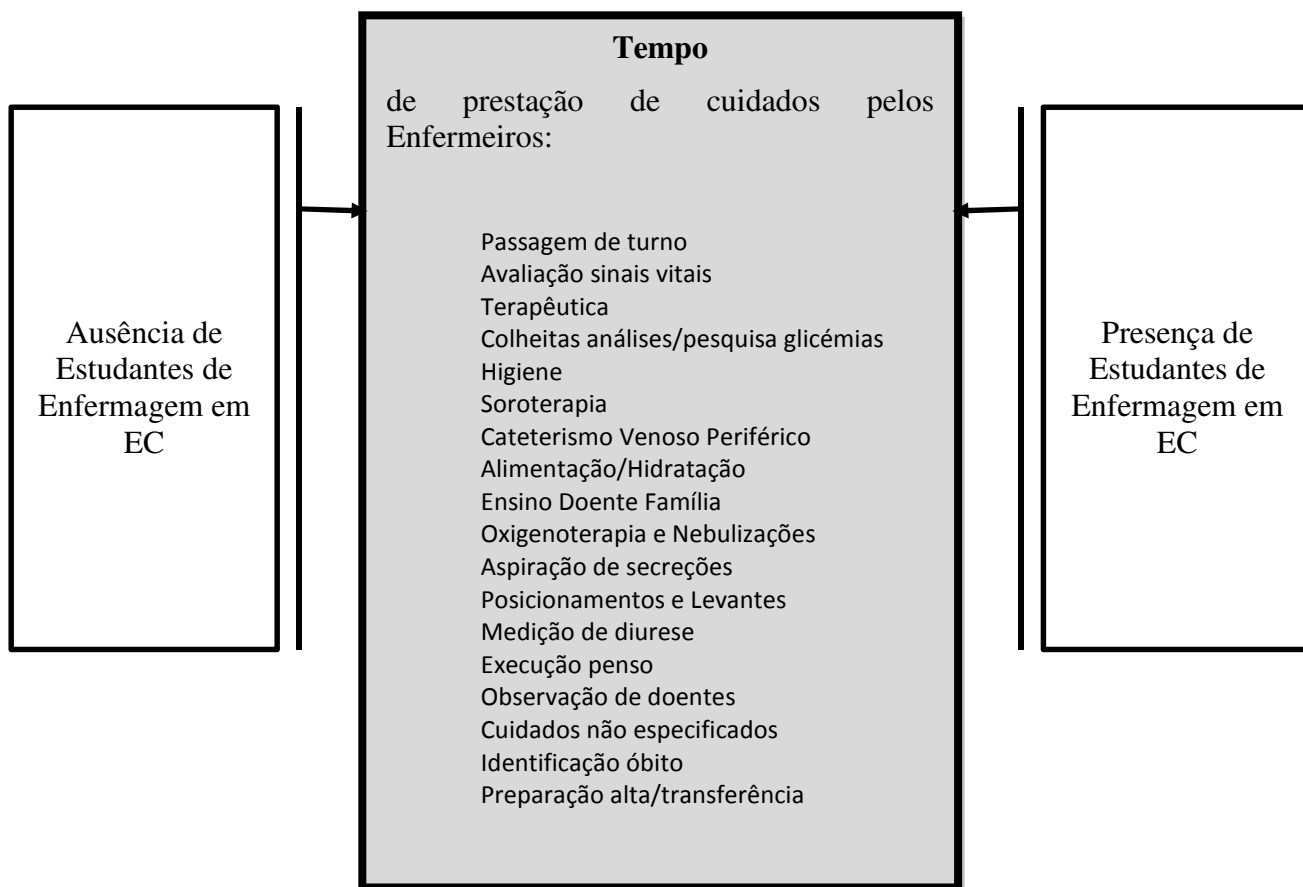


Figura 6: Representação esquemática do estudo 2.

6.1.2. Caracterização dos Doentes

Para um melhor enquadramento das observações realizadas, importa caracterizar o tipo de doentes, no que se refere ao número de horas necessárias de cuidados, idade e grau de dependência.

Para a identificação do número de horas necessárias para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados aos doentes, em função do seu grau de complexidade, os serviços recorrem ao Sistema de Classificação de Doentes (SCD) (Portugal, 2011), no sentido de obter uma maior eficiência na alocação do pessoal de enfermagem para os serviços e assegurando-se uma maior adequação do pessoal de enfermagem, com o objetivo de se prestarem cuidados mais individualizados.

De acordo com o Departamento de Desenvolvimento de Sistemas de Financiamento e de Gestão, do então Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, atual

Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), o Sistema de Classificação de Doentes em Enfermagem consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos de acordo com as necessidades em cuidados de enfermagem e segundo um padrão de qualidade definido, tendo como objetivos o otimizar os recursos de enfermagem disponíveis, planear cuidados a prestar, gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço, identificar as necessidades em recursos de enfermagem e adequar a dotação dos quadros de pessoal (Portugal, 2011).

Este tem sido um sistema muito utilizado nas instituições hospitalares, o qual permite o levantamento de necessidades por doente no período de 24 horas, procurando ajustar o número de enfermeiros pelos três turnos - manhã, tarde e noite, de acordo com as horas de cuidados necessárias e sobrecarga de cuidados, afetando mais enfermeiros aos serviços/turno.

A evidência tem demonstrado que no turno da manhã são realizadas pelas equipas de enfermagem o maior número de atividades de enfermagem, justificando assim a realização das observações efetuadas durante o turno da manhã.

De acordo com o levantamento de horas de cuidados de enfermagem efetuado nos serviços, recorrendo-se do sistema de classificação de doentes (SCD/E) (Anexo 7), as 159 observações de enfermeiros na prestação de cuidados incidiram em 6 (3,8%), sobre doentes cujas necessidades em termos de horas de cuidados não ultrapassaram as 2 horas. Com maior valor percentual (10,7%), obtivemos 34 doentes cujas necessidades em termos de horas de cuidados, corresponderam a 7 e 8 horas, seguida de 28 doentes com necessidades de 2.5 e 3 horas de cuidados (8,8%), 13 com necessidades de 3.5 horas de cuidados (8,2%) e 24 com necessidades de 6 e 7.5 horas de cuidados, correspondendo a cada um valor percentual de 7,5%. Com necessidades superiores a mais de 8 horas de cuidados, obtivemos apenas 16 observações de doentes (10,1%) (cf. Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição de doentes por horas de cuidados necessárias.

Horas cuidados SCD/E	Doentes	n	%	% Acumulada
1.0		1	0,6	,6
2.0		5	3,1	3,8
2.5		14	8,8	12,6
3.0		14	8,8	21,4
3.5		13	8,2	29,6
4.0		9	5,7	35,2
4.5		8	5,0	40,3
5.0		8	5,0	45,3
5,5		7	4,4	49,7
6.0		12	7,5	57,2
6.5		6	3,8	61,0
7.0		17	10,7	71,7
7.5		12	7,5	79,2
8.0		17	10,7	89,9
8.5		7	4,4	94,3
9.0		4	2,5	96,9
9.5		3	1,9	98,7
10.0		2	1,3	100,0
Total		159	100,0	

No global, a média das 159 observações corresponde a 5,5 horas de cuidados por doente.

Na distribuição dos doentes em função das horas de cuidados, sobressaem dois grupos de maior concentração de doentes, destacando-se o grupo cujas horas de cuidados se situam entre as 7 e as 8 horas agregando 44 doentes e um segundo cujas necessidades se situam entre as 2.5 a 3.5 horas de cuidados, agregando 41 doentes (cf. Gráfico 5).

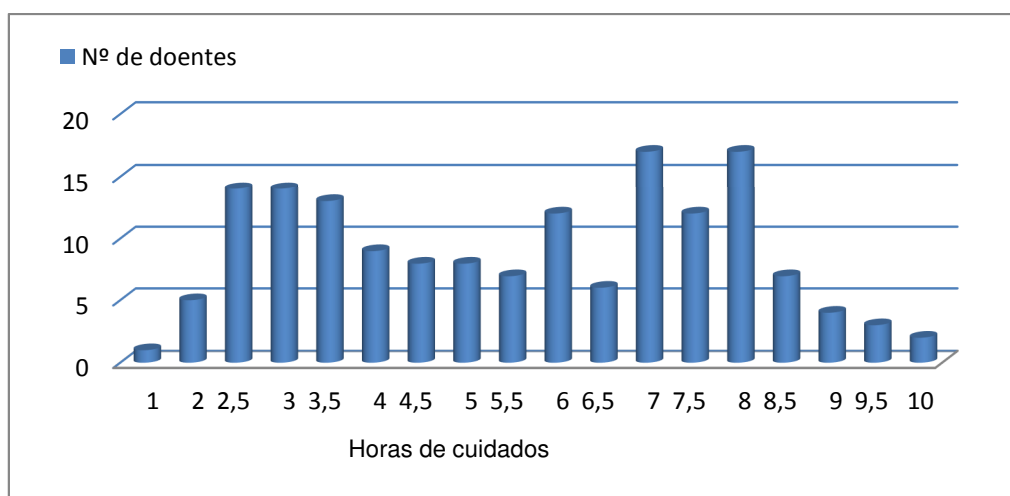


Gráfico 5: Distribuição dos doentes por número de horas de cuidados.

A análise da idade dos doentes sobre os quais recaíram as observações indica que tanto nas Medicinas como nas Cirurgia, o maior grupo enquadra-se em idades iguais ou superiores a 66 anos com 117 doentes (73.59%), seguido do grupo de doentes com idades compreendidas entre os 36 e os 65 anos com 34 doentes (21.38%). O grupo de doentes com menos de 35 anos é o menos representativo com 8 doentes (5,03%) (cf. Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição de doentes por serviço em função do grupo etário

Doentes Idade	Medicina		Cirurgia		total	
	n	%	n	%	n	%
<=35	2	2,50	6	7,60	8	5,03
36-65	11	13,75	23	29,10	34	21,38
=>66	67	83,75	50	63,30	117	73,59
Total	80	100,00	79	100,00	159	100,0

Relativamente ao grau de dependência caracterizado de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE), no seu artigo 5º, alínea 4), em que as atuações/intervenções do enfermeiros podem ser direcionadas para o doente totalmente incapacitado substituindo-o na competência funcional afetada, ou parcialmente incapacitado ajudando-o a completar essa mesma funcionalidade, verifica-se que o grau de dependência funcional pode assim variar entre parcial ou total. Na dependência total, está implícito o fazer pelo doente, quando este não tem capacidades para o fazer, independentemente do fator causal. Na dependência parcial, os cuidados de enfermagem situam-se na relação de ajuda, na orientação, supervisão e encaminhamento, podendo variar em medida, de acordo com a participação do doente no seu cuidado.

Na presente amostra foram identificados com dependência parcial 26 doentes (16,4%) e 81 com dependência total (50,9%). Foram ainda identificados 52 doentes cujo grau de dependência, não se enquadrando nos anteriores graus definidos, sendo enquadrados como independentes e cujo valor percentual total se situou nos 32,7%. Por serviço, na Cirurgia obtivemos 39 doentes independentes (49,37%) e 16 doentes com dependência parcial (20,25%). No serviço de Medicina, obtivemos 57 doentes no grupo dos totalmente dependentes obtendo o maior valor percentual (71,25%) e o menos representativo, com 10 doentes, integraram o grupo dos parcialmente dependentes (12,5%) (Tabela 14).

Tabela 14: Distribuição de doentes por serviço em função do grau de dependência

Doentes Grau de pendência	Medicina		Cirurgia		total	
	n	%	n	%	n	%
Independente	13	16,25	39	49,37	52	32,7
Dependência Parcial	10	12,50	16	20,25	26	16,4
Dependência Total	57	71,25	24	30,40	81	50,9
Total	80	100,00	79	100,00	159	100,0

Em síntese, as 159 observações recaíram maioritariamente sobre doentes com idades e iguais ou superiores a 66 anos (73.59%), totalmente dependentes (50.9%) e que, de acordo com o SCD/E, necessitavam em média de 5,5 horas de cuidados por doente.

6.1.3. Caracterização dos Enfermeiros

Das 159 observações de enfermeiros na prestação de cuidados, 9 coincidiram com o sexo masculino (5.7%) e 150 do sexo feminino (94.3%). Por tipo de observação, sem a presença de estudantes tivemos 1 do sexo masculino e 63 do feminino, e com a presença de estudantes as observações recaíram em 8 do sexo masculino e 87 do feminino.

A média global de idade foi de 37,01 anos, com desvio padrão de 8,813 e um coeficiente de variação de 23,81% a que corresponde uma dispersão moderada, oscilando entre os 26 e os 55 anos de idade, tendo uma distribuição assimétrica e platicúrtica. Analisada em função da ausência de estudantes, a média de idades dos enfermeiros foi de 35,75 anos, ligeiramente inferior à global, com desvio padrão de 8,038 e coeficiente de variação de 22.6% correspondendo a uma dispersão moderada, com uma distribuição assimétrica e mesocúrtica. Na presença de estudantes obtivemos uma média de 37,86, desvio padrão de 9,243 e coeficiente de variação de 24.41% a que corresponde uma dispersão moderada, sendo simétrica e platicúrtica (cf. Tabela 15).

Tabela 15: Caracterização da idade dos enfermeiros por tipo de observação.

Idade Tipo/Observação	Idade		Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
	n	%							
Sem Estudantes	64	40,25	27	53	35,75	8,038	22,606	2,966	-1,100
Com Estudantes	95	59,75	26	55	37,86	9,243	24,413	1,692	-2,590
Global	159	100,00	26	55	37,01	8,813	23,812	3,109	-2,793

Quanto ao tempo de serviço dos enfermeiros, a média foi de 12,04 anos de serviço, desvio padrão de 8,898 e um coeficiente de variação de 73,903 a que corresponde uma dispersão elevada (73.90%), oscilando entre os 1 e os 34 anos de serviço, com uma distribuição assimétrica e mesocúrtica. Analisada em função da ausência de estudantes, a média de tempo de serviço dos enfermeiros foi de 10,27 anos, inferior à global, desvio padrão de 8,310 e coeficiente de variação de 80.91% correspondendo a uma dispersão elevada, assimétrica e mesocúrtica. Na presença de estudantes obtivemos uma média de 13,23, desvio padrão de 9,123 e coeficiente de variação de 68.95% a que corresponde uma dispersão elevada, sendo assimétrica e mesocúrtica (cf. Tabela 16).

Tabela 16: Caracterização do tempo de serviço dos enfermeiros por tipo de observação.

Tempo serviço Tipo/Observação	Tempo serviço		Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
	n	%							
Sem Estudantes	64	40,25	1	28	10,27	8,310	80,915	2,933	-1,152
Com Estudantes	95	59,75	3	34	13,23	9,123	68,956	2,251	-1,375
Global	159	100,00	1	34	12,04	8,898	73,903	3,520	-1,762

6.2. RESULTADOS DO TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A quantificação do tempo despendido na prestação de cuidados de enfermagem prestados junto dos doentes, obtido a partir das 159 observações das atividades realizadas com e sem a presença de estudantes em EC permitiu confrontar os resultados indo de encontro com o objetivo geral delineado.

Os dados obtidos traduzem a realidade observada nas Medicinas e Cirurgias no período compreendido entre as 8 horas da manhã e as 16 horas da tarde, com e sem a influência da presença dos estudantes de enfermagem na realização das intervenções de enfermagem.

Os 302.298 segundos consumidos na prestação direta de cuidados aos doentes que integraram o estudo correspondem a uma média de 1901,25", com desvio padrão de 1392,36" a que corresponde uma dispersão elevada (73.23%), oscilando entre um mínimo de 0" e o máximo de 6.830", configurando uma distribuição assimétrica e leptocúrtica (SK/erro= 5.49; Ks/erro=2.797) (cf. Tabela 15).

Analisados os dados por tipo de observação, verificamos que em todas, a dispersão é elevada (CV > 30%), sendo que, com exceção da 3ª observação efetuada com a presença de estudantes no final do EC, todas as restantes quatro apresentam uma distribuição simétrica e mesocúrtica. Constatamos ainda que, comparando as médias de tempos de cuidados dos cinco tipos de observações, eles são superiores na ausência de estudantes (cf. Tabela 17).

Tabela 17: Tempo de cuidados em segundos por tipo de observação

Tempo em segundos Tipo/Observação	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
1ª Obs Sem Est	67728	22,40	380	4810	2116,50	1262,514	59,65	1,643	-0,693
2ª Obs Sem Est	80015	26,47	305	5860	2500,47	1620,992	64,83	1,751	-0,841
1ª Obs Com Est	55990	18,52	0	4145	1806,13	1190,736	65,93	1,398	-0,256
2ª Obs Com Est	40205	13,30	45	3450	1256,41	924,234	73,56	1,285	-0,760
3ª Obs Com Est	58360	19,31	120	6830	1823,75	1603,172	87,91	3,613	2,797
Total	302298	100,00	0	6830	1901,25	1392,36	73,23	5,49	2,109

Por grupo de serviços de internamento, obtêm-se um tempo médio superior na Medicina (2.230,91"), quando comparado com a Cirurgia (1.567,41") (cf. Tabela 18).

Tabela 18: Tempo de cuidados em segundos por serviço

Tempo/segundos	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Serviços									
Medicina	178473	59,04	85	5860	2230,91	1421,86	63,73	2,87	-0,034
Cirurgia	123825	40,96	0	6830	1567,41	1286,50	82,07	5,17	4,986
Global	302298	100,00	0	6830	1901,25	1392,36	73,23	5,49	2,109

Pela análise dos resultados obtidos verificamos que o tempo médio de cuidados prestados pelos enfermeiros em minutos, no serviço de Medicina foi de 37,18' e para a Cirurgia de 26,12', correspondendo no global do turno a um tempo médio 31,69' (cf. Gráfico 6).

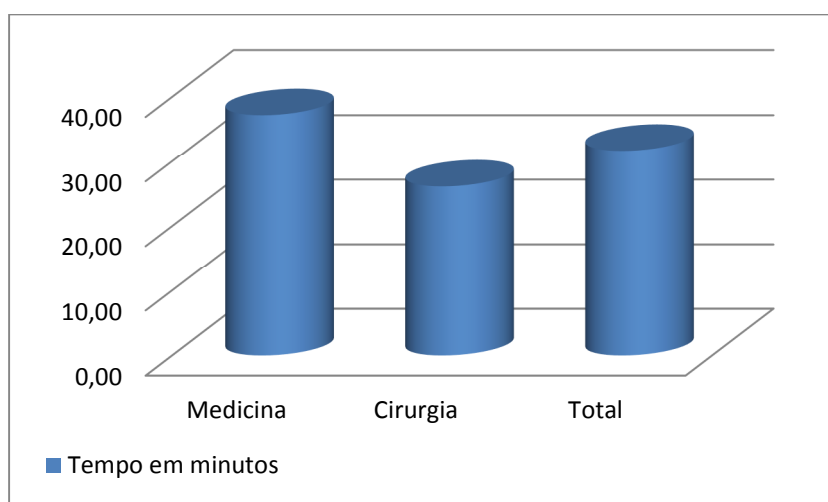


Gráfico 6: Tempo médio de cuidados por serviço.

No turno, o tempo médio em minutos de cuidados por doente situou-se nos 31,72' ($\pm 23,2$), com uma dispersão elevada (73,23%), oscilando entre um mínimo de 0,0 minutos e o máximo de 113,83 minutos, com uma distribuição assimétrica positiva e leptocúrtica. No período das 8 às 12 horas, o tempo médio de cuidados por doente é superior (19,66'), quando comparado com o período das 12 às 16 horas (12,06') (cf. Tabela 19).

Tabela 19: Tempo da prestação de cuidados no turno, em minutos

Tempo/Minutos	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Turno 8 - 12	3125,53	61,97	0,00	91,83	19,66	17,64	89,75	7,754	6,429
Turno 12 - 16	1918,02	38,03	0,00	61,75	12,06	11,04	91,53	6,721	5,513
Turno 8 - 16	5043,55	100,00	0,00	113,83	31,72	23,20	73,23	5,479	2,111

6.2.1. Tempo de Realização das Intervenções

Após a caracterização geral do tempo de prestação direta de cuidados pelos enfermeiros, por tipo de observação, serviço e turno, passamos a apresentar os tempos consumidos na realização das intervenções inerentes aos cuidados de enfermagem, realizados nos turnos da manhã.

Para as intervenções relacionadas com a preparação e administração de terapêutica, cuidados de higiene e execução de pensos para o tratamento de feridas e regeneração tecidual, foram obtidos tempos médios em segundo mais elevados de 469.65", 382.42" e 206.57" respetivamente, correspondendo em minutos a 7.83', 6.37' e 3.44'.

Com tempos médios de execução superiores a 120" e inferiores a 180", encontramos os posicionamentos e levantes de doentes (170.60"), os cuidados não especificados (174.09"), o cateterismo venoso periférico (72.24") e a alimentação e hidratação dos doentes (60.88").

Todas as restantes intervenções consumiram em média tempos inferiores a 1 minuto, onde encontramos as relacionadas com a passagem de turno (53.77"), avaliação de parâmetros vitais (42.67"), colheitas de espécimen para análise e pesquisas de glicémias capilares (38.68"), soroterapia (21.64"), ensinamentos/informações ao doente e família (58.91"), oxigenoterapia e nebulizações (15.25"), aspiração de secreções (24.47"), medição de diureses (24.70"), observação do doente (25.53"), confirmação de óbito (0.82") e informação sobre alta/transfêrencia do doente (19.69"). (cf. Tabela 20).

Tabela 20: Tempo de prestação de cuidados por intervenção em segundos

Intervenções de enfermagem	Tempo/Segundos								
	n	%	Min	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	Ks/erro
Passagem de turno	8550	2,89	0	400	53,77	81,060	150,74	0,098	0,095
Avaliação sinais vitais	6785	2,29	0	705	42,67	106,895	250,50	0,058	0,030
Terapêutica	74675	25,22	0	2315	469,65	432,219	92,03	0,137	0,157
Colheitas para análises/pesquisa glicêmias	6150	2,08	0	1140	38,68	156,062	403,48	0,036	0,012
Higiene	60805	20,53	0	2545	382,42	573,028	149,84	0,134	0,362
Soroterapia	3440	1,16	0	760	21,64	82,473	381,20	0,032	0,009
Cateterismo Venoso Periférico	11486	3,88	0	1456	72,24	231,357	320,27	0,049	0,023
Alimentação/Hidratação	9680	3,27	0	1250	60,88	197,406	324,25	0,049	0,024
Ensino Doente Família	9366	3,16	0	2440	58,91	240,988	409,11	0,026	0,006
Oxigenoterapia e Nebulizações	2425	0,82	0	660	15,25	73,762	483,63	0,029	0,008
Aspiração de secreções	3890	1,31	0	1065	24,47	132,216	540,42	0,032	0,010
Posicionamentos e Levantes	27125	9,16	0	3005	170,60	400,125	234,54	0,048	0,018
Medição de diurese	3927	1,33	0	1145	24,70	130,759	529,43	0,030	0,009
Execução penso	32845	11,09	0	3270	206,57	582,625	282,04	0,055	0,030
Observação de doentes	4060	1,37	0	310	25,53	56,444	221,05	0,067	0,044
Cuidados não especificados	27680	9,35	0	1440	174,09	279,484	160,54	0,079	0,058
Identificação óbito	130	0,04	0	130	,82	10,310	1260,95	0,015	0,002
Preparação alta/transferência	3130	1,06	0	610	19,69	81,076	411,86	0,038	0,014
Total	296149	100,00	0	113,83	31,7	23,2	73,23	5,479	2,111

Comparando os tempos médios de realização das intervenções de enfermagem entre as Medicinas e Cirurgias, estas apenas obtêm tempos médios superiores, mas sem diferenças estatisticamente significativas, relativamente ao ensino doente/família (50,26” vs 67,66”) (t=-0,454; p=0,650), cateterizações vesicais e medição diurese (10,40” vs 39,18”) (t=-0,006; p=0,169), execução pensos (150,06” vs 263,80”) (t=-1,333; p=0,220), observação de doentes (24,19” vs 26,90”) (t=-0,302; p=0,763) e relativamente à preparação da alta/transferência doentes (10,00” vs 29,49”) (t=-1516; p=0,133), justificável em grande medida por serem doentes do foro cirúrgico e simultaneamente, os serviços apresentarem uma maior rotatividade de doentes. Nas restantes intervenções, os tempos médios são superiores na medicina, salientando-se os mais de oito minutos e meio de tempo médio de

cuidados associados à preparação e administração de terapêutica (512,25” vs 426,52”) sem diferenças estatisticamente significativas ($t=1,253$; $p=0,212$), os cerca de oito minutos de cuidados de higiene e conforto (476,69” vs 286,96”) com diferenças estatisticamente significativas ($t=2,115$; $p=0,036$) e os quatro minutos e meio associados aos posicionamentos e levantes (270,31” vs 69,62”) também com diferenças estatisticamente significativas ($t=3,261$; $p=0,001$), justificados pelo grau de dependência dos doentes internados (cf. Tabela 21).

Da análise dos resultados sobressai ainda o tempo médio de 97,44” utilizado nas passagens de turno no serviço de medicina, quando comparado com o da cirurgia de apenas 9,56”, com diferença estatística altamente significativa ($t=8,157$; $p=0,000$). É de referir que nas cirurgias, a passagem de turno junto dos doentes apenas se verifica no serviço de Cirurgia 2 A. Ainda com diferenças estatisticamente significativas ($t=2,147$; $p=0,034$), encontramos os tempos de execução dos cateterismos venosos periféricos (110,76” vs 33,23”) (cf. Tabela 21).

Tabela 21: Tempo global de cuidados por intervenção/serviços em segundos

Intervenções	Tempo/segundos por serviço		Medicina		Cirurgia	
	Méd	Dp	Méd	Dp	Méd	Dp
Passagem de turno	97,44	90,076	9,56	34,008		
Avaliação sinais vitais	51,06	129,438	34,18	77,664		
Preparação e administração Terapêutica	512,25	395,912	426,52	464,667		
Colheitas de análises e pesquisa de glicémias	59,69	207,069	17,41	70,687		
Higiene	476,69	660,561	286,96	452,618		
Soroterapia	22,25	98,527	21,01	62,810		
Cateterismo Venoso Periférico	110,76	301,016	33,23	116,570		
Alimentação/Hidratação	88,94	243,808	32,47	130,799		
Ensino Doente/Família	50,26	148,011	67,66	308,703		
Oxigenoterapia e Nebulizações	24,13	87,514	6,27	55,692		
Aspiração de secreções	38,63	162,957	10,13	90,007		
Posicionamentos e Levantes	270,31	425,226	69,62	347,339		
Algalias e medição diurese	10,40	62,468	39,18	173,954		
Execução pensos	150,06	599,624	263,80	562,901		
Observação de doentes	24,19	61,631	26,90	51,017		
Cuidados não especificados	186,38	291,842	161,65	267,675		
Identificação óbitos	1,63	14,534	0,00	0,000		
Alta/transfêrencia de doentes	10,00	46,149	29,49	104,711		

6.2.2. Análise comparativa do tempo realizado de cuidados por intervenção

Passamos a apresentar os resultados do tempo de realização das intervenções de enfermagem no turno da manhã, comparando os períodos de ausência e presença de estudantes de enfermagem nos serviços em estudo.

No turno, os resultados em minutos sem os estudantes, em média foram de 38.47' e com os estudantes de 27.11', sendo a diferença bastante significativa ($t=3,109$; $p=0,002$).

Na análise dos resultados por períodos, verificamos que entre as 8h às 12h, sem a presença de estudantes a média foi de 24.53' e com os estudantes de 16.37', sendo a diferença estatisticamente bastante significativa ($t=2,926$; $p=0,004$). No período das 12h às 16h, apesar da média ser superior sem a presença de estudantes (14.67' vs 10.74'), a diferença não é estatisticamente significativa ($t=1,846$; $p=0,067$) (Cf. Tabela 22).

Tabela 22: Tempo de cuidados prestados pelos enfermeiros no turno, sem e com a presença de estudantes.

Ausência vs Presença Estudantes Tempo / Turno	Sem Estudantes		Com Estudantes		Levene's p	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Total (minutos)	38,5477	24,2614	27,1211	21,4017	0,112	3,109	.002**
Das 8 às 12 (minutos)	24,5305	18,4809	16,3746	16,3477	0,243	2,926	.004**
Das 12 às 16 (minutos)	14,0172	12,6762	10,7465	9,6358	0,054	1,846	.067

Por intervenção, a média dos tempos de cuidados prestados aos doentes pelos enfermeiros com a presença de estudantes é superior sem diferenças estatísticas significativas, nos itens aspiração de secreções (21.17'' vs 26.68'') ($t=-0,257$; $p=0,797$), no ensino ao doente e família (50.41'' vs 64.63'') ($t=-0,364$; $p=0,716$). Com diferença estatisticamente significativa encontramos a intervenção relacionada com a observação de doentes (14.38'' vs 33.05'') com ($t=-2,309$; $p=0,022$).

É de salientar também a média superior nos cuidados não especificados onde se inclui as intervenções de orientação e apoio aos estudantes (99.06'' vs 224.63''), com diferença estatística bastante significativa ($t=-3,015$; $p=0,003$) (Cf. Tabela 21).

As médias dos tempos de cuidados prestados aos doentes pelos enfermeiros são superiores sem a presença de estudantes nas intervenções relacionadas com a avaliação dos parâmetros vitais (105.39'' vs 0.42'') com diferença de médias estatisticamente altamente

significativas ($t=5,667$; $p=0,000$). Com diferenças estatisticamente significativas, encontramos os cuidados associados à soroterapia (40,16" vs 9,16") ($t=2,316$; $p=0,022$), no cateterismo venoso periférico (121,73" vs 38,89") ($t=2,005$; $p=0,048$), no aporte nutricional dos doentes (104,84" vs 31,26") ($t=2,035$; $p=0,045$), na oxigenoterapia e nebulizações (35,78" vs 1,42") ($t=2,432$; $p=0,018$). Com diferença estatística bastante significativa encontramos os cuidados de higiene e conforto (577,03" vs 251,32") ($t=3,468$; $p=0,001$). As diferenças de tempos de cuidados das restantes intervenções não apresentam diferenças estatisticamente significativas, apesar das médias serem superiores sem a presença dos estudantes (Cf. Tabela 23).

Tabela 23: Tempo das intervenções realizadas por enfermeiros, com e sem estudantes

Intervenções	Tempo segundos		Sem Estudantes		Com Estudantes		Levene's Test	t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp			
Passagem de Turno	53,98	81,185	53,63	81,405	0,795	0,027	0,979		
Avaliação de Parâmetros Vitais	105,39	148,135	0,42	4,104	0,000	5,667	0,000***		
Administração Terapêutica	511,33	427,699	441,58	435,231	0,753	0,998	0,32		
Colheitas p/ análises e pesquisa glicémias	49,45	169,907	31,42	146,483	0,275	0,713	0,477		
Cuidados de Higiene	577,03	635,859	251,32	487,637	0,000	3,468	0,001**		
Soroterapia	40,16	85,653	9,16	78,261	0,000	2,316	0,022*		
Cateterismo venoso periférico	121,73	303,461	38,89	159,558	0,000	2,005	0,048*		
Aporte Nutricional	104,84	273,397	31,26	114,905	0,000	2,035	0,045*		
Ensino doente e família	50,41	134,362	64,63	292,291	0,349	-0,364	0,716		
Oxigenoterapia e nebulizações	35,78	112,438	1,42	13,851	0,000	2,432	0,018*		
Aspiração secreções	21,17	110,327	26,68	145,647	0,592	-0,257	0,797		
Posicionamentos e levantes	186,72	367,047	159,74	422,51	0,990	0,416	0,678		
Algaliação e medição de diurese	44,41	184,68	11,42	73,74	0,003	1,358	0,179		
Execução de pensos	225,39	535,438	193,89	614,832	0,802	0,333	0,739		
Observação de doentes	14,38	35,136	33,05	66,225	0,001	-2,309	0,022*		
Cuidados não especificados	99,06	221,329	224,63	303,393	0,003	-3,015	0,003**		
Identificação óbito	2,03	16,25	0,00	0,00	0,014	1,000	0,321		
Alta/transferência de doentes	25,16	90,751	16,00	74,128	0,197	0,697	0,487		

Verificamos pois que, comparando a os tempos de prestação de cuidados sem e com a presença de estudantes, a sua presença na prestação de cuidados faz reduzir o tempo dos enfermeiros junto dos doentes em 11,43 minutos. A sua diferença em função dos períodos das 8 às 12 e das 12 às 16 é de 8,16 minutos e de 3,27 minutos, respetivamente.

Por intervenção, estando presentes os estudantes, salientamos a redução dos tempos de cuidados prestados pelos enfermeiros aos doentes relativamente à avaliação de parâmetros vitais, aos cuidados de higiene, soroterapia, ao cateterismo venoso periférico, aporte nutricional e oxigenoterapia/nebulizações.

Em sentido inverso, verificou-se um aumento do tempo na realização de intervenções com a presença de estudantes relativamente ao ensino prestado ao doente e família, na aspiração de secreções, na observação de doentes e relativamente aos cuidados não especificados, esta por força da inclusão de estudantes nos serviços e que, mesmo com a inclusão de assistentes na supervisão de estudantes, estes necessitam de orientação e apoio dos enfermeiros.

6.2.3. Relação entre a idade, tempo de serviço e o tempo de cuidados no turno

Identificado o diferencial do tempo de prestação de cuidados prestados pelos enfermeiros (ausência versus presença de estudantes), quisemos saber até que ponto a idade e o tempo de serviço dos enfermeiros poderia influenciar o tempo de prestação de cuidados de enfermagem.

Numa primeira fase, através da determinação do r de Pearson, foi possível conhecer a existência ou não de relação entre variáveis, bem como a força e sentido dessas relações, tendo-se constatado que a correlação entre o tempo de cuidados analisado globalmente e sectorialmente e às variáveis independentes **idade** e **tempo de serviço** dos enfermeiros, sendo muito baixa no período das 8-12 para ambas ($r = -0,150$; $r = -0,197$) e baixa relativamente ao turno e período das 12-16, oscilando entre o tempo de serviço com o período das 12-16 ($r = -0,309$) e a idade com o turno ($r = -0,254$), todas elas estabelecendo relações negativas. Com exceção da relação entre a idade e o período das 8-12, as restantes correlações apresentam valores estatisticamente significativos, o que permite inferir que quanto maior for a idade e o tempo de serviço, menor será o tempo de prestação de cuidados (cf. Tabela 24).

Tabela 24: Correlações de Pearson entre o tempo de cuidados e as variáveis independentes

Tempo de cuidados \ Variáveis	Idade		Tempo de serviço	
	r	p	r	p
Turno / 8-16	-,254	,001*	-,297	,000*
8-12	-,150	,060	-,197	,013*
12-16	-,295	,000*	-,309	,000*

* p < 0,05

Após a análise anterior e conhecidas as relações entre o tempo de cuidados prestados pelos enfermeiros e a variável demográfica idade e profissional tempo de serviço, pretendeu-se conhecer quais as variáveis preditoras na amostra, efetuando-se uma análise de regressão linear múltipla entre a variável dependente e as variáveis independentes, utilizando-se para a estimação o método Enter para a determinação das variáveis preditoras.

Para o tempo de cuidados no turno (8-16), a regressão linear múltipla revelou apenas como preditor válido o tempo de serviço do profissional. O valor estatístico (F=7,850) da análise da variância demonstrado por este preditor foi estatisticamente positivo (p=0,001), levando à rejeição da ausência de relação entre as variáveis (cf. Quadro 4).

A variável independente tempo de serviço teve valor de predição (r^2 ajustado=0,08) e foi responsável por explicar uma variabilidade de 8% (cf. Quadro 4).

Quadro 4: Regressão múltipla entre o tempo de cuidados no turno e o tempo de serviço.

Tempo de cuidados no turno					
r = 0,302 $r^2 = 0,091$ r^2 ajustado = 0,080 Erro padrão da estimativa = 22,266 F = 7,850 p = 0,001					
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	30,591		2,139	0,34	
Tempo de serviço	-1,145	-0,439	-2,144	0,034*	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	7784,339	2	3892,169		
Residual	77346,228	156	495,809	7,850	0,001*
Total	85130,567	158			

*p < 0,05

O modelo final ajustado para o tempo de cuidados no turno é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Tempo de cuidados no turno} = 30,591 + (-1,145 \text{ tempo de serviço})$$

O valor de t (-2,144) teve significado estatístico ($p=0,034$), e o tempo de serviço explicou o tempo de cuidados no turno com um coeficiente de determinação padronizado de -0,439 (cf. Figura 7).

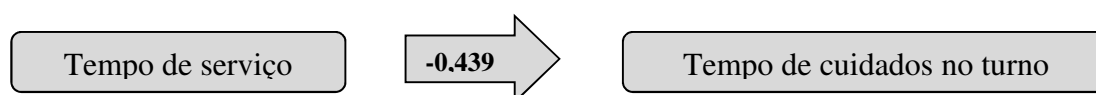


Figura 7: Síntese da relação entre o tempo de cuidados no turno e o tempo de serviço do enfermeiro

Em suma, o **tempo de serviço** dos enfermeiros apareceu como preditor significativo do **tempo de cuidados no turno**, sendo que quanto mais anos de serviço os enfermeiros tiverem, menor é o tempo de cuidados prestado junto dos doentes, sendo o valor de predição de 8%.

Relativamente ao tempo de cuidados no período das 8 às 12 horas do turno da manhã, a regressão linear múltipla revelou também como único preditor válido o tempo de serviço do profissional. O valor estatístico ($F=3,838$) da análise da variância demonstrado por este preditor foi estatisticamente positivo ($p=0,024$), levando à rejeição da ausência de relação entre as variáveis (cf. Quadro 5).

A variável independente tempo de serviço teve valor de predição (r^2 ajustado=0,035) e foi responsável por explicar uma variabilidade de 4,7% (cf. Quadro 5).

Quadro 5: Regressão múltipla entre o tempo de cuidados no período das 8-12 e o tempo de serviço.

Tempo de cuidados das 8 - 12					
r = 0,217 r ² = 0,047 r ² ajustado = 0,035 Erro padrão da estimativa = 17,3346 F = 3,838 p = 0,024					
Pesos de regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente beta	Coefficiente padronizado	t	p	
Constante	11,911		2,139	0,34	
Tempo de serviço	-0,832	-0,420	-2,002	0,047*	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	2306,416	2	1153,208		
Residual	46875,799	156	300,486	3,838	0,024*
Total	49182,215	158			

*p < 0,05

O modelo final ajustado para o tempo de cuidados no período das 8-12 é dado pela seguinte fórmula:

$$\text{Tempo de cuidados no turno} = 11,911 + (-0,832 \text{ tempo de serviço})$$

O valor de t (-2,002) teve significado estatístico (p=0,047), e o tempo de serviço explicou o tempo de cuidados no turno com um coeficiente de determinação padronizado de -0,420 (cf. Figura 8).

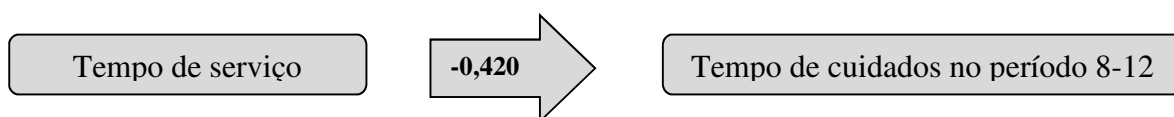


Figura 8: Síntese da relação entre o tempo de cuidados no período 8-12 e o tempo de serviço do enfermeiro

Em suma, o **tempo de serviço** dos enfermeiros apareceu como preditor significativo do **tempo de cuidados no período 8-12**, sendo que quanto mais anos de serviço os enfermeiros tiverem, menor é o tempo de cuidados prestado junto dos doentes, sendo o valor de predição de 4,7%.

Para o tempo de cuidados no período das 12 às 16 horas, a regressão linear múltipla não revelou modelos de predição válidos quer em relação ao tempo de serviço do profissional como relativamente à idade dos enfermeiros.

6.3. DISCUSSÃO DO ESTUDO – TEMPO DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

A análise dos 40 dias de observações permitiram quantificar os tempos médios de cuidados prestados pelos enfermeiros juntos dos doentes, no turno da manhã e durante os dois períodos em que as mesmas ocorreram (ausência e presença de estudantes), bem como a contagem do tempo médio de cuidados prestados pelos estudantes no final dos ensinamentos clínicos, da qual resultou:

- Para dezasseis dias de observações dos enfermeiros na prestação de cuidados sem a presença de estudante, obteve-se um tempo médio de 38.55 minutos;
- Para vinte e quatro dias de observações com a presença de estudantes, os tempos médios de prestação de cuidados pelos enfermeiros aos doentes foi de 27.12 minutos;
- Para os dez dias de observações e contagem de tempos de cuidados diretos aos doentes prestados pelos estudantes no final dos ensinamentos clínicos, obtivemos um tempo médio de 70.38 minutos.

A visualização dos tempos de cuidados prestados aos doentes pelos enfermeiros com e sem estudantes de enfermagem, bem como o tempo de cuidados prestados pelos estudantes no final do ensino clínico fica bem explícita na análise e visualização do gráfico 7.

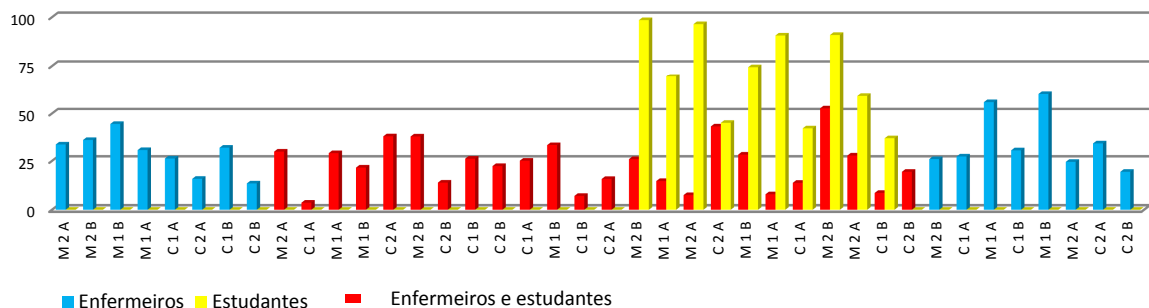


Gráfico 7: Presença de enfermeiros e estudantes na enfermaria

Os resultados do estudo evidenciam que no turno das 8 às 16 horas, a presença de estudantes de enfermagem em ensino clínico reduz o tempo médio de presença dos enfermeiros junto do doente para a prestação de cuidados em 11.43 minutos, sendo de 8.16 minutos no período das 8 às 12 horas e de 3.27 minutos das 12 às 16 horas (cf. Gráfico 8).

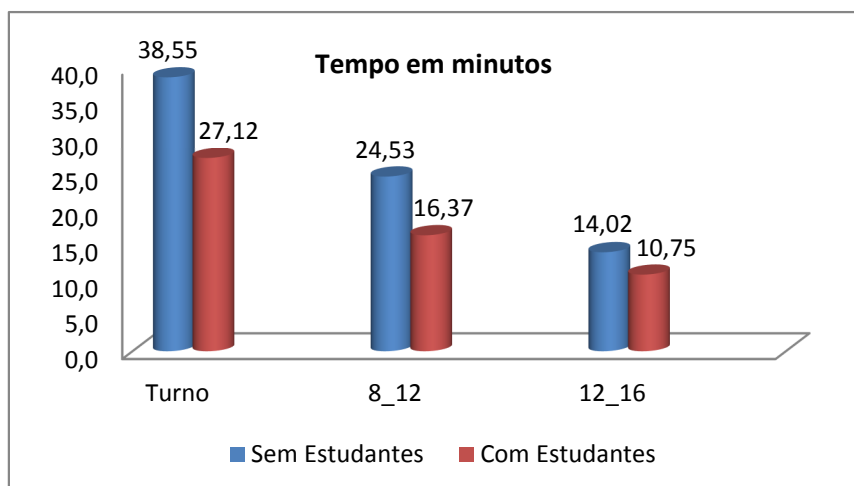


Gráfico 8: Tempo de cuidados no turno, sem e com a presença de estudantes.

Os resultados mostram que os estudantes em EC, tendo como objetivo no seu processo de aprendizagem, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competência profissionais, realizam intervenções de enfermagem, indo de encontro ao referido por diversos autores (Powers, 1976; Amador, 1991).

Por outro lado, os resultados obtidos contrariam os achados de Amador (1991) e Longarito (2002), pois demonstram que a presença de estudantes em EC, ao contrário do que referem, permitem disponibilizar tempo aos enfermeiros para a realização de outras intervenções não só no domínio das competências técnicas, mas também permitindo um maior envolvimento na colaboração e supervisão dos estudantes, contribuindo para o desenvolvimento de competências cognitivas, comunicacionais e atitudinais dos estudantes, tal como referido por Simões e Garrido (2007). Por outro lado, estando mais presentes, reforçam as questões de segurança relacionadas com os cuidados prestados pelos estudantes, neste caso concordantes com o referido por Longarito (2002).

Face à redução de tempos verificados, propusemo-nos quantificar em valor monetário o tempo disponibilizado aos enfermeiros para a realização de outras intervenções. Para tal, após a disponibilização pelo Departamento Financeiro do CHTV,EPE de dados relativos ao custo do valor hora dos cuidados de enfermagem nos respetivos serviços (Anexo 7), e tendo subjacente a sua dotação, 165 enfermeiros (82 nas Medicinas; 83 nas Cirurgias), o

valor hora da remuneração base dos enfermeiros nos serviços de Medicina situou-se entre os 7.00€ e os 7.66€, e nas Cirurgias entre os 8.30€ e os 9.47€ (cf. Quadro 6).

Quadro 6: Remunerações base dos enfermeiros por serviços

Enf/Valor hora Serviços	Nº de Enfermeiros	Valor/Hora €	Méd Valor/Hora/Enf €
Medicina 1 A	21	161,32	7,68
Medicina 1 B	21	153,87	7,33
Medicina 2 A	19	140,3	7,38
Medicina 2 B	21	146,9	7,00
Cirurgia 1 A	24	199,18	8,30
Cirurgia 1 B	17	146,69	8,63
Cirurgia 2 A	18	170,52	9,47
Cirurgia 2 B	24	227,04	9,46

No turno da manhã (8h), o custo global foi de 65,248€ (0,149€/minuto), sendo de 58,768€ para a Medicina e de 71,656€ para a Cirurgia. O custo hora médio para as Medicinas foi de 7,346€ e para as Cirurgias de 8,957€ correspondendo em minutos a 0,122€ e 0,136€ respetivamente, sendo no global de 8,156€. (cf. Quadro 7).

Quadro 7: Custo com a remuneração de enfermagem nos serviços

Nº Enfermeiros/Serviço	82 Medicina (4 serviços)	83 Cirurgia (4 serviços)	165 Global (8 serviços)
Custo remuneração em €			
Custo remuneração base dos enfermeiros/serviço/ hora	602,39	743,43	1345,82
Custo médio do enfermeiro por turno (8h)	58,768	71,656	65,248
Custo médio do valor/hora por enfermeiro	7,346	8,957	8,156
Custo médio do enfermeiro por minuto	0,122	0,149	0,136

Pensando na distribuição média de 12 estudantes por cada um dos oito serviços de realização dos EC, e que desses doze estudantes, 2 ausentam-se diariamente para a realização de estágios de observação no Bloco Operatório, Nefrologia ou Diálise, verifica-se que os dez restantes são distribuídos por quatro ou cinco enfermarias, oscilando a responsabilidade da prestação de cuidados entre um ou dois doentes.

Os resultados dos tempos consumidos na realização das intervenções de enfermagem com a presença de estudantes evidenciaram uma redução do tempo de cuidados por parte dos

enfermeiros em 11.43 minutos por doente, o que permite identificar a disponibilidade de tempo para a execução de outras intervenções, correspondendo em termos de valoração global por doente de 1,55€. Por serviço, a redução do tempo de cuidados corresponde a uma valoração de 1,39€ por doente e para cada uma das Medicinas e de 1,70€ por doente e para cada uma das Cirurgias (cf. Quadro 8).

Resultante da redução do tempo de cuidados em 11.43 minutos e tendo como base a distribuição dos estudantes em EC por 4 enfermarias a que correspondem 16 doentes, podemos constatar uma prestação de serviço gratuito de 22,31€ para cada uma das Medicinas e de 27,25€ para cada uma das Cirurgias, sendo a disponibilidade de serviços gratuitos de enfermagem global em média por cada um dos oito serviços (4 medicinas e 4 cirurgias) de 24,87€ (cf. Quadro 8)

Quadro 8: Valoração do tempo disponibilizado face à remuneração do serviço de enfermagem

Remuneração média do enfermeiro por minuto	Medicina	Cirurgia	Global
Tempo disponibilizado resultante da presença de estudantes - 11.43 minutos	0,122€	0,149€	0,136€
Valoração média face à presença de estudantes/doente (turno/dia)	1,39€	1,70€	1,55€/
Valoração média face à presença de estudantes por enfermaria (4 doentes) (turno/dia)	5,57€	6,80€	6,22€/
Valoração média por serviço (4 enfermarias) (turno/dia)	22,31€	27,25€	24,87€/

Importa finalmente ter em consideração que, atendendo à relação existente entre o tempo de serviço dos enfermeiros e o tempo de cuidados consumido na prestação de cuidados, a qual tem como implicação a que quanto mais novas forem as equipas de enfermagem em termos de tempo de serviço, maior são os tempos necessários para a prestação de cuidados, esta conduz ao aumento do diferencial de tempos entre a ausência e presença de estudantes, com os inerentes ganhos de disponibilidade de tempo para os enfermeiros, resultantes da presença de estudantes de enfermagem em EC.

Em síntese, dando continuidade à estruturação do modelo concebido para a investigação, podemos complementa-lo associando os resultados do consumo de materiais ao do tempo de execução de cuidados e temos:

$$\text{Custo Materiais (-3,3€)} + \text{Disponibilidade Tempo Cuidados (24,87€)} = \text{Benefício (21,57€)}$$

CAPITULO 7: ESTUDO 3 - SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A satisfação do utente é definida por Pereira, Soares, & McIntyre (2001, p.70) como o resultado das diferenças entre as expectativas do utente em relação aos cuidados recebidos e a perceção dos cuidados realmente recebidos, sendo um fenómeno multidimensional. Neste sentido, Henderson (2007, p.8), considera ser primordial reconhecer que as pessoas têm um conjunto de necessidades comuns, fisiológicas, de segurança, sociais, de autoestima e de autorrealização como definido por Maslow, as quais estão inter-relacionadas, influenciando e condicionando a satisfação de acordo com os fatores psicológicos, sociais e culturais, ou seja, com os padrões ou estilos de vida assumidos pelas pessoas, os quais podem ser interrompidos face à situação de doença.

A satisfação dos utentes, enquanto indicador da qualidade de cuidados tal como definido pela Ordem dos Enfermeiros, engloba as preocupações relacionadas com o processo de cuidados, nomeadamente no que diz respeito às capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual e nas interações que se estabelecem entre os cidadãos e os profissionais, no seu envolvimento no planeamento do processo de cuidados, bem como em tudo o que se refere à forma, procedimento e relação que se estabelece (OE, 2007, p.1).

A satisfação é assim um conceito de natureza multidimensional, para a qual em muito contribuí as ideias e opiniões dos utentes, contribuindo para a implementação de melhorias no Serviço Nacional de Saúde.

A satisfação dos utentes é um indicador imprescindível para avaliar a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos, beneficiários diretos desses cuidados.

A monitorização do nível de satisfação dos utentes, constitui por isso um imperativo ético, moral e social de todos os intervenientes nos processos de saúde, não só pela importância para a avaliação dos resultados em saúde, mas sobretudo pela oportunidade da implementação de processos de melhoria contínua que tal informação proporciona aos serviços, com o conseqüente benefício para a qualidade de cuidados proporcionados aos

cidadãos e que as organizações deveriam assegurar (Jesus, 2005, cit. in Ribeiro, O., 2008, p.90).

Neste pressuposto, e para a concretização da avaliação do grau de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais de saúde, enfermeiros e estudantes, foram definidos para o presente estudo os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o grau de satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais;
- Comparar o grau de satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e por estudantes.

Procuramos assim obter conhecimentos relativos à satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados, e perante os resultados, fundamentar eventuais contributos para o desenvolvimento de parcerias organizacionais.

7.1. METODOLOGIA DO ESTUDO 3 – SATISFAÇÃO DO CIDADÃO

Passamos a descrever as questões metodológicas do presente estudo, nomeadamente quanto ao tipo, identificação e operacionalização das variáveis, população e amostra, processo de amostragem, local de realização, descrição do instrumento de colheita de dados e plano de colheita, análise de dados, bem como os aspetos ético-legais.

Procurando-se identificar o grau de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem, tal como definido nos objetivos específicos e formulado na questão de investigação, interrogando-nos sobre se a presença dos estudantes de enfermagem em ensino clínico contribui para a diminuição da qualidade de cuidados prestados ao cidadão, é nosso propósito identificar e descrever as diferenças do grau de satisfação do cidadão sobre a prestação desses cuidados pelos dois grupos intervenientes no processo de cuidar.

O presente estudo tem como características ser quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, pois procura recolher informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisam tal como refere Fortin (1999, p.371), especificando as suas propriedades e características, sem intervenção ativa do investigador

sobre as mesmas, é não experimental pois não se manipulam as variáveis em estudo, e transversal, uma vez que a causa e o efeito ocorrem em simultâneo. Procuramos assim identificar o nível de satisfação dos utentes, face ao cuidar pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem nos serviços de Medicina e Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E., no decorrer do ano de 2011.

Delineamos assim um estudo com o qual se procura analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e clínicas, bem como das situacionais associadas à presença ou ausência de estudantes em ensino clínico, e de que forma estas se repercutem na satisfação do cidadão necessitado de cuidados de enfermagem.

Com o propósito de clarificar a questão em estudo, adotamos como modelo de representação esquemática para a identificação da “Satisfação com os cuidados de enfermagem”, a pirâmide invertida, procurando esta traduzir o progressivo aumento da satisfação do cidadão em função da influência das variáveis independentes, e se a presença dos estudantes se torna um fator perturbador do equilíbrio da satisfação do cidadão e consequente qualidade de cuidados (cf. Figura 9).

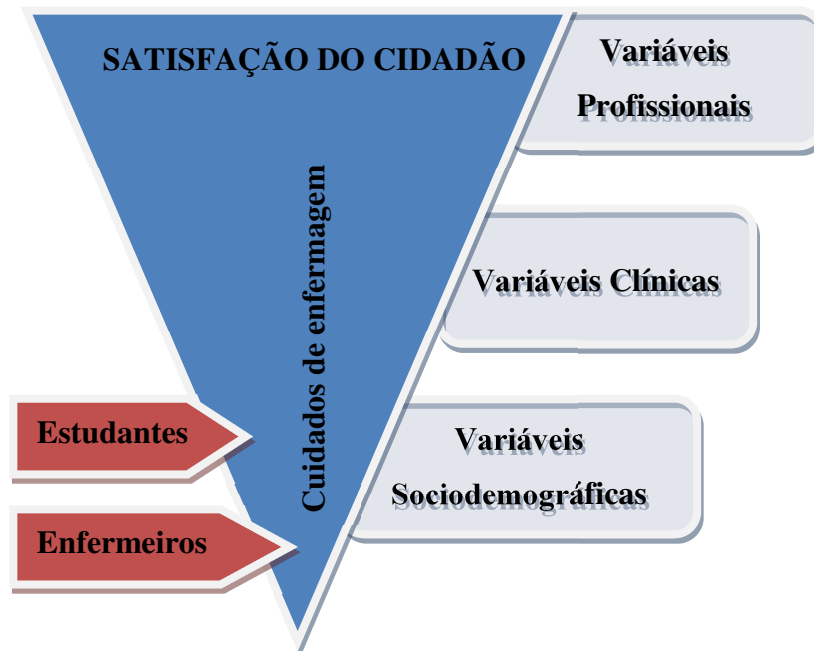


Figura 9: Representação esquemática do estudo 3.

7.1.1 - Instrumento de Colheita de Dados

Definido o tipo de estudo e seus objetivos, procederemos à elaboração do instrumento de colheita de dados, de modo a podermos obter da amostra os dados pretendidos.

A primeira parte é composta por seis questões que permitem colher informação sobre a caracterização sociodemográfica (género, idade, estado civil e habilitações literárias), caracterização profissional e clínica. Na segunda parte encontramos os dados relativos à satisfação.

No presente estudo foram consideradas as variáveis género, idade, estado civil, habilitações académicas, profissão e motivo de internamento, categorizadas do seguinte modo:

- Relativamente ao género em masculino e feminino;
- Quanto à idade, agrupada em população ativa e não ativa, entendendo-se como população ativa os indivíduos que constituem a mão-de-obra disponível para produzir bens e serviços com 15 e mais anos, até ao referencial máximo de 65 anos de idade, idade a partir da qual as pessoas são consideradas como idosas, estando em Portugal associada à idade de reforma (INE, I.P., 2010b, p.5);
- O estado civil, de acordo com a mesma fonte, é a situação jurídica da pessoa composta pelo conjunto das qualidades definidoras do seu estado pessoal face às relações familiares, e que constam obrigatoriamente do registo civil. Compreende as situações de solteiro, casado, viúvo, divorciado, ao qual associamos a união de facto, as quais, face ao número da amostra, agrupamos as situações de solteiro, viúvo e divorciado em pessoa singular, e a situação de casado e união de facto em casal, por vivência conjunta de mais de uma pessoa;
- As habilitações académicas, associadas ao nível de instrução, de escolaridade enquanto facilitador ou qualificante para o exercício de um cargo ou trabalho, foi categorizado em não sabe ler e nem escrever, 1º Ciclo, 2º Ciclo, 3º Ciclo e ensino superior, com o primeiro item categorizado de baixa literacia e os restantes agrupados em moderada e alta literacia;
- No âmbito da atividade profissional, após descrição dos inquiridos, foi categorizada de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, elaborada a partir da Classificação Internacional (CITP/2008) pelo Instituto Nacional de Estatística, I.P. (INE, I.P., 2011, p.3) publicada na II Série do Diário da República nº 106, de 01 de Junho de

2010, a qual estabelece o novo quadro das profissões, tarefas e funções mais relevantes, cujos dez grandes grupos passamos a apresentar:

- 0 Profissões das Forças Armadas;
- 1 Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos;
- 2 Especialistas das atividades intelectuais e científicas;
- 3 Técnicos e profissões de nível intermédio;
- 4 Pessoal administrativo;
- 5 Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores;
- 6 Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, da pesca e da floresta;
- 7 Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices;
- 8 Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem;
- 9 Trabalhadores não qualificados (INE, IP, 2011, p.21).

Da mesma forma, a variável motivo de internamento, após descrição dos inquiridos do tipo de afeção ocorrida, foi categorizada de acordo com a função orgânica ou sistema do corpo humano afetado, sendo categorizado em oito itens que procuram tipificar as afeções circulatória, digestiva, respiratória, imunológica, neurológica, endócrina e urinária. Foi também incluído o facto ou a possibilidade de não saber ou não responder à questão deixada em aberto.

A satisfação dos utentes, enquanto variável central do estudo é pois o fenómeno que nos propusemos conhecer, identificar e descrever, pelo que importa proceder à sua categorização e operacionalização, ou seja, torna-la compreensível, clara e mensurável, de modo a permitir traduzir o conceito “satisfação”, em algo observável e passível de quantificação, contribuindo assim não só para a identificação do grau de satisfação dos clientes, mas também para a avaliação da qualidade das organizações.

A satisfação é uma atitude associada ao grau de realização de um conjunto de valores, necessidades, preferências e expectativas das pessoas, verbalizada e medida através de opiniões e perceções, que resulta de uma avaliação instantânea e empírica sobre o que percebe ou sente relativamente ao que recebe, nomeadamente em termos de conforto, bem-estar, amizade, apreço, autonomia, oportunidades, desenvolvimento e reconhecimento, bem como se é justo ou está de acordo com aquilo que esperava obter (Graça, 1999, p.26).

Podemos pois considerar a satisfação do utente, como a opinião dos mesmos, tendo em consideração os seus valores, usos e costumes, relacionada com as experiências vividas num determinado contexto de saúde, em função dos cuidados de enfermagem que lhe foram prestados, percecionados de acordo as suas expectativas face aos resultados obtidos dessas mesmas intervenções.

A variável "satisfação" foi estudada e validada para a população portuguesa por Rodrigues e Dias (2003) através da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) que descreve os comportamentos de enfermagem e permite quantificar a satisfação do utente relativamente aos cuidados de enfermagem recebidos nas dimensões **experiência** e **opinião** manifestada pelos mesmos em relação aos cuidados de enfermagem recebidos, sendo considerados pelas autoras como importantes para a sua monitorização e quantificação, e por tal motivo, foi por nós adotada após a respetiva autorização (cf. Anexo 6).

Em termos operacionais e de acordo com as autoras, a satisfação é o somatório dos scores obtidos através dos itens da subescala que avalia a dimensão **experiência** com os scores obtidos através dos itens da subescala que avalia a dimensão **opinião**, e que passamos descrever:

- Experiência, dimensão que reflete a experiência dos utentes com os cuidados prestados pelos enfermeiros;
- Opinião, dimensão que reflete as opiniões dos utentes sobre os cuidados de enfermagem recebidos.

Numa primeira secção, a ESCCE reflete a dimensão **experiência** e é constituída por 18 itens com direção positiva (1; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 14; 15; 17; 18; 19; 21; 23; 24; 25; 26; 28) e 10 itens com direção negativa (2; 3; 4; 5; 6; 13; 16; 20; 22; 27), num total de 28 itens, traduzidos da seguinte forma:

1. Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.
2. Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.
3. Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.
4. Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.
5. Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.
6. Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.
7. Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.

8. Eu via os Enfermeiros como amigos.
9. Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.
10. Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.
11. Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.
12. Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.
13. Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.
14. Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.
15. Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.
16. Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.
17. Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.
18. Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.
19. Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.
20. Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.
21. Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.
22. Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.
23. Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.
24. Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.
25. Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.
26. Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.
27. Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.
28. Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.

Para a operacionalização de cada item, existem sete alternativas de resposta em função do grau de concordância, tipo escala de likert, discriminadas como «discordo completamente», «discordo muito», «discordo um pouco», «nem discordo nem concordo», «concordo um pouco», «concordo muito» e «concordo completamente», indo de um mínimo de 1 correspondendo ao «discordo completamente», a um máximo de 7 correspondendo ao «concordo plenamente», com o ponto intermédio neutral correspondendo a «nem discordo nem concordo», área de maior conforto para quem se auto classifica.

Nos itens negativos as pontuações são invertidas ou seja, o 1 correspondendo ao «concordo plenamente» e o 7 correspondendo ao «discordo completamente», de modo a manterem-se

as pontuações mais elevadas aos maiores níveis de satisfação. Assim, a pontuação varia entre um mínimo de 28 e um máximo de 196.

A segunda secção traduz a dimensão **opinião** e é constituída por 19 itens e reflete as opiniões dos utentes face aos cuidados de enfermagem recebidos, através das seguintes questões:

1. O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.
2. Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.
3. Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.
4. O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.
5. A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.
6. A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.
7. A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.
8. A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.
9. A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.
10. A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas.
11. A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.
12. A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.
13. O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.
14. Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.
15. Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.
16. A liberdade que lhe deram dentro do Serviço.
17. A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.
18. A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.
19. O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.

Para a operacionalização desta dimensão quantificou-se cada item em cinco alternativas de resposta, também baseada na escala tipo likert, com «Insatisfeito», «Pouco Satisfeito», «Bastante Satisfeito», «Muito Satisfeito» e «Completamente Satisfeito», podendo cada item ir de um mínimo de 1 correspondendo ao «insatisfeito», a um máximo de 5 correspondendo ao «completamente satisfeito», variando a pontuação de um mínimo de 19 e um máximo de 95. Assim, o grau de satisfação é obtido através do somatório dos scores dos itens da subescala que avalia a dimensão experiência com os scores obtidos através dos

itens da subescala que avalia a dimensão opinião, podendo as pontuações oscilarem entre um mínimo de 47 e um máximo de 291.

Quanto mais elevados os índices em cada subescala e na escala global, melhor é o grau de satisfação. Considerando que as autoras da escala não apresenta grupos de corte, estes foram tidos em consideração para a satisfação global tendo por base a fórmula (Média \pm 0.25 dp), preconizada por Pestana & Gageiro (2005).

Do resultado da aplicação da fórmula apresentada é adotada a seguinte classificação:

- Baixo = $\leq M - 0.25dp$
- Moderado = $\geq M - 0.25dp \geq M \leq M + 0.25dp$
- Alto = $\geq M + 0.25dp$

O instrumento de colheita de dados foi aplicado nos serviços de Medicina e Cirurgia, no período em que decorriam ensinos clínicos, de modo a evitar possíveis alterações das condições do fenómeno em análise. Para se garantir e salvaguardar tal ambiente, deslocamo-nos aos serviços explicando o propósito do estudo, facultando e proporcionando um espaço de modo a permitir o livre preenchimento do instrumento, após o qual se solicitava a sua devolução diretamente ao investigador ou colaborador do mesmo, enfermeiro contratado como assistente para supervisão dos ensinos clínicos.

Para a sua prossecução foram tidos e cumpridos todos os procedimentos legais, sendo de referir a solicitação da respetiva autorização para a realização do estudo na organização e informadas as equipas dos serviços intervenientes, salvaguardando-se assim todos os aspetos ético-legais e administrativos.

7.1.1.1. Propriedades Psicométricas da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem

Autorizada a aplicação da escala pelas suas autoras, começamos por apresentar a avaliação de algumas das suas propriedades psicométricas em termos de fiabilidade e validade. Os estudos de fiabilidade dizem algo sobre o grau de confiança ou de exatidão que podemos ter na informação obtida, avaliam a estabilidade temporal e a consistência interna ou homogeneidade dos itens.

A estabilidade temporal, também conhecida por fiabilidade teste-reteste, não foi efetuada no estudo na medida em que constituindo este inventário um instrumento para medir um

estado que poderá ser modificado, o teste-reteste não é relevante como medida e fiabilidade.

A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos inquiridos a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item.

Deste modo, o estudo da homogeneidade dos itens (consistência interna) incluiu a determinação do coeficiente de correlação de Pearson das diversas questões com a nota global, indicando-nos “se cada parte se subordina ao todo”, ou seja, se cada item se define como um todo “operante” do “constructo geral” que se pretende medir (Vaz Serra, 1994), a determinação do coeficiente alfa de Cronbach que mede a correlação entre cada escala com as restantes e que supostamente pertencem a um mesmo universo, caso o valor obtido corresponda ao limite inferior de consistência interna, permitindo avaliar a forma como os diversos itens se complementam na avaliação dos diferentes aspetos de um fator, pertencentes de uma mesma subescala, variando os parâmetros entre zero (0) e um (1), sendo a consistência interna considerada de muito boa com valores a partir de 0.8, e finalmente a determinação do coeficiente de bipartição ou método das metades (split-half), o qual divide os itens de uma escala em dois grupos e examina a correlação dentro de cada grupo e entre os dois grupos, isto é, procura comprovar se uma das metades dos itens da escala é tão consistente a medir o constructo como a outra metade, sendo um indicador que de algum modo tenta substituir o teste-reteste quando não é possível controlar os acontecimentos que ocorrem entre dois momentos de aplicação do instrumento a um mesmo grupo de pessoas, tornando difícil a comparação dos resultados.

Os estudos de validade dão importância a três aspetos fundamentais: validade de conteúdo, validade de critério e validade de constructo. Dentro destes aspetos a validade de constructo, subordina todas as outras e procura encontrar resposta para a seguinte questão: “em que medida, este instrumento mede realmente o que procura medir?” Neste contexto, “a validade do constructo nunca é provada, é simplesmente aceite, dado que as provas a favor se evidenciam como superiores às provas contrárias”.

Para a determinação dos estudos de validade utiliza-se a análise fatorial dos itens e dos resultados, que é o método que tem revelado maior uso e reconhecimento entre os diversos autores. A análise fatorial é, segundo Reis & Moreira (1993), “um conjunto de técnicas cujo objetivo é reduzir um número elevado de variáveis a um conjunto menos numeroso de

fatores que procuram tanto quanto possível reter a natureza das variáveis iniciais”. Para Polit & Hungler (1994), trata-se de um procedimento multivariado que, embora incluindo um elevado grau de subjetividade, não deixa de constituir uma ferramenta muito poderosa e com enorme aplicabilidade.

Referenciamos pois os dados psicométricos da validação da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE), efetuada por Rodrigues e Dias num estudo realizado na Região Autónoma da Madeira, em 2003, que segundo as autoras, para o estudo da validade concorrente utilizaram a escala La Mónica/Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS). Para a estruturação da ESCCE, as autoras selecionaram dois instrumentos de medida, nomeadamente, The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) e La Mónica/Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS), e com base em estudos anteriores das correlações item-restante e da análise fatorial efetuada à escala total (57 itens), foram eliminados dez itens, resultando a versão final constituída por 47 itens, 28 itens relativos à **experiência** vivida pelo cidadão face aos cuidados e 19 itens relacionados com a **opinião** do cidadão em termos de satisfação face a esses mesmos cuidados.

A validade concorrente foi assim obtida através das correlações da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem com a escala LOPSS, numa amostra de 568 sujeitos. O coeficiente de correlação do total da escala ESCCE com a escala LOPSS foi satisfatório de 0,88. Este resultado mostra que ambas as escalas medem o mesmo conceito, ou seja, a satisfação dos cidadãos relativamente aos cuidados de enfermagem.

A consistência interna foi calculada utilizando o coeficiente alfa de Cronbach e os coeficientes de correlação item-restante como é indicado por Nunnally (1994), sendo os coeficientes alfa calculados para a escala total ESCCE de 0,96, com 0,92 na escala da **experiência** com os cuidados de saúde e 0,97 na escala da **opinião**. No mesmo estudo, aplicada a escala LOPSS, o coeficiente alfa foi de 0,94 tendo as autoras desta escala (La Mónica *et al.*, 1986) obtido o valor de 0,95.

Uma evidência adicional da consistência interna das escalas pode ser observada nos resultados dos coeficientes de correlação item-restante. As correlações altas entre um item e os restantes demonstraram que o conceito está subjacente no instrumento de medida, tendo os itens com baixas correlações sido eliminados, no sentido de purificar ou homogeneizar a escala. Foram apenas incluídos itens com correlações superiores a 0.40. As correlações item-restante dos 47 itens da escala de satisfação obtidos foram

satisfatórios, com valores de alfa de Cronbach classificados de muito bons, variando entre 0,957 e 0,959 (cf. Quadro 9).

Quadro 9: Correlação item-restante da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem das autoras N=568

Itens	Correlação item restante	Correlação α com item retirado
S1	,531	,958
S2	,407	,959
S3	,416	,959
S5	,492	,959
S7	,509	,958
S9	,431	,959
S10	,541	,958
S11	,466	,958
S13	,639	,957
S16	,498	,958
S17	,502	,958
S18	,503	,958
S21	,526	,958
S22	,498	,958
S24	,560	,958
S25	,549	,958
S26	,603	,958
S27	,624	,958
S28	,684	,957
S29	,467	,959
S30	,560	,958
S31	,538	,958
S33	,527	,958
S34	,613	,958
S35	,582	,958
S36	,610	,958
S37	,474	,958
S38	,563	,958
O1	,688	,957
O2	,728	,957
O3	,721	,957
O4	,696	,957
O5	,693	,957
O6	,727	,957
O7	,666	,957
O8	,694	,957
O9	,738	,957
O10	,686	,957
O11	,693	,957
O12	,748	,957
O13	,611	,958
O14	,690	,958
O15	,701	,957
O16	,651	,958
O17	,742	,957
O18	,684	,958
O19	,749	,957

$\alpha = 0,96$

Os 47 itens da escala de satisfação foram fatorizados, usando-se para a extração dos fatores a análise das componentes principais. Conjuntamente com os resultados dos valores próprios, o teste gráfico de Catell (1966) foi usado para determinar o número de fatores a extrair, e posteriormente, foi efetuada uma rotação Varimax.

O teste gráfico mostra uma quebra a partir do terceiro fator inicial, ponto a partir do qual os valores próprios parecem nivelar-se. Assim, foram extraídos apenas três fatores (cf. Gráfico 9).

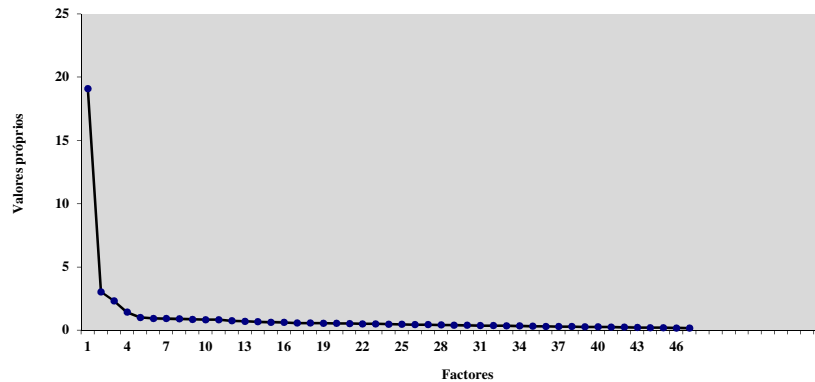


Gráfico 9: Teste gráfico de Catell do estudo das autoras

De acordo com os dados disponibilizados, os valores próprios dos fatores I, II e III foram 19.19, 3.06 e 2.33, correspondendo, respetivamente a uma variância de 40.83%, 6.50% e 4.96%, num total de 52.29% da variância total.

Após a interpretação do conteúdo dos itens, concluíram que o **fator I** inclui os 19 itens caracterizados como **opinião** e estão assim relacionados com a satisfação, o **fator II** inclui 18 itens de subescala **experiência** caracterizados como S1, S7, S8, S9, S10, S11, S12, S14, S15, S17, S18, S19, S21, S23, S24, S25, S26 e S28, relacionados com a não satisfação, e o **fator III** com os restantes 10 itens da subescala experiência e definido apenas como itens de opinião, tal como o autor original da escala The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) (cf. quadro 10).

Quadro 10: Análise fatorial da ESCCE original com três fatores

Item	I	II	III	Comunalidades
S1 Sentia-me à vontade com os Enfermeiros		562		.394
S2 Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros			.612	.402
S3 Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento			.594	.393
S4 Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia			.596	.425
S5 Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar			.655	.493
S6 Os Enfermeiros obrigava-me a fazer coisas antes de eu estar preparado			.658	.467
S7 Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim	546			.384
S8 Eu via os Enfermeiros como amigos	482			.296
S9 Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem	651			.538
S10 Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo	542			.351
S11 Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo	514			.335
S12 Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados	579			.385
S13 Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido			.563	.423
S14 Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava	498			.341
S15 Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa	601			.441
S16 Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia			.531	.428
S17 Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente	617			.487
S18 Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros	611			.500
S19 Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia	653			.580
S20 Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade			.581	.404
S21 Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço	575			.431
S22 Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia			.627	.489
S23 Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável	598			.422
S24 Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam	638			.514
S25 Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas	597			.460
S26 Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim	675			.540
S27 Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava			.619	.443
S28 Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos	551			.405
O1 O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo	.718			.623
O2 Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades	.708			.657
O3 Estava sempre um enfermeiro por perto quando dele precisou	.722			.657
O4 O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	.722			.639
O5 A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou	.719			.629
O6 A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	.747			.690
O7 A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	.703			.592
O8 A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem	.761			.678
O9 A ajuda que recebeu dos Enfermeiros	.755			.708
O10 A maneira como os enfermeiros lhe explicaram as coisas	.724			.627
O11 A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos	.712			.621
O12 A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho	.745			.702
O13 O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	.642			.507
O14 Como os Enfermeiros o trataram como pessoa	.733			.640
O15 Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	.750			.668
O16 A liberdade que lhe deram dentro do Serviço	.703			.584
O17 A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos	.789			.738
O18 A privacidade que os Enfermeiros lhe deram	.714			.622
O19 O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades	.758			.715
Valores próprios	19.19	3.06	2.33	
% da Variância	40.83	6.50	4.96	

A pontuação média da amostra global das autoras para o total da escala foi de 245.93, obtendo-se na **experiência** o valor médio de 167.87 e para a **opinião** de 78.06, consideradas pelas mesmas como médias altas de satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem (cf. Quadro 11).

Quadro 11: Satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem

Satisfação	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
			Amostra global	Amostra global
Experiência	77	196	167.87	21.61
Opinião	27	95	78.06	14.08
Total da escala	108	291	245.93	33.18

Fonte: Rodrigues & Dias (2003)

7.1.2. Propriedades Psicométricas da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem no presente estudo

As propriedades psicométricas da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (ESCCE) foram avaliadas em termos das características de fidelidade e validade de constructo no presente estudo. Procedemos também à sua análise fatorial.

Em relação à fidelidade, analisou-se a consistência interna da escala que compõe o instrumento, tendo-se obtido um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.94, valor próximo do obtido pelas autoras da escala, 0.96 (cf. Quadro 12).

Verificamos que os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0.946 e 0.938. Os coeficientes de correlação item total corrigido revelam que os itens S3 e S27 são os mais problemáticos dado que os seus valores correlacionais são baixos ($r=0.122$ e $r=0.193$) não se revelando por isso homogêneos face a outros itens, sendo a correlação máxima obtida no item O3 ($r=0.775$). Os valores médios em ambas as subescalas e respetivos desvios padrões dos diversos itens permitem-nos dizer que se encontram bem centrados, uma vez que os itens da subescala experiência com os cuidados de enfermagem variam de 1 a 7 e da subescala opinião sobre o grau de satisfação, de 1 a 5.

Quadro 12: Consistência interna da Escala de Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem (47 itens) no presente estudo (N=115)

Escala/Itens	Conteúdo	Média	Dp	Correlação Item/Total	α Item eliminado
S1	Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.	6,60	,660	,592	,939
S2	Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.	5,94	1,645	,392	,941
S3	Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.	4,92	2,173	,122	,946
S4	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	6,10	1,410	,499	,939
S5	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	5,85	1,671	,315	,942
S6	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	6,48	1,103	,376	,940
S7	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.	6,03	1,228	,591	,938
S8	Eu via os Enfermeiros como amigos.	6,41	,907	,471	,939
S9	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	6,36	1,045	,534	,939
S10	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	6,02	1,277	,440	,940
S11	Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	6,23	1,124	,556	,939
S12	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	6,08	1,178	,422	,940
S13	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.	6,15	1,458	,310	,941
S14	Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.	6,30	1,100	,475	,939
S15	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	6,29	,971	,441	,940
S16	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	5,89	1,526	,402	,940
S17	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	6,42	,917	,535	,939
S18	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.	6,40	,896	,596	,939
S19	Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	6,36	,900	,628	,938
S20	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.	6,10	1,481	,388	,940
S21	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.	6,63	,789	,522	,939
S22	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.	6,12	1,464	,341	,941
S23	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.	6,50	,706	,486	,939
S24	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	6,45	,752	,606	,939
S25	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	6,32	,923	,630	,938
S26	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.	6,62	,555	,484	,940
S27	Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.	6,11	1,674	,193	,943
S28	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.	6,26	1,077	,440	,940
OE1	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	4,19	,771	,645	,939
OE2	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.	4,16	,823	,713	,938
OE3	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.	4,20	,881	,775	,938
OE4	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,24	,779	,707	,938
OE5	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.	4,15	,929	,680	,938
OE6	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.	4,20	,819	,676	,938
OE7	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3,98	,936	,635	,938
OE8	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.	4,31	,788	,673	,938
OE9	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.	4,33	,792	,687	,938
OE10	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas.	4,23	,806	,711	,938
OE11	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	4,10	,872	,729	,938
OE12	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.	4,34	,760	,741	,938
OE13	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	4,16	,875	,712	,938
OE14	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.	4,48	,654	,655	,939
OE15	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.	4,21	,843	,677	,938
OE16	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço.	4,27	,809	,601	,939
OE17	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.	4,41	,700	,656	,939
OE18	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.	4,32	,767	,765	,938
OE19	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	4,30	,774	,774	,938

$\alpha = .94$

Tendo-se verificado que os itens S3 e S27 apresentavam valores altamente discriminantes, procedeu-se a nova análise fatorial no sentido de se aferirem os valores, obtendo-se um coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.949.

Calculado o índice de fiabilidade pelo método das metades por não ser possível fazer o teste e retest, verificou-se um valor de 0.872 na primeira metade, mais fraco do que o alfa para a globalidade, e de 0.965 para a segunda, valor superior ao global (cf. Quadro 13).

Os valores dos itens da escala foram submetidos à análise fatorial de componentes principais, sem predefinição do número de fatores, com rotação varimax e *eigenvalue* ≥ 1 . O teste de *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO \geq .6$) e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* ($TEB < .05$), os quais segundo Pestana & Gageiro (2003, p.505), asseguram a adequação da amostra para tal procedimento ($KMO = .886$; $TEB = 3921.806$, $p < .000$).

Os resultados da análise de validade do constructo da ESCCE apontou para 11 fatores, com uma variância explicada de 74,53%. De modo a apresentar uma estrutura semelhante à das autoras, forçamos a três fatores, assumindo a configuração que se observa pelo método Scree Plot (cf. Gráfico 10).

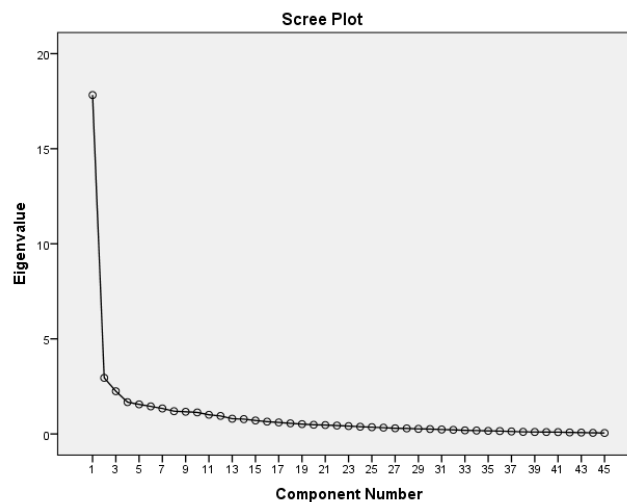


Gráfico 10: Teste gráfico de Catell do presente estudo

Quadro 13: Consistência interna da ESCCE (45 itens) no presente estudo (N=115)

Escala/Itens	Conteúdo	Média	Dp	Correlação Item/Total	α Item eliminado
S1	Sentia-me à vontade com os Enfermeiros.	6,60	,660	,599	,947
S2	Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros.	5,94	1,645	,359	,950
S4	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	6,10	1,410	,463	,948
S5	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	5,85	1,671	,279	,951
S6	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	6,48	1,103	,352	,949
S7	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.	6,03	1,228	,607	,947
S8	Eu via os Enfermeiros como amigos.	6,41	,907	,492	,948
S9	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	6,36	1,045	,547	,947
S10	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	6,02	1,277	,441	,948
S11	Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	6,23	1,124	,575	,947
S12	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	6,08	1,178	,445	,948
S13	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.	6,15	1,458	,299	0,95
S14	Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.	6,30	1,100	,484	,948
S15	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	6,29	,971	,448	,948
S16	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	5,89	1,526	,367	,949
S17	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	6,42	,917	,557	,947
S18	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.	6,40	,896	,615	,947
S19	Os Enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	6,36	,900	,629	,947
S20	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.	6,10	1,481	,350	,949
S21	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom grado a este serviço.	6,63	,789	,537	,948
S22	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.	6,12	1,464	,316	,950
S23	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.	6,50	,706	,499	,948
S24	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	6,45	,752	,621	,947
S25	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	6,32	,923	,644	,947
S26	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.	6,62	,555	,513	,948
S28	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.	6,26	1,077	,460	,948
OE1	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	4,19	,771	,672	,947
OE2	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.	4,16	,823	,731	,947
OE3	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.	4,20	,881	,789	,946
OE4	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,24	,779	,718	,947
OE5	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.	4,15	,929	,691	,947
OE6	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.	4,20	,819	,687	,947
OE7	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3,98	,936	,650	,947
OE8	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.	4,31	,788	,688	,947
OE9	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.	4,33	,792	,700	,947
OE10	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas.	4,23	,806	,724	,947
OE11	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	4,10	,872	,740	,946
OE12	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.	4,34	,760	,758	,947
OE13	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	4,16	,875	,730	,947
OE14	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.	4,48	,654	,663	,947
OE15	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.	4,21	,843	,696	,947
OE16	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço.	4,27	,809	,614	,947
OE17	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.	4,41	,700	,675	,947
OE18	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.	4,32	,767	,789	,946
OE19	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	4,30	,774	,790	,946
Coeficiente Splitt-half			Primeira metade = 0.872 Segunda metade = 0.965		
Coeficiente alpha Cronbach global			0.949		

Os dados obtidos, apresentam valores próprios dos fatores I, II e III de 17.84, 2.94 e 2.25, correspondendo, respetivamente, a uma variância de 39.61%, 6.55% e 4.99%, num total de 51.15% da variância total, resultados semelhantes aos obtidos pelas autoras e anteriormente descritos. O valor da comunalidade de cada variável após extração dos fatores oscilaram entre os 0.216 e os 0.758 sendo explicativos da proporção da variância desses mesmos fatores (cf. Quadro 14).

Perante os resultados, no **Fator I** relativo à **satisfação**, ficaram incluídos os 19 itens da subescala *Opinião* mais os itens S10 e S21 da subescala *Experiência*, os quais, no estudo original se enquadravam no fator II e como tal, indicadores de não satisfação. No entanto, em nosso entender, face ao seu valor semântico, o seu enquadramento neste fator parece-nos possível. No **Fator II**, de **não satisfação**, ficaram apenas 15 itens, menos três que na escala original, pois para além dos dois que passaram para o fator I, perdeu também o item S15 para o fator III. Mais uma vez somos de parecer que, referindo o item a uma relação de trabalho entre equipas de profissionais, no qual o cidadão não se encontra integrado, o seu valor reflete apenas uma opinião e como tal se enquadra no **Fator III**. Este mantém a mesma estrutura das autoras originais, mas com 9 itens, atendendo à exclusão dos itens S3 e S27 e à inclusão do item S15 pelos motivos anteriormente justificadas (cf. Quadro 14).

Quadro 14: Validade de constructo da ESCCE* (N=115)

Itens	Conteúdo	Cargas Fatoriais			Comunidades
		Fator I	Fator II	Fator III	
S1.	Sentia-me à vontade com os enfermeiros		,548		,470
S2.	Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros			,667	,505
S4.	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.			,668	,541
S5.	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.			,684	,478
S6.	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.			,552	,335
S7.	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.		,579		,467
S8.	Eu via os Enfermeiros como amigos.		,549		,360
S9.	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.		,592		,434
S11.	Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.		,516		,410
S12.	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.		,403		,247
S13.	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.			,471	,277
S14.	Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.		,583		,393
S15.	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.			,321	,239
S16.	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.			,445	,250
S17.	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.		,725		,574
S18.	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.		,808		,706
S19.	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.		,566		,501
S20.	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.			,507	,395
S22.	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.			,539	,310
S23.	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.		,604		,414
S24.	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.		,487		,460
S25.	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.		,624		,541
S26.	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.		,554		,436
S28.	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.		,426		,299
S10.	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	,359			,216
S21.	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.	,427			,329
OE1.	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	,613			,541
OE2.	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades	,704			,665
OE3.	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou	,687			,690
OE4.	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	,682			,610
OE5.	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou	,640			,554
OE6.	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	,759			,642
OE7.	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	,676			,542
OE8.	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem	,737			,623
OE9.	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros	,790			,680
OE10.	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas	,764			,692
OE11.	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos	,790			,711
OE12.	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho	,722			,679
OE13.	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	,641			,622
OE14.	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa	,793			,674
OE15.	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	,843			,749
OE16.	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço	,762			,604
OE17.	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos	,796			,673
OE18.	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram	,720			,722
OE19.	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades	,787			,758
Valores próprios		17,839	2,944	2,247	
% da Variância		39,61%	6,55%	4,99%	

Nota* Com rotação ortogonal, método *Varimax*

A correlação entre as respostas dadas pelos participantes no estudo a cada um dos itens e o resultado em cada um dos fatores que integram a ESCCE, com exceção do item S5 “*Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar*” (Fator I) e S26 “*Sentia-me seguro quando os Enfermeiro estavam a cuidar de mim*” (Fator III) que embora apresentando correlações positivas, não são significativas, apresentam correlações positivas e significativas em todos os fatores, sendo a correlação sempre maior com o resultado do fator do qual o item faz parte (cf. Quadro 15).

Quadro 15: Correlação dos itens com os fatores I, II e III

Item	Conteúdo	Fator I	Fator II	Fator III
S1.	Sentia-me à vontade com os enfermeiros	0,475***	0,656***	0,445***
S2.	Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros	0,285**	0,214 [†]	0,643***
S4.	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	0,383***	0,298**	0,673***
S5.	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	0,132^{ns}	0,220 [†]	0,651***
S6.	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	0,242**	0,294**	0,535***
S7.	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.	0,528***	0,712***	0,356***
S8.	Eu via os Enfermeiros como amigos.	0,395***	0,625***	0,295**
S9.	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	0,494***	0,650***	0,280**
S10.	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo	0,505***	0,404***	0,244***
S11.	Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	0,544***	0,668***	0,269**
S12.	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	0,410***	0,546***	0,240**
S13.	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.	0,202 [†]	0,240**	0,541***
S14.	Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.	0,397***	0,598***	0,318***
S15.	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	0,385***	0,405***	0,445***
S16.	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	0,298**	0,285**	0,545***
S17.	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	0,487***	0,704***	0,248**
S18.	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.	0,474***	0,780***	0,367***
S19.	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	0,513***	0,674***	0,473***
S20.	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.	0,201 [†]	0,340***	0,590***
S21.	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.	0,567***	0,489***	0,292**
S22.	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.	0,233 [†]	0,215 [†]	0,571***
S23.	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.	0,397***	0,629***	0,291**
S24.	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	0,584***	0,655***	0,330***
S25.	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	0,582***	0,748***	0,308***
S26.	Sentia-me seguro quando os Enfermeiro estavam a cuidar de mim.	0,500***	0,599***	0,176^{ns}
S28.	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.	0,432***	0,583***	0,192 [†]
OE1.	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	0,738***	0,582***	0,313***
OE2.	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades	0,814***	0,620***	0,327***
OE3.	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou	0,821***	0,667***	0,445***
OE4.	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	0,780***	0,577***	0,395***
OE5.	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou	0,756***	0,590***	0,345***
OE6.	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	0,789***	0,530***	0,337***
OE7.	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	0,757***	0,527***	0,288**
OE8.	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem	0,785***	0,546***	0,328***
OE9.	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros	0,808***	0,536***	0,338***
OE10.	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas	0,820***	0,611***	0,304***
OE11.	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos	0,822***	0,597***	0,371***
OE12.	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho	0,816***	0,613***	0,416***
OE13.	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	0,789***	0,654***	0,329***
OE14.	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa	0,775***	0,477***	0,338***
OE15.	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações	0,834***	0,500***	0,326***
OE16.	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço	0,739***	0,478***	0,253**
OE17.	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos	0,796***	0,511***	0,300**
OE18.	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram	0,841***	0,676***	0,395***
OE19.	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades	0,859***	0,649***	0,400***

Ainda sobre os estudos de fiabilidade da escala, os parâmetros de validade e de precisão dos fatores da ESCCE, relativamente Fator I que pretende medir a satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados, apresenta os itens com as médias mais baixas, com exceção dos itens S10 e S21, obtendo-se valores de alfa classificados de muito bom que oscilam entre os 0.960 nos itens de opinião OE2, OE3, OE9, OE10, OE11, OE12, OE15, OE18 e OE19, e 0.967 no item de experiência S10. O valor global do fator I de 0.963 é ligeiramente inferior ao do obtido pelas autoras (0.970). O item OE19 “*O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades*” é o que está mais correlacionado com o fator I – satisfação ($r=0.843$) e simultaneamente o que exprime maior variabilidade em relação aos restantes itens com 71,1%. De salientar que, tendo os itens S10 “*Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo*” e S21 “*Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço*” ficado enquadrados no fator I, são os que menos estão correlacionados com o mesmo ($r=0,428$ e $r=0.525$), exprimindo respetivamente apenas 18,3% e 27,6% de variabilidade em relação aos restantes (cf. Quadro 16).

Quanto ao Fator II, medindo a não satisfação com médias entre os 6.03 e os 6.62, tem uma boa consistência interna ($\alpha= 0.885$), sendo o item S18 “*Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros*” o que mais está correlacionado com o Fator II ($r= 0.737$) e simultaneamente o que exprime maior variabilidade em relação aos restantes itens com os 54,3%. O item S12 “*Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados*” é o menos correlacionado com o Fator II ($r= 0,445$), exprimindo a menor variabilidade em relação aos restantes (19,8%) (cf. Quadro 16).

O Fator III, traduzindo apenas a opinião sobre as experiências vividas face aos cuidados prestados pelos enfermeiros, com médias compreendidas entre os 5.85 e os 6.48, apresentou o valor de alfa de Cronbach classificado como razoável (0.751). O item S4 “*Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia*” é o que mais está correlacionado com o fator ($r= 0.547$) e que exprime a maior variabilidade (30%), e o item S15 “*Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa*”, o menos correlacionado ($r=0.331$) e apresenta menor variabilidade (11%) (cf. Quadro 16).

Quadro 16: Correlação dos itens com os fatores da ESCCE

Variáveis	Média	Dp	CV	R/item	R ²	Alpha
Fator I - Satisfação						0,963
OE1 O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.	4,19	0,771	18,40	0,710	0,505	0,961
OE2 Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades.	4,16	0,823	19,80	0,792	0,627	0,960
OE3 Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou.	4,20	0,881	20,97	0,798	0,636	0,960
OE4 O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,24	0,779	18,36	0,756	0,571	0,961
OE5 A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou.	4,15	0,929	22,41	0,724	0,524	0,961
OE6 A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.	4,20	0,819	19,49	0,764	0,584	0,961
OE7 A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3,98	0,936	23,51	0,724	0,524	0,961
OE8 A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem.	4,31	0,788	18,26	0,761	0,579	0,961
OE9 A ajuda que recebeu dos Enfermeiros.	4,33	0,792	18,28	0,785	0,617	0,960
OE10 A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas.	4,23	0,806	19,08	0,798	0,637	0,960
OE11 A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	4,10	0,872	21,25	0,799	0,638	0,960
OE12 A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho.	4,34	0,760	17,51	0,796	0,634	0,960
OE13 O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	4,16	0,875	21,04	0,763	0,582	0,961
OE14 Como os Enfermeiros o trataram como pessoa.	4,48	0,654	14,59	0,754	0,569	0,961
OE15 Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações.	4,21	0,843	20,03	0,813	0,660	0,960
OE16 A liberdade que lhe deram dentro do Serviço.	4,27	0,809	18,95	0,710	0,504	0,961
OE17 A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos.	4,41	0,700	15,87	0,776	0,602	0,961
OE18 A privacidade que os Enfermeiros lhe deram.	4,32	0,767	17,75	0,823	0,678	0,960
OE19 O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades.	4,30	0,774	17,99	0,843	0,711	0,960
S10. Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.	6,02	1,277	21,23	0,428	0,183	0,967
S21. Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.	6,63	0,789	11,90	0,525	0,276	0,963
Fator II						0,898
S1. Sentia-me à vontade com os enfermeiros	6,60	0,660	9,99	0,612	0,375	0,891
S7. Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.	6,03	1,228	20,35	0,635	0,403	0,889
S8. Eu via os Enfermeiros como amigos.	6,41	0,907	14,15	0,558	0,312	0,892
S9. Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.	6,36	1,045	16,43	0,576	0,332	0,891
S11. Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.	6,23	1,124	18,06	0,590	0,349	0,891
S12. Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.	6,08	1,178	19,39	0,445	0,198	0,898
S14. Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.	6,30	1,100	17,47	0,512	0,262	0,894
S17. Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.	6,42	0,917	14,30	0,648	0,419	0,888
S18. Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.	6,40	0,896	14,01	0,737	0,543	0,885
S19. Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.	6,36	0,900	14,16	0,615	0,378	0,890
S23. Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.	6,50	0,706	10,85	0,579	0,336	0,892
S24. Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.	6,45	0,752	11,66	0,605	0,365	0,891
S25. Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.	6,32	0,923	14,60	0,698	0,488	0,886
S26. Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.	6,62	0,555	8,39	0,557	0,311	0,894
S28. Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.	6,26	1,077	17,20	0,497	0,247	0,895
Fator III						0,751
S2. Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros	5,94	1,645	27,70	0,483	0,233	0,719
S4. Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.	6,10	1,410	23,10	0,547	0,300	0,709
S5. Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.	5,85	1,671	28,56	0,491	0,241	0,717
S6. Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.	6,48	1,103	17,03	0,416	0,173	0,732
S13. Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.	6,15	1,458	23,72	0,379	0,144	0,736
S15. Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.	6,29	0,971	15,45	0,331	0,110	0,743
S16. Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.	5,89	1,526	25,92	0,376	0,141	0,737
S20. Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.	6,10	1,481	24,29	0,436	0,190	0,727
S22. Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia	6,12	1,464	23,91	0,415	0,172	0,730

7.1.3. Propriedades Psicométricas da Subescala Opinião sobre os cuidados dos estudantes

Com o intuito de se obter respostas para o objetivo geral do presente estudo relativo à identificação da diferença entre o grau de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem, fizemos também a análise em termos de propriedades psicométricas da subescala modificada, indo assim de encontro à terceira questão da nossa investigação, ou seja, procurar identificar em que medida a presença dos estudantes em ensino clínico altera o seu grau de satisfação face aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados, adaptando os 19 itens da dimensão *opinião* da escala em uso através da substituição do termo “enfermeiro” pelo termo “estudantes”, evitando-se assim a alteração da situação, do ambiente e do momento em que esta é identificada pelo cidadão alvo dos cuidados prestados por ambos os intervenientes da ação.

As propriedades psicométricas da subescala *opinião* modificada, em termos das características de fidelidade e validade de constructo, foram então identificadas. Em relação à fidelidade, analisando-se a sua consistência interna, obteve-se um coeficiente *alfa de Cronbach* muito bom de 0.96, comprovando-se assim que as diferentes interpretações de opiniões diferem, não pela estrutura do questionário, mas sim pelas diversas opiniões dos cidadãos, tal como referido por Pestana & Gageiro (2003, p.542) (cf. Quadro 17).

Mais uma vez submetemos a subescala modificada à análise fatorial de componentes principais, sem predefinição do número de fatores, com rotação varimax e *eigenvalue* ≥ 1 . O teste de *Keiser-Meyer-Olkin* ($KMO \geq .6$) e o Teste de Esfericidade de *Bartlett* ($TEB < .05$), os quais segundo Pestana & Gageiro (2003, p.505), asseguram a adequação da amostra para tal procedimento ($KMO = .923$; $TEB = 1914.316$, $p < .000$).

Verificamos que os valores de alfa de Cronbach são classificados de muito bons pois variam entre 0.957 e 0.959, sendo o global de 0.96, indicando uma boa consistência interna. Os coeficientes de correlação item total corrigido variam entre 0.649 no item OA5 “*A rapidez com que os Estudantes de enfermagem vieram quando os chamou*” e os 0.848 no item OA4 “*O quanto os Estudantes de enfermagem sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar*”.

A média por item da subescala *opinião* modificada, numa escala de 1 a 5, oscila entre 4.03 no item OA7 “*A quantidade de informação que os Estudantes de enfermagem lhe deram*”

sobre o seu estado e tratamento/situação” e 4.69, o qual, face ao desvio padrão, apresentam coeficiente de variação com dispersão de fraca a média no conjunto dos itens (cf. Quadro 17).

Quadro 17: Consistência interna da subescala opinião modificada no presente estudo (N=115)

Escala/Itens	Conteúdo	Média	Dp	CV	Correlação Item/Total	α Item eliminado
OA1	O tempo que os Estudantes de enfermagem gastaram consigo.	4,43	,664	14,99%	,742	,958
OA2	Capacidade com que os Estudantes de enfermagem desempenharam as suas atividades.	4,32	,767	17,75%	,797	,957
OA3	Estava sempre um Estudantes de enfermagem por perto quando dele precisou.	4,50	,693	15,40%	,719	,958
OA4	O quanto os Estudantes de enfermagem sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,18	,801	19,16%	,848	,957
OA5	A rapidez com que os Estudantes de enfermagem vieram quando os chamou.	4,50	,718	15,96%	,649	,959
OA6	A maneira como os Estudantes de enfermagem o fizeram sentir como se estivesse em sua casa.	4,47	,653	14,61%	,778	,958
OA7	A quantidade de informação que os Estudantes de enfermagem lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	4,03	,917	22,75%	,701	,959
OA8	A frequência com que os Estudantes de enfermagem perguntavam se estava bem.	4,56	,580	12,72%	,669	,959
OA9	A ajuda que recebeu dos Estudantes de enfermagem.	4,56	,610	13,38%	,769	,958
OA10	A maneira como os Estudantes de enfermagem lhe explicaram as coisas.	4,33	,758	17,51%	,828	,957
OA11	A maneira como os Estudantes de enfermagem tranquilizaram os seus familiares ou amigos.	4,23	,806	19,05%	,783	,958
OA12	A forma como os Estudantes de enfermagem fizeram o seu trabalho.	4,44	,665	14,98%	,769	,958
OA13	O tipo de informações que os Estudantes de enfermagem lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	4,11	,934	22,73%	,727	,959
OA14	Como os Estudantes de enfermagem o trataram como pessoa.	4,62	,571	12,36%	,684	,959
OA15	Como os Estudantes de enfermagem ouviram as suas preocupações.	4,52	,680	15,04%	,734	,958
OA16	A liberdade que Estudantes de enfermagem lhe deram dentro do Serviço.	4,29	,747	17,41%	,717	,959
OA17	A boa vontade com que os Estudantes de enfermagem responderam aos seus pedidos.	4,57	,593	12,98%	,711	,959
OA18	A privacidade que os Estudantes de enfermagem lhe deram.	4,50	,598	13,29%	,767	,958
OA19	O quanto os Estudantes de enfermagem estiveram atentos às suas necessidades.	4,62	,555	12,01%	,686	,959

$\alpha = .96$

Os resultados da análise de validade do constructo da subescala opinião feita para os estudantes e para os enfermeiros apontaram para 2 fatores, com uma variância explicada de 67,531% e de 69,892% respetivamente. Os dados obtidos dos fatores I e II, apresentam valores próprios de 11,343 e de 1,487 para os estudantes, e de 12,239 e de 1,04 para os enfermeiros, a que corresponde uma variância de 67.53% para os primeiros e de 69.892% para os segundos. (cf. Quadro 18).

Perante os resultados, em ambos os grupos ficaram no **Fator I** 11 itens e no **Fator II** 8. Consideramos que sendo os itens em análise classificados em função do grau de satisfação, o **fator I** traduz essa mesma **satisfação**, e o **fator II** traduzirá a opinião relativamente à disponibilidade e competências de cada grupo, tornando-se evidente na distribuição de itens pelos fatores. A análise dos 6 itens cujo posicionamento em termos de fator ficaram trocados justificam-se pelo facto dos itens O1, O3 e O5, estando relacionados com a disponibilidade, presença e rapidez no atendimento, na verdade verifica-se que os estudantes estando mais presentes nas enfermarias, proporcionem uma maior satisfação aos doentes. Em sentido inverso, os itens O11, O12 e O16, relativos à tranquilização do doente e família, o desempenho das competências técnica, instrumentais e liberdade para deambular pelo serviço, os estatuto de estudantes no processo de aprendizagem não lhe permite gozar de autonomia e nem tem conhecimentos suficientes para a tomada de decisão sobre estas temática, pelo que se torna evidentes os maiores níveis de satisfação dos cidadãos face aos enfermeiros. Assim, entende-se porque é que o cidadão coloca os itens O1, O3 e O5 no fator I para os estudantes e no fator II para os enfermeiros, e em sentido inverso, posiciona os itens O11, O12 e O16 no fator I para os enfermeiros e no fator II para os estudantes (cf. Quadro 18).

Importa finalmente referir que para se proceder à alteração da subescala opinião, foi solicitada a respetiva autorização (Anexo 12). Com a alteração e duplicação da subescala relativa à dimensão “opinião” no instrumento de colheita de dados, conseguiu-se ultrapassar o obstáculo da aplicação do instrumento em momentos diferentes, com o risco de não ter a oportunidade de questionar o mesmo cidadão, impedindo assim o processo de análise e comparação do seu grau de satisfação face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes, num mesmo período de internamento.

Quadro 18: Validade de constructo da subescala opinião relativa aos alunos e enfermeiros

Itens	Conteúdo	Alunos		Enfermeiros			
		Cargas Fatoriais		Comunidades	Cargas Fatoriais		Comunidades
		Fator I	Fator II		Fator I	Fator II	
O1. O tempo que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro gastaram consigo.		,699		,641		,842	,758
O3. Estava sempre um Estudante de enfermagem/Enfermeiro por perto quando dele precisou		,760		,666		,728	,729
O5. A rapidez com que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro vieram quando os chamou		,763		,623		,591	,571
O6. A maneira como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro o fizeram sentir como se estivesse em sua casa		,734		,701	,575		,629
O8. A frequência com que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro perguntavam se estava bem		,688		,563	,695		,650
O9. A ajuda que recebeu dos Estudantes de enfermagem/Enfermeiro		,690		,669	,797		,747
O14. Como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro o trataram como pessoa		,799		,684	,837		,771
O15. Como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro ouviram as suas preocupações		,621		,600	,735		,748
O17. A boa vontade com que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro responderam aos seus pedidos		,760		,665	,785		,726
O18. A privacidade que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro lhe deram		,666		,659	,622		,714
O19. O quanto os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro estiveram atentos às suas necessidades		,529		,525	,745		,783
O2. Capacidade com que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro desempenharam as suas atividades			,607	,675		,794	,782
O4. O quanto os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.			,818	,834		,788	,742
O7. A quantidade de informação que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.			,856	,766		,662	,588
O10. A maneira como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro lhe explicaram as coisas			,787	,793		,649	,708
O11. A maneira como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro tranquilizaram os seus familiares ou amigos			,789	,752	,643		,708
O12. A forma como os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro fizeram o seu trabalho			,693	,674	,602		,688
O13. O tipo de informações que os Estudantes de enfermagem/Enfermeiro lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação			,839	,758		,673	,635
O16. A liberdade que lhe deram dentro do Serviço			,634	,582	,688		,603
Fatores próprios		11,343	1,487			12,239	1,040
Variância total explicada		67,531%				69,892%	

Metodo Varimax with Kaiser Normalization.

7.2. ELEMENTOS CONSTITUINTES DA AMOSTRA

Fortin (2003, p.202) refere que população é “uma coleção de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, critérios esses “definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”. Neste sentido, a nossa amostra resultou de um universo de utentes utilizadores dos serviços de Medicina e Cirurgia do CHTV,EPE, no ano de 2011, alvo dos cuidados de enfermagem por enfermeiros e estudantes de enfermagem, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Uteses com idades iguais ou superiores a 18 anos;
- Uteses que sabem ler e escrever;
- Uteses conscientes e orientados;
- Uteses aos quais foram prestados cuidados de enfermagem por enfermeiros e estudantes;
- Uteses que de forma voluntária e espontânea aceitaram participar no estudo.

Sendo nosso propósito identificar e classificar o nível de satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados pelos enfermeiros e estudantes, a população alvo foi escolhida atendendo ao facto de conhecermos e contactarmos o local da realização do estudo, resultante dos anos do exercício profissional, podendo assim tornar mais facilmente concretizáveis todos os procedimentos necessários para a prossecução do nosso estudo.

Pensamos assim poder refletir sobre as práticas e contribuir para a melhoria das mesmas, com o intuito de se evidenciar a importância da participação dos estudantes na prossecução dos objetivos dos serviços e das instituições envolvidas, em prol não só da qualidade dos cuidados, mas também como facilitadores do estabelecimento de parcerias entre as instituições interessadas.

Procurando representar o mais possível a população em estudo e tendo consciência das dificuldades inerentes a tal desiderato por força dos sujeitos, características envolvidas e impossibilidade de acesso a toda a população, constituiu-se uma amostra não probabilística do tipo acidental ou conveniência, tendo sido incluídos os sujeitos que estavam presentes nos serviços no momento e data de realização da colheita de dados que o investigador se propunha realizar, sempre que preenchessem os critérios de inclusão e que para tal manifestassem disponibilidade para participarem no estudo.

Assim, tendo em consideração os meses do ano de 2011 em que se concretizaram os ensinamentos clínicos de enfermagem (Janeiro, Maio, Junho, Julho, Novembro e Dezembro), foi possível reunir as condições básicas para a realização da colheita de dados da nossa amostra constituída por 115 indivíduos, corresponde a 5,77% de um total de 1991 doentes internados nos 8 serviços.

Estando o presente estudo integrado num objetivo mais amplo de toda a investigação, entendemos que a amostra seria suficiente para a sua fundamentação no que diz respeito à satisfação, pois constitui-se como mais um elemento enquanto indicador da qualidade de cuidados, para a análise dos custos e benefícios resultantes da realização dos ensinamentos clínicos de enfermagem nas instituições hospitalares, e não com a finalidade da generalização deste mesmo resultado.

7.2.1 – Caracterização da Amostra

Os resultados evidenciaram que a idade dos cidadãos variou entre um mínimo de 18 anos e máximo de 97 anos, coincidindo com o sexo masculino, representando estes 50,43% da amostra. Para o sexo feminino, representando 49,57%, a idade mínima foi de 19 anos e a máxima de 87 anos. No global, a idade média foi de 60,63 anos com um desvio padrão de 18,25 anos, a que corresponde um coeficiente de variação de 31,09%, indiciando uma dispersão elevada em torno da média. Pelo teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) verificou-se uma distribuição não normal para a idade no global sendo assimétrica e mesocúrtica, o mesmo se passando em relação ao género feminino. Relativamente ao género masculino pode-se observar uma distribuição normal, sendo simétrica e mesocúrtica.

As mulheres são em média mais velhas (M=63.72 anos) do que os homens (H=57.6 anos) mas as diferenças entre os dois grupos não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para amostras independentes (t=1.756; p=0.082) (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Estatísticas da idade em função do sexo dos doentes

Idade	n	%	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K/S
Sexo										
Feminino	57	49,57	19	87	63,72	17,247	27,07	-2,998	0,465	0,001
Masculino	58	50,43	18	97	57,6	19,98	34,69	-0,721	-1,370	0,104
Total	115	100	18	97	60,63	18,85	31,09	-2,454	-1,231	0,000

Face à amplitude de variação da idade e ao número da amostra, procedeu-se ao seu agrupamento em ativos e não ativos, em que dos 115 cidadãos que participaram no estudo, 53% encontravam-se em atividade e 47% não. Os resultados revelam também que entre as mulheres se verificou uma maior percentagem de não ativos (54,4%), e o inverso nos homens, com uma maior percentagem de ativos (60,3%) (cf. Tabela 26).

Relativamente a estado civil dos cidadãos, constatamos que 72,2% é casada ou vive em união de facto, sendo nas mulheres de 70,2% e nos homens de 74,1%, e só 27,8% vive como pessoa singular, sendo solteiro, viúvo ou divorciado (cf. Tabela 26).

Maioritariamente os cidadãos possuem baixas habilitações literárias, sendo a amostra representada em 81,7% de cidadãos com baixa literacia e apenas 18,3% com média e alta literacia. Por género, as mulheres representam 84,2% de baixa literacia e os homens 79,9%. Com moderada e alta literacia, a amostra é representada em 15,8% nas mulheres e 20,7% nos homens (cf. Tabela 26).

Profissionalmente, 52,2% dos cidadãos inquiridos não possui qualificações, sendo que no sexo feminino representa 73,3% seguido do pessoal administrativo com 8,8%. No sexo masculino a amostra é representada em 31%, seguido dos trabalhadores qualificados da indústria e construção com 25,9%, dos agricultores com 15,5% e pessoal administrativo com 12,1%. Todos os restantes grupos profissionais estão representados em percentagens inferiores a 8% (cf. Tabela 26).

O motivo do internamento para o qual os cidadãos recorreram ao hospital está associado em 33,9% às afeções digestivas, tendo as afeções neurológicas, circulatórias e respiratórias valores percentuais muito próximos, com 13,8%, 12,1% e 10,3%, respetivamente. Salienta-se ainda o facto de 19% dos inquiridos não saberem ou não responderem à questão (cf. Tabela 26).

Tabela 26 – Caracterização sociodemográfica e clínica do cidadão em função do sexo

Sexo	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Variáveis sociodemográficas e clínicas						
Grupo etário						
Ativo	26	45,6	35	60,3	61	53,0
Não ativo	31	54,4	23	39,7	54	47,0
Estado Civil						
Solteiro/divorciado/viúvo	17	29,8	15	25,9	32	27,8
Casado/União facto	40	70,2	43	74,1	83	72,2
Habilitações literárias						
Baixa literacia	48	84,2	46	79,3	94	81,7
Moderada/alta literacia	9	15,8	12	20,7	21	18,3
Grupo profissional						
Trab. não qualificados	42	73,7	18	31,0	60	52,2
Trab. qualificados, industria, construção	3	5,3	15	25,9	18	15,6
Agricultores	2	3,5	9	15,5	11	9,6
Atividades intelectuais e científicas	2	3,5	1	1,7	3	2,6
Pessoal Administrativo	5	8,8	7	12,1	12	10,4
Trab. serviços pessoais, segurança, proteção	3	5,2	1	1,7	4	3,5
Técnicos e prof. nível intermédio	0	0,0	3	5,2	3	2,6
Operadores instalações e máquinas	0	0,0	4	6,9	4	3,5
Motivo internamento por afeção						
Circulatória	8	14,0	7	12,1	15	13,0
Digestiva	20	35,1	19	32,8	39	33,9
Respiratória	10	17,5	6	10,3	26	22,5
Imunológica	6	10,5	2	3,4	8	7,0
Neurológica	5	8,8	8	13,8	13	11,3
Endócrina	1	1,8	3	5,2	4	3,5
Urinária	2	3,5	2	3,4	4	3,5
Não sabe ou não responde	5	8,8	11	19,0	16	13,9
Global	57	49,6	58	50,4	115	100,0

Em síntese:

- Amostra constituída por 49,6% de cidadãos do sexo feminino e 50,4% do masculino;
- O sexo feminino apresenta uma média de idade de 63,7 anos, superior ao masculino com 57,6 anos;
- 72,2% da amostra é casada ou vive em união de facto e apenas 27,8% vive sozinha;
- 81,7% dos cidadãos possui baixa literacia;
- 52,2% dos cidadãos não possui qualquer qualificação profissional;

- 39,9% dos cidadãos recorreram ao hospital por motivos associados a afeções do foro digestivo, sendo que 19% não sabe o motivo ou não responde.

7.3. RESULTADOS DO ESTUDO 3 - SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Passamos a apresentar os dados relativos à satisfação dos cidadãos face aos cuidados de enfermagem que lhes são prestados, procurando assim dar resposta aos objetivos do presente estudo e à questão formulada sobre a possível diminuição dessa mesma satisfação, quando prestados pelos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Começamos por caracterizar e descrever aspetos gerais da amostra relacionados com as dimensões da ESCCE, experiência e a opinião, sendo esta avaliada em função dos cuidados prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem.

Sendo a experiência vivenciada pelos cidadão no momento da sua avaliação uma só, pois foi vivida com enfermeiros e estudantes em simultâneo, analisamos de seguida os resultados obtidos em função da dimensão opinião, relativa à forma como foram sentidos ou percecionados esses mesmos cuidados quando prestados por enfermeiros e ou estudantes, em função das variáveis sexo, idade/atividade, estado civil e habilitações literárias, finalizando com a comparação das médias obtidas na dimensão, em relação a ambos os prestadores de cuidados em análise.

7.3.1. Caracterização da Satisfação do Cidadão

Os resultados do presente estudo evidenciam um score médio global de 254.5, superior ao referenciado pelas autoras (245.93), sendo o score máximo de 291 e o score mínimo de 177, sendo esperados de 291 e 47 respetivamente. O desvio padrão é de 26.12 com um coeficiente de variação de 10.27 representando uma dispersão fraca em torno da média. Relativamente aos scores das dimensões, tal como o score global, foram superiores ao das autoras, obtendo-se para a dimensão *experiência* uma pontuação de 173.92 (167.87 das autoras) e para a *opinião* sobre os cuidados prestados pelos enfermeiros, o score de 80.58 (78.06 das autoras). Analisando os resultados obtidos na subescala *opinião* modifica para os estudantes de enfermagem, obtivemos um score mínimo de 56, valor superior ao obtido

relativamente à satisfação com os enfermeiros, sendo o score máximo de 95, igual em ambas as situações. O score médio da satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados pelos estudantes de enfermagem foi de 83.78, superior ao obtido pelos enfermeiros (80.58), com desvio padrão de 10.29 e um coeficiente de variação de 12.28, representando uma dispersão fraca em torno da média. O teste de Kolmogorod-Smirnov (K/S) apresenta uma distribuição não normal da ESCCE global, sendo assimétrica e mesocúrtica, o mesmo se verificando em relação às dimensões que a integram (*experiência e opinião*), bem como em relação à da dimensão *opinião* modificada. O coeficiente de variação indicia uma dispersão fraca face às médias encontradas, na dimensão *experiência e opinião modificada*, sendo moderada para a dimensão *opinião* relativamente aos enfermeiros. (cf. Tabela 27).

Tabela 27: Estatística global da Escala Satisfação Cidadão Cuidados Enfermagem e dimensões

Satisfação Dimensões	Min.	Max.	Média	Dp	CV %	SK/erro	K/erro	K/S
Experiencia	122	196	173,92	16,21	9,32	-2,619	-0,349	0,001
Opinião sobre os Enfermeiros	46	95	80,58	12,32	15,29	-2,039	-1,440	0,000
Total ESCCE	177	291	254,50	26,12	10,27	-2,120	-0,810	0,001
Opinião sobre os Estudantes	56	95	83,78	10,29	12,28	-2,478	-1,190	0,000

7.3.2. Satisfação do Cidadão com os Cuidados Prestados por Enfermeiros e Estudantes

A análise comparativa dos scores médios obtidos na dimensão *opinião*, face aos cuidados prestados pelos enfermeiros e estudantes, permite-nos caracterizar e descrever a satisfação dos cidadãos inquiridos em função das variáveis em estudo.

Os resultados da opinião dos inquiridos face aos cuidados prestados pelos enfermeiros permitem-nos constatar que os cidadãos do sexo masculino estão em média mais satisfeitos ($\bar{x}=81.50$) que os do sexo feminino ($\bar{x}=79.65$), mas as diferenças não são estatisticamente significativas conforme resultado do teste t para amostras independentes ($t=-0.804$; $p=0.423$). Quanto aos cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem, as médias são

superiores quando comparadas com a dos enfermeiros, sendo que neste caso, os inquiridos do sexo feminino obtêm uma média mais elevada (84.74) do que os do sexo masculino (82.84), também sem diferenças estatisticamente significativas ($t=0.986$; $p=0.326$) (cf. Tabela 28).

Tabela 28: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes por sexo.

Sexo / Dimensão <i>Opinião</i>	Feminino		Masculino		t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp		
Enfermeiros	79,65	13,68	81,50	10,86	-0,804	0,423
Estudantes enfermagem	84,74	10,46	82,84	10,12	0,986	0,326

No sentido de estudarmos a influência da variável “*idade*”, sobre a satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados, utilizamos a **regressão linear simples**, de modo a obter um modelo que permitisse prever a satisfação do cidadão.

Ao analisarmos a correlação existente entre a satisfação do cidadão e a variável independente “*idade*”, verificamos que esta é muito baixa ($r=0.032$; $p=0.732$), não evidenciando diferenças estatísticas significativas (cf. Quadro 19).

Quadro 19: Correlação de Pearson entre a satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem e a variável independente idade

Satisfação do Cidadão face aos cuidados de enfermagem		
Variável	r	p
<i>Idade</i>	0.032	0.732

Verificamos pois que a variável “*Idade*” explica apenas 0,8% da satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem que lhe são prestados e negativamente, pelo que verificamos que com o aumento da idade, menor é a satisfação do doente (cf. Quadro 20).

Quadro 20: Regressão linear simples entre a satisfação do cidadão com os cuidados de enfermagem e a Idade

	Coeficientes		F (p)	t	p	R (R ²)
	B	β				
<i>constante</i>	81,861					
Idade	-,021	-,032	,118 (,732)	-,343	,732	,032 (-,008)

Relativamente à idade caracterizada em função dos grupos “ativos” (cidadãos com idades inferiores a 65 anos), e dos não ativos (cidadãos com idades iguais ou superiores a 65 anos), verificamos que a satisfação do cidadão relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros apresenta uma média semelhante para ambos, 80.82 nos ativos e 80.31 nos não ativos, mas relativamente aos cuidados prestados pelos estudantes, a média é ligeiramente superior nos não ativos com 85.07 face aos 82.64 dos ativos, pese embora as diferenças não sejam estatisticamente significativas em ambos os casos, ($t=-0.218$; $p=0.828$) para a opinião relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros e ($t=-1.280$; $p=0.203$) para os estudantes de enfermagem (cf. Tabela 29).

Tabela 29: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função da atividade.

Atividade \ Dimensão Opinião	Ativos		Não ativos		t	p
	\bar{x}	Dp	\bar{x}	Dp		
Enfermeiros	80,82	12,49	80,31	12,24	0,218	0,828
Estudantes enfermagem	82,64	10,88	85,07	9,52	-1,28	0,203

Procurando saber em que medida as habilitações literárias discriminam a satisfação do cidadão através da dimensão opinião, pelo teste de U Mann Whitney (UMW), verificamos que as ordenações médias são mais baixas nos cidadãos com baixa literacia para a opinião sobre os enfermeiros, mas inversamente, mais elevadas relativamente aos estudantes, não apresentando diferenças estatisticamente significativas em ambos os tipos de opiniões, pelo que se verifica uma homogeneidade na classificação atribuída (cf. Tabela 30).

Tabela 30: Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função das habilitações.

Habilitações literárias \ Dimensão Opinião	Baixa literacia	Moderada/alta literacia	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Enfermeiros	57.88	58.55	975.500	0,933
Estudantes enfermagem	59.17	52.76	877.000	0,421

Na análise relativa ao estado civil, o teste não paramétrico U Mann Whitney evidencia ordenações médias superiores da satisfação nos cidadãos casados ou em união de facto, tanto para os cuidados prestados pelos enfermeiros como pelos estudantes, não apresentando diferenças estatisticamente significativas pelo que mais uma vez evidencia a

homogeneidade nas opiniões tanto para os inquiridos solteiros/divorciados/viúvos, como para os casados/união de facto (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Opinião sobre os cuidados dos enfermeiros e estudantes em função do estado civil.

Estado civil \ Dimensão Opinião	Solt./Divor./Viúvo	Casado/União facto	UMW	p
	Ordenação Média	Ordenação Média		
Enfermeiros	54.94	59.18	1.230,000	0,539
Estudantes enfermagem	55.20	59.08	1.238,500	0,573

Para uma melhor compreensão do grau de satisfação dos inquiridos em função de grupos de corte, bem como da sua distribuição face a cada uma das variáveis em estudo, passamos a apresentar os seus valores, começando pela análise relativa aos cuidados prestados pelos enfermeiros e posteriormente pelos estudantes de enfermagem.

Pela análise dos resultados dos inquiridos relativamente aos enfermeiros, os valores percentuais mais elevados em todas as variáveis situaram-se no grupo dos razoavelmente satisfeitos com 63,5%, seguido do grupo dos muito satisfeitos com 21,7% e finalmente, no grupo dos insatisfeitos obtivemos 14,8%.

Analisando as variáveis por grupo de corte, relativamente ao sexo verificamos que nos razoavelmente satisfeitos, os homens obtêm valores percentuais mais elevados com 70,7% no sexo masculino quando comparados com o sexo feminino que apenas obtêm 56,1%. Já nos grupos de corte dos insatisfeitos e dos muito satisfeitos, o sexo feminino obtêm valores percentuais mais elevados de 19,3% e 24,6% contra os 10,3% e os 19,0% do sexo masculino, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=2.932$; $p=0.231$) (cf. Tabela 32).

Relativamente à idade, verificamos que no grupo de corte dos insatisfeitos os valores percentuais são semelhantes tanto nos ativos como nos não ativos com 14,8%. Nos razoavelmente satisfeitos os não ativos obtêm um valor mais elevado de 66,7% contra os 60,7% dos ativos. Nos muito satisfeitos, os ativos com 24,6% pontuam mais que os não ativos que obtêm apenas 18,5%. Também nesta variável não se verificou diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0.649$; $p=0.723$) (cf. Tabela 32).

Quanto ao estado civil, os solteiros, viúvos ou divorciados obtiveram os maiores valores percentuais tanto no grupo dos insatisfeitos (15,6%) como no dos muito satisfeitos (25%) quando comparados com os dos casados ou união de facto com 14,5% e 20,5%,

respetivamente. No grupo dos razoavelmente satisfeito, com 65.1% os casados ou união de facto pontuaram mais que os solteiros, viúvos ou divorciados que corresponde apenas a 59.4%, não se verificando também diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 = 0.356$; $p=0.837$) (cf. Tabela 32).

Para as habilitações literárias, os de moderada/alta literacia apenas obtiveram valores percentuais mais elevados quando comparados com os de baixa literacia, apenas no grupo de corte dos razoavelmente satisfeitos com 71.4% contra 61.7%. No grupo de corte dos insatisfeitos e muito satisfeitos, os inquiridos com baixa literacia pontuaram mais que os de moderada e alta literacia, sendo de 16% e 22.3% contra os 9.5% e 19%, respetivamente. Também aqui não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0.822$; $p=0.663$) (cf. Tabela 32).

Tabela 32: Grau de satisfação relativo à opinião sobre os enfermeiros em função das variáveis.

Opinião sobre Enfermeiros Variáveis	Insatisfeito		Razoavelmente satisfeito		Muito satisfeito		χ^2	p
	N	%	N	%	N	%		
Sexo								
Feminino	11	19,3	32	56,1	14	24,6	2,932	0,231
Masculino	6	10,3	41	70,7	11	19,0		
Idade/atividade								
Ativos	9	14,8	37	60,7	15	24,6	0,649	0,723
Não ativos	8	14,8	36	66,7	10	18,5		
Estado civil								
Solteiro/Viúvo/Divorciado	5	15,6	19	59,4	8	25,0	0,356	0,837
Casados/União facto	12	14,5	54	65,1	17	20,5		
Habilitações literárias								
Baixa literacia	15	16,0	58	61,7	21	22,3	0,822	0,663
Moderada/alta literacia	2	9,5	15	71,4	4	19,0		
Total	17	14,8	73	63,5	25	21,7		

Na análise do grau de satisfação quanto aos cuidados prestados pelos estudantes relativamente às diferentes variáveis em estudo, verificamos de igual modo uma maior valorização da opinião tanto no número de inquiridos como em termos percentuais nos razoavelmente satisfeitos com o valor médio de 57.4%, seguido de 26.1% dos muito satisfeitos e de 16.5% dos insatisfeitos.

Analisando a variável sexo, verificamos que os homens apenas obtêm valores percentuais mais elevados com 20.7% contra os 12.3% das mulheres no grupo dos insatisfeitos. No grupo de corte dos razoavelmente satisfeitos e dos muito satisfeitos, o sexo feminino obtêm 59.6% e 28.1% respetivamente, contra os 55.2% e 24.1% do sexo masculino, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=1.501$; $p=0.472$) (cf. Tabela 32).

Na variável idade em função da atividade, verificamos que no grupo de corte dos insatisfeitos e dos muito satisfeitos, os valores percentuais são superiores nos ativos com 31.1% e 21.3% respetivamente, contra os 11.1% e 20.4% dos não ativos. Nos razoavelmente satisfeitos, os não ativos obtêm um valor mais elevado de 68.5% contra os 47.5% dos ativos, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=5.275$; $p=0.072$) (cf. Tabela 33).

Quanto ao estado civil, os solteiros, viúvos ou divorciados obtiveram os maiores valores percentuais tanto no grupo dos insatisfeitos com 21.9%, como no dos muito satisfeitos com 31.2%. Já os casados ou união de facto apenas obtêm 14.5% e 24.1%, respetivamente. No grupo dos razoavelmente satisfeitos, com 61.4% os casados ou união de facto pontuaram mais que os solteiros, viúvos ou divorciados que corresponde apenas a 46.9%, não se verificando também diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2 =2.076$; $p=0.354$) (cf. Tabela 33).

Nas habilitações literárias, os inquiridos de baixo literacia apresentaram valores percentuais mais elevados nos grupos de corte razoável e muito satisfeitos com 58.3% e 26.6% respetivamente, contra os 52.4% e 23.8% dos inquiridos de moderada e alta literacia. Estes apresentaram uma valoração mais elevada no grupo de corte dos insatisfeitos com 23.8% contra 14.9% dos inquiridos com baixa literacia. Também aqui não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($\chi^2=0.989$; $p=0.610$) (cf. Tabela 33).

Tabela 33: Grau de satisfação relativo à opinião sobre os estudantes em função das variáveis.

Opinião sobre Estudantes Variáveis	Insatisfeito		Razoavelmente satisfeito		Muito satisfeito		x ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
Feminino	7	12,3	34	59,6	16	28,1	1,501	0,472
Masculino	12	20,7	32	55,2	14	24,1		
Idade								
ativos	13	21,3	29	47,5	19	31,1	5,275	0,072
Não ativos	6	11,1	37	68,5	11	20,4		
Estado civil								
Solteiro/Viúvo/Divorciado	7	21,9	15	46,9	10	31,2	2,076	0,354
Casados/União factó	12	14,5	51	61,4	20	24,1		
Habilitações literárias								
Baixa literacia	14	14,9	55	58,5	25	26,6	0,989	0,610
Moderada/alta literacia	5	23,8	11	52,4	5	23,8		
Total	19	16,5	66	57,4	30	26,1		

Analisando os scores médios obtidos por itens da subescala *opinião* relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros e estudantes, em ambos verificamos que o score mais baixo recai no item 7 “A quantidade de informação que ... lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação”, sendo ainda assim o score mais baixo relativamente aos enfermeiros (3,98), do que o dos estudantes (4,03).

O score médio mais alto de 4.62 recai nos cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem, no item 14 relativo ao tratamento do cidadão enquanto pessoa e no item 19 relativo ao quanto estavam atentos às suas necessidades.

Os scores de satisfação obtidos são todos superiores relativamente aos estudantes de enfermagem, com exceção do item O4 relacionado com os saberes sobre os cuidados a prestar onde os enfermeiros, com um score de 4.24 superam os estudantes que apenas obtêm um score de 4.18, o mesmo sucedendo com o item O13 relativo ao tipo de informações transmitidas aos cidadãos sobre o seu estado e tratamento ou situação, obtendo os enfermeiros um score médio de 4.16 e os estudantes de 4.11 (cf. Gráfico 11).

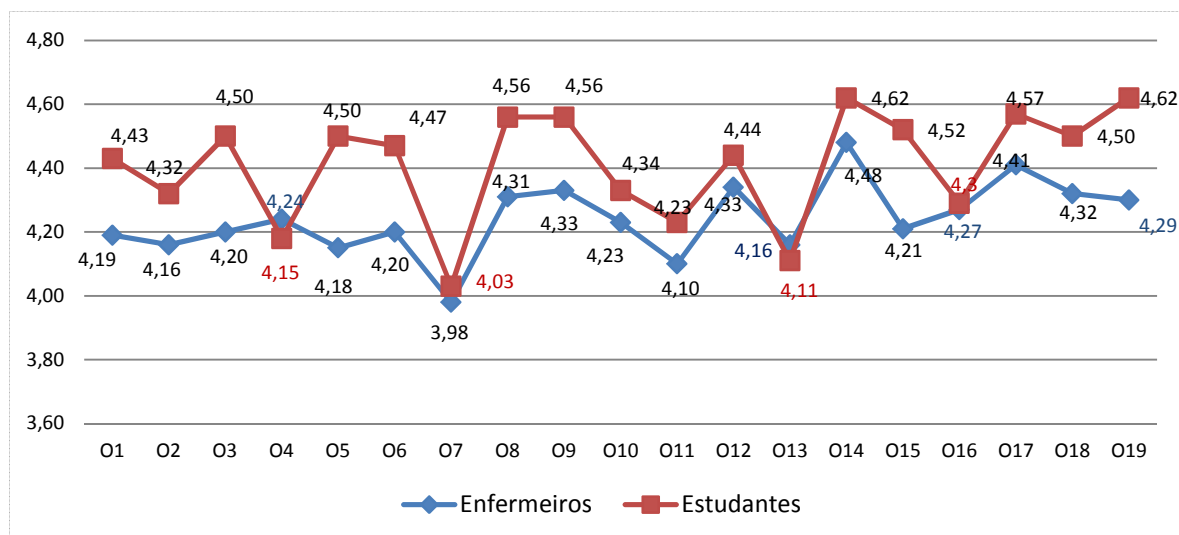


Gráfico 11: Resultados dos itens da subescala *opinião* relativa aos cuidados prestados por enfermeiros e estudantes de enfermagem.

Procurando identificar se a satisfação do cidadão face aos cuidados prestados era discriminada em função dos profissionais que os prestavam, enfermeiros e estudantes de enfermagem, efetuamos um teste t para amostras emparelhadas. Pelo teste de Levene verificamos que as variâncias não são homogêneas e pela diferença de médias, observa-se que os cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem indicam níveis de satisfação superiores, sendo as diferenças estatisticamente significativas relativamente aos itens:

- O1 "O tempo que gastaram consigo" ($t=-3,624$; $p=.000$);
- O2 "Capacidade com que desempenharam as suas atividades" ($t=-2,627$; $p=.010$);
- O3 "Estava sempre por perto quando dele precisou" ($t=-3,651$; $p=.000$);
- O5 "A rapidez com que vieram quando os chamou" ($t=-4,450$; $p=.000$);
- O6 "A maneira como o fizeram sentir como se estivesse em sua casa" ($t=-3,900$; $p=.000$);
- O8 "A frequência com que perguntavam se estava bem" ($t=-3,624$; $p=.000$);
- O9 "A ajuda que recebeu" ($t=-3,048$; $p=.003$);
- O14 "Como o trataram como pessoa" ($t=-2,526$; $p=.013$);
- O15 "Como ouviram as suas preocupações" ($t=-4,203$; $p=.000$);
- O17 "A boa vontade com que responderam aos seus pedidos" ($t=-2,531$; $p=.013$);
- O18 "A privacidade que lhe deram" ($t=-2,982$; $p=.004$);
- O19 "O quanto estiveram atentos às suas necessidades" ($t=-5,032$; $p=.000$).

Também com médias superiores nos estudantes de enfermagem, mas sem diferenças estatísticas significativas encontramos os itens:

- O7 "A quantidade de informação que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação" (t=-,669; p=.505);
- O10 "A maneira como lhe explicaram as coisas" (t=-1.645; p=.103);
- O11 "A maneira como tranquilizaram os seus familiares ou amigos" (t=-1.892; p=.061);
- O12 "A forma como fizeram o seu trabalho" (t=-1.645; p=.103);
- O16 "A liberdade que lhe deram dentro do Serviço" (t=-.245; p=.807).

Com médias superiores relativamente aos cuidados prestados pelos enfermeiros, mas sem diferenças estatísticas significativas, encontramos os itens:

- O4 "O quanto sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar" (t=.927; p=.356);
- O13 "O tipo de informações que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação" (t=.554; p=.581).

Comparando às médias de satisfação entre enfermeiros e estudantes na dimensão *opinião*, o cidadão refere níveis de satisfação inferiores relativamente aos cuidados prestados por enfermeiro, com diferença estatisticamente significativa (t=-4,511; p=.000) (cf. Tabela 34).

Tabela 34: Opinião do cidadão com os cuidados prestados por enfermeiros e estudantes

Itens Opinião	Prestadores cuidados		Estudantes		Levene	t	p
	\bar{x}	dp	\bar{x}	dp	(t)		
O1. O tempo que gastaram consigo.	4,19	,771	4,43	,664	,000	-3,624	,000
O2. Capacidade com que desempenharam as suas atividades	4,16	,823	4,32	,767	,000	-2,627	,010
O3. Estava sempre por perto quando dele precisou	4,20	,881	4,50	,693	,000	-3,651	,000
O4. O quanto sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.	4,24	,779	4,18	,801	,000	,927	,356
O5. A rapidez com que vieram quando os chamou	4,15	,929	4,50	,718	,000	-4,450	,000
O6. A maneira como o fizeram sentir como se estivesse em sua casa	4,20	,819	4,47	,653	,000	-3,900	,000
O7. A quantidade de informação que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.	3,98	,936	4,03	,917	,000	-,669	,505
O8. A frequência com que perguntavam se estava bem	4,31	,788	4,56	,580	,000	-3,624	,000
O9. A ajuda que recebeu.	4,33	,792	4,56	,610	,000	-3,048	,003
O10. A maneira como lhe explicaram as coisas	4,23	,806	4,33	,758	,000	-1,645	,103
O11. A maneira como tranquilizaram os seus familiares ou amigos	4,10	,872	4,23	,806	,000	-1,892	,061
O12. A forma como fizeram o seu trabalho	4,34	,760	4,44	,665	,000	-1,645	,103
O13. O tipo de informações que lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação	4,16	,875	4,11	,934	,000	,554	,581
O14. Como o trataram como pessoa	4,48	,654	4,62	,571	,000	-2,526	,013
O15. Como ouviram as suas preocupações	4,21	,843	4,52	,680	,000	-4,203	,000
O16. A liberdade que lhe deram dentro do Serviço	4,27	,809	4,29	,747	,000	-,245	,807
O17. A boa vontade com que responderam aos seus pedidos	4,41	,700	4,57	,593	,000	-2,531	,013
O18. A privacidade que lhe deram	4,32	,767	4,50	,598	,000	-2,982	,004
O19. O quanto estiveram atentos às suas necessidades	4,30	,774	4,62	,555	,000	-5,032	,000
Total de opinião da satisfação	80,58	12,32	83,78	10,29	,000	-4,511	,000

Em síntese

Quando comparamos o grau de satisfação relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem, através da dimensão opinião, verificamos que:

- Em ambos os sexos, os cidadãos inquiridos atribuem médias superiores de satisfação relativamente aos estudantes;
- Em função da idade/atividade, a opinião dos inquiridos é de igual modo superior relativamente aos cuidados de enfermagem prestados pelos estudantes;
- Os cidadãos com moderada/alta literacia atribuem melhores ordenações médias relativamente aos enfermeiros. Os estudantes obtiveram ordenações médias superiores nos cidadãos com baixa literacia;
- No que diz respeito ao estado civil dos cidadãos, as ordenações médias são superiores tanto para os enfermeiros como para os estudantes, relativamente aos casados e em união de facto;
- O grau de satisfação dos cidadãos face aos cuidados prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem, enquadrou-se maioritariamente no grupo de corte dos razoavelmente satisfeitos com 63,5% e 57,4% respetivamente;
- Os valores percentuais dos cidadãos muito satisfeitos são superiores em todas as variáveis, nos cuidados prestados pelos estudantes, sendo no global de 26,1% nos estudantes e de 21,7% nos enfermeiros;
- No grupo dos insatisfeitos, verificamos uma maior percentagem relativamente aos cuidados prestados pelos estudantes com 16,5% contra os 14,8% dos enfermeiros. Por variáveis, verifica-se o mesmo relativamente ao género masculino (10,3% vs 20,7%), nos ativos (14,8% vs 21,3%) e nos solteiros/divorciados/viúvos (15,6% vs 21,9%). Em sentido inverso, verificou-se valores percentuais mais elevados relativamente aos enfermeiros nas variáveis género feminino (19,3% vs 12,3%), não ativos (14,8% vs 11,1%) e de baixa literacia (16% vs 14,9%). Obteve-se igual valor percentual (14,5%) tanto em relação aos enfermeiros como estudantes no que se refere ao estado civil dos que vivem casados ou união de facto.
- No global, o nível de satisfação do cidadão é mais elevado relativamente aos cuidados prestados pelos estudantes de enfermagem.

7.4. DISCUSSÃO DO ESTUDO 3 – SATISFAÇÃO DO CIDADÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Nas últimas duas décadas, a satisfação do cidadão enquanto indicador de resultados dos serviços de saúde, tem sido tema de análise por parte das organizações. A sua importância advém do facto de muito contribuir para os processos de creditação das organizações em prol da qualidade no seu todo e em particular dos serviços que a integram.

Vivemos num período onde o aumento exponencial das expectativas e das exigências dos cidadãos, conduzem ao conseqüente aumento da responsabilidade dos profissionais de saúde, com todas as atenções centradas nos resultados, no uso adequado dos recursos disponíveis e implementação de metodologias de melhoria contínua de qualidade, onde os vários intervenientes – clientes, prestadores de cuidados, gestores, financeiros e políticos devem contribuir para o aumento da satisfação dos cidadãos e das suas expectativas (Ribeiro O. et. al., 2008, p.11).

McIntyre & Silva (1999) consideram ser indispensável para as organizações e serviços de saúde, conhecer a perspectiva do cidadão, garantindo a monitorização da qualidade dos serviços de saúde, sendo que, com esta monitorização, identificamos os problemas, permitindo assim a sua correção de modo a ir de encontro às expectativas dos cidadãos relativamente aos cuidados que lhe são prestados.

Vários têm sido os estudos efetuados sobre a satisfação do cidadão face aos cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem em diversas áreas e instituições de saúde. Salientamos dois direcionados para os cuidados de enfermagem, cuja recolha de dados se baseou no mesmo instrumento, nomeadamente o de Rodrigues & Dias (2003) associado aos cuidados hospitalares e cuidados de saúde primários, bem como o de Ribeiro N. (2008) relativo aos cuidados prestados no serviço de urgência, ambos da Região Autónoma da Madeira.

Se analisarmos as pontuações médias dos dois estudos, comparativamente ao do presente estudo, verificamos que ambos revelam uma elevada satisfação dos cidadãos quanto à sua experiência com os cuidados de enfermagem. O atual estudo, com uma média da ESCCE global de 254.5, correspondendo na dimensão *experiência* a 173.92 e de 80.58 na

dimensão *opinião*, apresenta médias superiores ao da escala original LOPSS, de La Mónica Oberst, cit. por Rodrigues & Dias (2003), cuja média foi de 249.7, verificando-se o mesmo relativamente aos estudos de Rodrigues & Dias e Norberto Ribeiro, cujas pontuações médias da ESCCE global das primeiras foi de 245.93, sendo do segundo de 230.74, obtendo na dimensão *experiência* a pontuação de 167.87 e 159.81, e na dimensão *opinião* de 78.06 e 70.94, respetivamente.

Importa referir que no presente estudo, a dimensão *opinião modificada* para a aplicação aos estudantes de enfermagem, quando comparada com as restantes, obteve uma pontuação média superior de 83.78.

Os resultados da presente investigação poderão ser justificados pelo facto de se tratar de regiões em estudo diferentes, cujas crenças e valores relativos aos cuidados prestados pelo SNS a nível das regiões insulares, serem considerados como mais carenciados. Por outro lado, a região em cujo presente estudo foi realizado tem sido considerada como prestadora de cuidados de qualidade face às relativamente recentes infraestruturas de serviços e boas acessibilidades.

Ao analisarmos o grau de satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem, verificamos que a soma dos valores percentuais que integram o grupo de corte dos razoavelmente satisfeito e muito satisfeitos, as médias são superiores a 75% em todas as variáveis em análise.

Relativamente ao estudo comparativo entre os cuidados prestados por enfermeiros e estudantes de enfermagem, as pontuações médias obtidas são também superiores relativamente aos estudantes de enfermagem, excepto no item relacionado com o grau de moderada e alta literacia em que os enfermeiros obtêm uma pontuação de 58.55 e os estudantes de enfermagem apenas 52.76, bem como no item relacionado o estado civil, cujos enfermeiros obtêm uma pontuação média de 59.19, superior em apenas 0.1 à obtida pelos estudantes.

Finalmente, abordando o domínio das competências, o estudo evidência como mais salientes em prol dos estudantes de enfermagem, as interpessoais, sobressaindo as aptidões sociais, facilitadoras dos processos de interação social, aptidões relacionais e humanas onde se inclui a disponibilidade de tempo manifestada para estar junto do cidadão, a empatia, a relação de ajuda e a preocupação com a satisfação das necessidades do cidadão, sabendo assumir as suas responsabilidades ético-legais e deontológicas. Podemos ainda

salientar o acolhimento e o tratamento dos cidadão face as necessidades afetadas enquanto pessoa humana, bem como o respeito pelos seus valores e crenças.

No domínio das competências instrumentais, as capacidades cognitivas e técnicas, associadas ao atendimento e realização das atividades junto do cidadão são também evidentes, pese embora condicionadas pelas limitações relacionadas com o estatuto de estudante, tais como, a menor experiência na realização e cumprimento das ações inerentes aos cuidados a prestar aos cidadãos e seus familiares, na informação transmitida, e na liberdade de ação permitida aos cidadãos e familiares por desconhecimento das normas e regras institucionais, questões traduzidas na valoração dos itens da subescala opinião 1, 3, 5, 8, 9, 14, 15, 17, 18 e 19.

Como competências menos valorizadas pelos cidadãos encontramos as sistémicas, influenciadas pela fragilidade em termos comunicacionais da transmissão de informação relativas ao estado de saúde dos cidadãos, as quais também se justificam pelo estatuto dos estudantes, cujas tomadas de decisão se encontram limitadas ou mesmo impedidos da sua concretização. Em concreto, estas vêm tradução na informação a transmitir ao cidadão e seus familiares sobre a evolução e prognóstico do seu estado de saúde, traduzida no cidadão como alguma frustração em função das suas expectativas, denotando nos estudantes alguma insegurança ou até mesmo falta de conhecimento, temáticas traduzidas na valoração dos itens de subescala opinião 4, 7, 13 e 16.

Como resultado do presente estudo concluímos que os cidadãos apresentam níveis de satisfação inferiores relativamente aos cuidados prestados por enfermeiros quando comparados com os cuidados prestados pelos estudantes (80,58 vs 83,78) com diferença estatisticamente significativa ($t=-4,511$; $p= 0,000$)

Concluimos assim que o último indicador em análise, a **satisfação do cidadão**, reforça os obtidos pela associação dos dois indicadores anteriores – gastos com materiais e tempo disponibilizado para a prestação de outros cuidados nos serviço.

CAPÍTULO 8 – CONCLUSÃO INTEGRATIVA

Definido como **propósito** da presente investigação, a avaliação dos custos e benefícios para as instituições hospitalares nos domínios dos recursos materiais, recursos humanos e qualidade dos cuidados que são prestados aos doentes internados nos serviços de saúde e as implicações resultantes da realização dos ensinamentos clínicos do curso de licenciatura em enfermagem sobre esses mesmos resultados, problemática **justificada** pela dicotomia existente entre o contexto teórico do ensino de enfermagem e o contexto prático de enfermagem, refletida na literatura e por nós vivenciada em termos profissionais a quando da solicitação dos campos de estágio para a realização desses mesmos ensinamentos clínicos, importa agora **clarificar e esclarecer** através dos resultados dos três estudos que integram a presente investigação, se de facto se justifica a caracterização como um custo ou como um benefício, a realização dos ensinamentos clínicos nas instituições hospitalares.

Este nosso interesse pela temática é ainda reforçado pelo facto da governação clínica que tem vindo a ser implementada, tanto na área da saúde como do ensino em enfermagem, induz à implementação de processos de melhoria contínua orientadas para a qualidade dos cuidados a prestar às populações, evidências retratadas no Programa do XVIII Governo Constitucional nas Grandes Opções do Plano 2010-2013, as quais implicam necessariamente alterações na forma como os hospitais se organizam e gerem os recursos. Por outro lado, as fragilidades do ensino de enfermagem associadas às dificuldades de acompanhamento dos docentes em EC, o elevado ratio orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho, são também referidos pela Ordem dos Enfermeiros (2008, p.17) como pontos fundamentais a ter em consideração pelas instituições de ensino face aos constrangimentos apresentados a nível hospitalar.

Assim sendo, com a presente investigação pensamos poder estimular e fortalecer as parcerias de colaboração existentes entre as instituições de ensino e hospitalares com base no compromisso e confiança, melhoria das relações e a racionalização da articulação e gestão, sustentadas em resultados concretos que poderão conduzir a benefícios para ambas as partes, tal como perspectivado por Downie et al. (2001).

Como referido na revisão da literatura, grande parte dos estudos incidem sobre questões relacionadas com as dificuldades de acompanhamento dos docentes, o elevado número de estudantes por orientador, o elevado número de estudantes por período de trabalho e a formação dos orientadores, enfermeiros, envolvidos na supervisão clínica.

Para a presente problemática, as pesquisas efetuadas ao nível das bases de dados científicas não identificaram estudos complexos como o da presente investigação, encontrando-se apenas estudos sectoriais, direccionados para a vertente da satisfação, mas mesmo assim, sem refletirem a presença de estudantes de enfermagem em ensino clínico. Consideramos pois ser pertinente os achados da presente investigação, nos domínios da gestão de materiais associados aos cuidados de enfermagem, do tempo disponibilizada pelos enfermeiros junto dos doentes para a prestação de cuidados e das interferências dos estudantes sobre os enfermeiros no seu dia-a-dia de trabalho, e finalmente, no grau de satisfação do cidadão face aos cuidados por eles prestados, com o objetivo de se esclarecer e identificar as suas influências nos resultados organizacionais.

O estudo espelha o envolvimento da formação de estudantes de enfermagem durante a realização dos ensinamentos clínicos em enfermagem nas organizações hospitalares, através da análise de indicadores de estrutura, processo e resultados, associados ao consumo de materiais, tempo de execução de cuidados e satisfação dos utentes, enquanto elementos fundamentais para a qualidade de serviços de saúde. Tais pressuposto, alicerçados em teorias de apoio à gestão, consideradas pelas organizações europeias como estruturantes e fundamentais para o seu sucesso, assumidas como condutas de excelência sustentáveis a seguir e que pressupõem a afetação de recursos de acordo com as necessidades, promovendo assim a eficiência dos serviços através da adequação dos meios aos resultados, conjuntamente com a avaliação da satisfação dos cidadãos enquanto elementos fundamentais, poderão ser influenciados pela intervenção dos estudantes, condicionando a validação das políticas e estratégias de gestão das organizações.

Fizemos pois no primeiro estudo o levantamento dos gastos de materiais na instituição durante o ano de 2011, identificando simultaneamente a parte dos gastos atribuíveis à presença de estudantes em EC, para deste modo podermos aferir o acréscimo do custo por estudante/turno/dia, para a organização hospitalar. No segundo estudo, quantificamos nas enfermarias o tempo de prestação de cuidados de enfermagem junto dos doentes sem a presença de estudantes, e de igual modo, quantificamos o tempo de prestação de cuidados dos enfermeiros com a presença de estudantes em EC. Assim aferimos a diferença de

tempo utilizada pelos enfermeiros na prestação dos cuidados aos doentes com e sem estudantes em EC, e deste modo, quantificando em termos de valor monetário face ao custo hora de cuidados de enfermagem disponibilizado pela instituição para cada serviço, identificamos a disponibilidade de ganhos ou perdas, resultantes da presença dos estudantes.

Quantificados os custos de materiais atribuíveis à presença de estudantes em EC e calculada a diferença de horas de cuidados de enfermagem que os enfermeiros necessitam para a prestação dos cuidados aos doentes, com e sem a presença de estudantes nos serviços, foi possível aferir o saldo daí resultante para as instituições hospitalares.

Como métodos utilizados conducentes à realização da presente investigação, planeamos um trabalho de campo metucioso, onde a presença e o treino dos colaboradores e a recolha do corpus documental procurou ser o mais rigorosa possível, recorrendo-se à observação presencial e registo de dados em grelha elaborada para o efeito de modo a poder compilar e reter os dados, bem como à aplicação de escalas validadas, cuja robustez psicométrica obtida atestam como uma mais-valia.

Tendo em consideração a discussão efetuada em cada um dos estudos, com a presente conclusão integrativa apresentamos uma síntese da problemática em análise, e com ela, propomos sugestões facilitadoras para o estabelecimento de parcerias institucionais.

A análise do indicador de estrutura, traduz que a presença de estudantes em ensino clínico promoveu um aumento de gastos de consumíveis em quantidade e custo, pelo que, em consequência, resultou numa menor eficiência orçamental para a instituição hospitalar.

Dos 26 artigos analisados, verificou-se um aumento dos custos associados à presença de estudantes em 16 artigos, salientando-se os relacionados com os cuidados de higiene e conforto (sistemas de higiene oral, esponja higiene para banhos, sabão líquido hipoalergénico, resguardos e fraldas), material de proteção individual (luvas não esterilizadas e aventais plástico), material para tratamento de feridas e regeneração tecidual (adesivos, pensos rápidos, pensos transparente e compressas), e relativamente aos artigos relacionadas com a preparação e administração de terapêutica (seringas, sistemas para infusão de soros, obturadores para sistemas de infusão, agulhas para administração de injetáveis e agulhas com aletas para colheitas).

Analisando os consumos por serviços, relativamente à Medicina verificamos o aumento em 13 artigos (agulha com aletas, contentor agulhas 500cc, kit algaliação, obturador, penso

rápido 19x72mm, penso transparente, seringa 100cc, sistema higiene oral, esponja higiene, compressas, luvas latex não esterilizadas, luvas vinil não esterilizada, avental de plástico), e na Cirurgia de 19 (agulhas, agulhas com aletas, obturador, pensor rápido 19x72mm, penso transparente, compressas, adesivo comum, perfurador soro, seringa 100cc, seringa insulina, sistema soro, sistema higiene oral, esponja higiene, sabão líquido hipoalergénico, fralda, resguardo, toalhete papel, luva de vinil não esterilizada e avental de plástico).

Verificamos que nos serviços de Medicina, o consumo e custo dos artigos são maiores do que nos serviços de Cirurgia (2.042.854 artigos; 110.068,65€ vs 1.216.833 artigos; 68.609,75€). Contudo, ao analisarmos o diferencial em termos de custo, entre a ausência e a presença de estudantes, os resultados sugerem um melhor controlo e supervisão clínica dos estudantes no Ensino Clínico I – Medicina, pois o diferencial neste serviço é inferior ao diferencial de gastos obtidos no Ensino Clínico II – Cirurgia (951,79€ vs 1.617,09€).

Os resultados mostram que, no Ensino Clínico II, os estudantes, apesar de supostamente já terem as competências instrumentais mais desenvolvidas para a realização de um conjunto intervenções e de procedimentos técnicos associados aos cuidados de enfermagem, com um conseqüente maior domínio e controlo dos materiais associados aos cuidados de enfermagem, acabam ainda assim por gastar mais, tornando os ensinamentos clínicos mais onerosos. Deste facto sobressai a importância dos enfermeiros do serviço na colaboração e no desenvolvimento de competências técnicas dos estudantes, pois tal como referido por Longarito (2002, p. 29), a má execução das técnicas é para 89,5% dos enfermeiros uma situação de dificuldade nos estudantes. Assim sendo, a maior disponibilidade dos enfermeiros resultantes da presença dos estudantes, pode e deve ser um contributo importante para a redução desses mesmos gastos, através de um melhor e mais assíduo acompanhamento destes na execução dos procedimentos técnicos, uma vez que os enfermeiros cooperantes não podem de uma forma eficiente, estar na supervisão de vários estudantes em simultâneo e muito menos em enfermarias diferentes.

O resultado dos estudos de Simões & Garrido (2007, p.602), ao chamarem a atenção para a menor valorização da aquisição de competências técnicas por parte dos enfermeiros, reforça em nosso entender os resultados agora obtidos, alertando-se para a importância da sua colaboração na orientação e execução de procedimentos de enfermagem dos estudantes, não só pelos enfermeiros cooperantes, mas também por parte dos restantes elementos que constituem a equipa de enfermagem.

Os resultados do segundo estudo, tradutor do indicador de processo, atribuindo um tempo global médio de prestação de cuidados no turno da manhã por parte dos enfermeiros de 31,72 minutos, correspondendo a 38,55 minutos sem estudantes e 27,12 minutos com a presença de estudantes, vem confirmar a disponibilidade que a presença de estudantes em ensino clínico proporciona à equipa de enfermagem para a realização das diversas intervenções de enfermagem, e concomitantemente, maior disponibilidade para poderem participar de uma forma mais ativa na formação e orientação dos estudantes em ensino clínico. Acresce o facto de se ter verificado que mesmo no final dos ensinos clínico, a presença de estudantes junto dos doentes se situou nos 70 minutos, permitindo uma maior atenção e disponibilidade para a prestação de cuidados aos doentes no turno da manhã.

A presença dos estudantes proporciona assim aos enfermeiros a disponibilidade de tempo para a prestação de outros cuidados num total de 11,43 minutos/doente, correspondendo em termos de valor monetário a 1,55€/doente, fruto do custo médio dos cuidados de enfermagem para os oito serviços ser de 8,156€/h, ou seja 0,136€/m. Tendo em consideração a prestação de cuidados a 16 doentes por parte dos estudantes durante o turno da manhã, o valor disponibilizado perfaz um total de 24,87€/turno/serviço. Se atendermos aos gastos diários de artigos consumidos na medicina de 11,75€ e de 19,96€ na cirurgia, obtemos um saldo positivo para a instituição e por serviço de 13,05€ e de 4,84€, respetivamente.

Em termos globais, a presença de estudantes em EC nos hospitais leva ao acréscimo de custos em materiais de 0,33€/estudante/turno, sendo que com a presença de 10 estudantes por turno/serviço, temos um gasto diário de 3,3€. Se subtrairmos o valor do tempo disponibilizada, temos como resultado um saldo positivo de 21,57€ por doente/dia para a instituição hospitalar.

Em termos de intervenções de enfermagem realizadas pelos estudantes, para além da sua evidente disponibilidade e presença, no seu conjunto salientam-se as intervenções relativas à avaliação dos parâmetros vitais, os cuidados de higiene e conforto e o aporte nutricional como sendo as mais executadas.

Destes resultados se infere que a presença dos estudantes nos EC constitui um indicador efetivo da individualização e qualidade dos cuidados de enfermagem, com benefícios diretos para profissionais, instituição e para os doentes, sendo que para estes, a mais-valia foi confirmada pelos próprios com a realização do terceiro estudo.

O indicador de resultados apurado pela avaliação da satisfação do cidadão relativamente os cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e estudantes de enfermagem, tanto na sua globalidade, como nas dimensões que caracterizam as experiências vividas e a opinião sobre esses mesmos cuidados, refletem esses mesmos benefícios. Em termos de satisfação, analisados os grupos de corte em função da média, verificamos que apenas 14.8% consideraram estar insatisfeitos com os cuidados prestados por enfermeiros, sendo o valor percentual ligeiramente mais elevado relativamente aos estudantes de 16.5%.

Analisados os resultados em função das pontuações da escala de satisfação, os scores médios obtidos foram elevados, verificando-se na pontuação global um score médio de 254,5 num máximo de 291, na dimensão *experiência* um score médio de 173,92 num máximo de 197, e para a *opinião* um score de 80,58 em 95, sendo este reforçado em relação aos estudantes, passando para um score médio de 83,78, superior quando comparado com os dos enfermeiros, sendo a diferença estatisticamente altamente significativa ($t=-4,511$; $p= 0,000$), refletindo-se essas mais-valias em prol dos estudantes no domínio das competências relacionais, onde a disponibilidade de tempo manifestada para estar junto do cidadão, a empatia, a relação de ajuda e a preocupação com a satisfação das necessidades do cidadão, dentro das suas responsabilidades ético-legais e deontológicas são evidentes. São ainda salientadas as capacidades manifestadas pelos estudantes em termos de acolhimento e tratamento do cidadão enquanto pessoa humana, bem como o respeito pelos seus valores e crenças no atendimento e a realização das intervenções junto do mesmo.

Em conclusão, a análise dos resultados no seu conjunto permite-nos considerar que quando discutimos sobre as implicações da presença de estudantes em ensino clínico, não podemos contrapor como fatores condicionantes para a sua concretização, os gastos suplementares de artigos, nem as "perdas" de tempo por parte dos enfermeiros para a supervisão dos estudantes.

A presente investigação, através do primeiro estudo documenta a análise relativa ao aumento dos gastos em materiais, mas contraria a segunda perspetiva relativa às maiores necessidades de tempo para acompanhamento dos estudantes, sendo inclusive compensado o aumento dos custos dos materiais com o custo em tempo disponibilizado aos enfermeiros. Na verdade, os resultados obtidos nos três indicadores de qualidade em análise evidenciam que os ensinos clínicos podem contribuir para uma maior eficiência das intervenções de enfermagem em termos de monitorização e controle de gastos, bem como

no desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências dos estudantes, aumentando a qualidade dos serviços e dos cuidados.

Os resultados aportam também que a presença de estudantes, reduzindo o tempo de prestação de cuidados pelos enfermeiros junto dos doentes, permite libertá-los para a realização de outros cuidados ou intervenções, onde podemos incluir não só as funções de supervisão clínica dos estudantes como referido por Simões & Garrido (2007), Abreu (2007) e Longarito (2002), mas também as atividades formativas individuais e coletivas, no contexto das equipas.

Referimos pois que os ensinamentos clínicos de enfermagem em termos de indicadores de processo e de resultados trazem benefícios para a instituição hospitalar associados aos recursos humanos e satisfação dos utentes, mas são desfavoráveis relativamente ao consumo de materiais, enquanto indicador de estrutura.

Para os profissionais de enfermagem, obtém-se uma maior disponibilidade para a prestação de cuidados, fator que contribui para a melhoria do indicador de processo.

Para o utente, a maior proximidade e disponibilidade de profissionais para a prestação de cuidados de enfermagem, contribui para a sua maior satisfação e conseqüentemente, melhor relação com organização, fator que contribui para a sua procura na busca da satisfação das suas necessidades.

Concluimos pois da mais-valia da realização dos ensinamentos clínicos de enfermagem nas instituições hospitalares, pelo que as parcerias deverão ser estabelecidas e reforçadas num ambiente relacional responsável e de mútua confiança face aos resultados obtidos (cf. Figura 10).

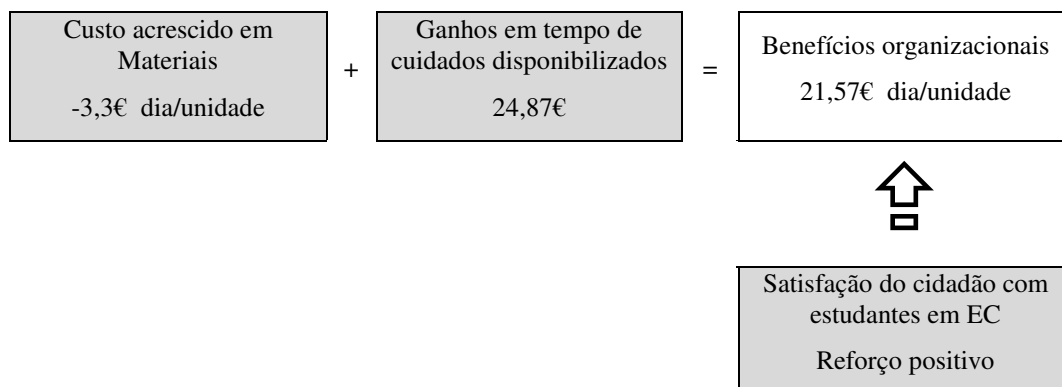


Figura 10: Resultados do modelo teórico proposto

Importa assim clarificar o que se espera de ambas as instituições. Tal como referido por Abreu (2003, p.49), os gestores devem estabelecer e acordar, num sistema de comunicação aberto, num diálogo franco, baseado na verdade, honestidade e boa-fé quanto às capacidades de cada uma das partes, os objetivos e propósitos que resultam dos protocolos que estabelecem, salvaguardando os interesses de ambas as partes e evitando-se as relações "amistosas", por vezes geradoras de conflitos por inadequação dos serviços, carência de recursos materiais e não envolvimento das pessoas.

Pensamos pois ter "desmistificado" falsos problemas que comprometem ou dificultam a concretização de protocolos ou parcerias institucionais, tendo em vista a realização dos ensinos clínicos, justificados por vezes com a falta de condições, tempo e recursos. Bem pelo contrário, o estudo demonstra a mais-valia que pode resultar dessa mesma colaboração, com benefícios evidentes na qualidade de cuidados, na satisfação do cidadão e na qualificação e desenvolvimento das competências dos futuros profissionais de enfermagem. Concordando com O'Koren (1986) citada por Amador (1991, p.15), os modelos de colaboração entre os serviços de enfermagem e as escolas não podem ser postos em questão, mesmo perante as alterações em termos de gestão das organizações, impostas ou não pela evolução da sociedade e das políticas de governação.

O presente estudo salienta e reforça a importância da definição protocolos de colaboração assentes em informação válida, de modo a não comprometer os objetivos tanto das escolas como dos serviços, os quais, sendo consistentes relativamente às competências e capacidades que possuem, promovem e dignificam a enfermagem.

O acompanhamento das práticas clínicas no processo superviso em enfermagem, tal como referido por Abreu (2003, pp.47-48), é promotor da aprendizagem e deve ser concebido como um percurso e não como um ponto de chegada, tendo presente a preocupação com a qualidade da prática e garantindo a segurança e bem-estar dos doentes, cuja responsabilidade legal deve ser repartida entre instituições de ensino e de saúde. Esta deve estar alicerçada em protocolos, exigindo um acompanhamento sistemático dos estudantes e simultaneamente proporcionando-lhes espaços e recursos que permitam a observação, reflexão, debate e recomposição teórico-conceptual para uma aprendizagem baseada na análise de problemas, só possível em contexto real, para a qual, as equipas de enfermagem no seu todo, devem dar o seu contributo. De acordo com o mesmo autor,

citando (Gilckman, Gordon, & Ross-Gordon, 1998), para que esse acompanhamento seja efetivo, são necessários pré-requisitos, tais como conhecimentos, competências interpessoais e competências técnicas, as quais devem ser desenvolvidas através do recurso aos diversos modelos, sejam eles desenvolvimentistas, processuais ou integrativos, para poderem conduzir os supervisados ao aperfeiçoamento das suas habilidades e competências, as quais, de acordo com Hawkins e Shohet (1989) e Benner (2001), conduzem os formandos nas suas etapas evolutivas de aperfeiçoamento, que vão de “*iniciado*” a “*perito*” ou “*proficiente*”.

Neste processo evolutivo, temos de pensar e adaptar o tipo de colaboração existente entre as instituições de ensino e hospitalares, para que, sem comprometer a realização dos ensinamentos clínicos, a integração dos profissionais de enfermagem na orientação dos estudantes, integrem a componente normativa, diretiva ou de gestão, a componente formativa/educativa e a componente restaurativa, de modo a gerir e manter os padrões profissionais, promovendo e agindo de acordo com os procedimentos e as políticas institucionais, promovendo o desenvolvimento de competências e de conhecimentos dos supervisados através da reflexão na prática clínica, melhorando a compreensão e promovendo a aquisição das competências, e finalmente, dando o apoio emocional e ajudando os praticantes a perceberem e gerirem o stress emocional da enfermagem prática ao longo do seu processo formativo.

Na verdade, o modelo de colaboração supervisiva existente e que deu suporte à presente investigação, se por um lado leva à integração de alguns enfermeiros na componente teórica e posterior acompanhamento na prática clínica, por outro, conduz ao não envolvimento da restante equipa na formação, desresponsabilizando-os dessa mesma função, conduzindo ao desvincular da componente normativa ou de gestão a que estão por preceitos legais obrigados.

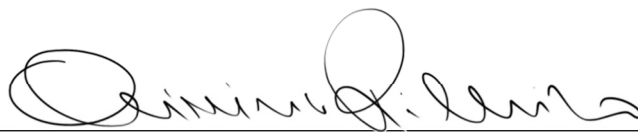
Acresce dizer que, por força da legislação laboral vigente que limita o número de horas a contratualizar pelas instituições de ensino, relativamente aos profissionais com funções supervisivas (enfermeiros), em função do tipo de vínculo contratual estabelecido com as entidades empregadoras (hospitais), conduz por um lado à necessidade de contratualização de um maior número de profissionais, mas por outro, reduz o tempo presencial de funções supervisivas junto dos supervisados, tendo como implicações, a diminuição da qualidade dessa mesma supervisão, com inerentes perdas no desenvolvimento de competências nos estudantes. Por outro lado, comprometendo e compensando apenas dois ou três

profissionais por serviço, podemos estar a condicionar ou mesmo desmotivar e desresponsabilizar a restante equipa, comprometendo no limite os objetivos pedagógicos e de gestão de ambas as organizações.

Sugerimos pois como futura área de investigação a análise de custos com o pessoal afeto ao processo superviso por parte das instituições de ensino, para assim se poder averiguar das vantagens ou desvantagens do processo de contratualização de profissionais verso processo de contratualização de serviços em termos globais, estabelecido diretamente entre as administrações hospitalares e de ensino.

Salientamos ainda como limitação do presente estudo, a impossibilidade de se efetuar a análise estatísticas da relação entre o tempo de prestação de cuidados de enfermagem prestados por enfermeiros e por estudantes e a satisfação do cidadão, por força das amostras obtidas, pelo que sugerimos numa abordagem futura a replicação do estudo cujas bases amostrais possam ser coincidentes.

Em síntese, advogamos que pese embora o aumento de gastos de recursos materiais, sem relevância estatística, associados à presença de estudantes em ensino clínico, na verdade as instituições hospitalares obtêm benefícios com a realização dos mesmos, não só pelos ganhos em tempo obtidos pela presença de estudantes, mas também pela possibilidade de atualização constante de conhecimentos, troca de experiências e acima de tudo, pela efetiva mais-valia que é a satisfação do cidadão face aos cuidados que são prestados nas instituições de saúde.



Olivério de Paiva Ribeiro

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau e EDUCA.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, A. (2008). *Transições e contextos multiculturais: contributos para a anamnese e recurso aos cuidados informais*. Coimbra: Formasau.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Maio, 2009). *Impact of Health IT on Nurses' Time Spent on Direct Patient Care*. U.S. Department of Health & Human Services. Acedido Outubro 20, 2012, em http://www.healthit.ahrq.gov/portal/server.pt/gateway/PTARGS_0_1248_877556_0_0_18/Impact%20of%20Health%20IT%20on%20nurses.pdf.
- Alarcão, I.; Tavares, J. (2003). *Supervisão da Prática Pedagógica – Uma perspetiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ª Ed. Coimbra: Almedina.
- Alarcão, I. (2009). *Formação e supervisão de professores: uma nova abrangência*. *Sísifo. Revista de Ciências de Educação*. Lisboa. ISSN 1646-4990, (8), 119-127.
- Amador, M. V. P. (1991). *Educação em enfermagem. Uma análise etnográfica da colaboração serviços/escolas nos estágios clínicos*. Tese de Doutoramento. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, Brasil.
- Amendoeira, J. (2009). *Ensino de Enfermagem. Perspetivas de desenvolvimento*. *Pensar Enfermagem*, 1, 2 - 12.
- Amendoeira, J. (2006, Julho). *Enfermagem, Disciplina do Conhecimento*. *Sinais Vitais*. Coimbra. 67, 19-27.
- Amendoeira, J. (2004). *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem. Uma transição inacabada, 1950-2003. Um contributo sócio – histórico*. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
- António, N. S. (2003). *Estratégia Organizacional: do Posicionamento ao Movimento*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Apolinário, J.M.M. (2006). *Os custos com pessoal*. *Dirigir*. 94, 46-50.
- Apóstolo, J.L.A. (2005, Dez). *Referências Onto-epistemológicas e Metodológicas da Investigação em Enfermagem: uma análise crítica*. *Referência*. II Série 1, 29-38.
- Arco, A. R. (2005, Janeiro). *Supervisão pedagógica no ensino clínico de enfermagem*. *Revista Sinais Vitais*. 58, 22-25.
- Associação Portuguesa de Certificação [APCER] (2003) *“Guia Interpretativo ISO 9001:2000”*. Associação Portuguesa de Certificação: Porto, Portugal.
- Benner P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra. Quarteto Editora

- Bilhim, João Abreu de Faria (2001). *Teoria Organizacional. Estruturas e Pessoas*. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. Lisboa.
- Botelho, J.R. (1998). Contributos da formação profissional contínua para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista Servir*, 46 (5), 262-266.
- Carmo, H.; Ferreira, M.M. (1998). *Metodologia da Investigação. Guia para autoaprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, R. (2002). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, A. C. (2006). O ensino clínico de enfermagem. *Enfermagem*. II Série (42/43), 12-16.
- Chiavenato, I. (2000). *Administração nos novos tempos*. (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Clare J. et al. (2003, March). Evaluating Clinical Learning Environments: Creating Education-Practice Partnerships and Clinical Education Benchmarks for Nursing. Learning Outcomes and Curriculum Development in Major Disciplines: Nursing Phase 2 Final Report. School of Nursing & Midwifery, Flinders University, Adelaide, Australia. Acedido em Março, 27, 2012, em http://nursing.flinders.edu.au/research/reports/special_pubs_Clare.pdf
- Cunha, M. P. et al., (2007). *Manual de Comportamento Organizacional e Gestão*. (6ª ed.). Damaia, Editora RH.
- Cunha, M.; et al., (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: Uma revisão da literatura. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu [ISPV]* 38, 271-282.
- Dawson, S. (1995). *Analyzing organizations*. 2ª ed., Houndmills. Macmillan Press.
- Delors J. & et al., (1996). *Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. Porto. Edições Asa.
- Donabedian, A. (2003) – *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.
- Drucker, P. F. (1977). Management's New Role. *Harvard Business Review*, 55(1), 23-49.
- Drucker, P. F. (1992). The New Society of Organizations. *Harvard Business Review*, 70(5), 95-104.
- Escola Superior de Enfermagem de Viseu [ESEV] (2004). *Trinta Anos de História, 1974-2004*. Viseu. Digital 3, Lda.
- Espadinha, A. & Reis, M. (1997). A colaboração escolas/serviços. *Nursing*. 114 (10) 31-34.
- European Foundation for Quality Management [EFQM] 1999-2003. *Introdução à Excelência*. Brussels, Belgium. Acedido em Agosto, 6, 2010, em <http://www.efqm.org>.
- Fernandes, M.I.D. (2010). *O primeiro ensino clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro. Aveiro, Portugal.
- Ferreira, A. et al., (2006). *A evolução dos gastos com a saúde e os fatores que a explicam*. Anuário da Economia Portuguesa. Acedido em Abril, 28, 2012, em <http://www.portaldasaude.pt/Portal/printversion?ContentGUID={71434080-173B-4042-749-767FB5D14806}>.

- Ferreira, J.M.C. et al., (1996). *Psicossociologia das Organizações*. Alfragide. Mc Graw-Hill.
- Ferreira, P. L. et al., (2003). Satisfação dos Portugueses com os Cuidados de Saúde Privados. Coimbra. Instituto do Consumidor.
- Fleury, A. & Fleury, M. (1995). *Aprendizagem e Inovação Organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil*. São Paulo, Atlas.
- Fortin, M. F. et al., (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Franco, J.J.S. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 1, 32-50.
- Frederico, M. (2000). *Princípios de Economia da Saúde*. Coimbra: Formasau.
- Freixo, M.J.V. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 4ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Glickman, C. (1985). *Supervision of instruction: a developmental approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Graça, L. (2002). *Ethel Fenwick: o combate pela profissionalização da enfermagem na Grã-Bretanha e no resto do mundo*. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos141.html>.
- Graça, L.; Henriques, A. I. (2004). *Proto-história da Enfermagem em Portugal*. I Parte. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos64.html>.
- Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais (2010). *A Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Ministério da Saúde. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>.
- Guia de Enfermagem Hospitalar, (1952). *Biblioteca de Instrução Profissional*. Lisboa: Livraria Bertrand.
- (May 2009)
- Heinemann, K. (2003). *Introducción a la Metodología e la Investigación Empírica*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Henderson, V. (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem dos CIE*. Loures: Lusodidacta.
- Hesben, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hospital de São Teotónio, E.P.E. (HST,EPE) (2010). *Relatório e Contas 2010*. Acedido em Julho, 27, 2011, em http://www.hstviseu.min-saude.pt/Relatorio_Contas_2010.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística [INE], I.P. (2010a). *Conta Satélite da Saúde 2000-2008*. Lisboa-Portugal.
- INE, I.P. (2010b). *Estatísticas do Emprego*. Lisboa. Portugal.
- INE,I.P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa-Portugal.
- International Council of Nurses [ICN] (2006). *Dotações Seguras Salvam Vidas*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.

- ICN (2007). *Ambientes favoráveis à prática: Condições no trabalho=Cuidados de qualidade*. Genebra, Suíça.
- JO L 255/22-142. (2005/09/30). Directiva do Parlamento Europeu e do Conselho 2005/36/CE. (2005/09/07). Reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*.
- Katz, R. L. (1955). Skills of an Effective Administrator. *Harvard Business Review*, 33(1), 33-42.
- La Mónica, E.; Oberst, M. & Wolf, R. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
- Lima, E. (2003). A produção e a estrutura de custos dos hospitais públicos: uma aplicação de um modelo translogarítmico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático (3), 19-28.
- Lima, L.P. (2006). *Atitudes: Estrutura e mudança*. In Vala, J.; Monteiro, M. B. – *Psicologia Social*. 7ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Longarito, C. S (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 5, 26-33.
- Lopes, J. C. R. et al., (2009). Multiculturalidade – Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. Loures. Lusociência.
- Mabey, C.; Salaman, G. (1995). *Strategic human resource management*. Blackwell Publishers. Oxford.
- Mariotti, H. (1996). *Organizações de Aprendizagem. Educação Continuada e a Empresa do Futuro*. São Paulo: Editora Atlas.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Edições Sílabo.
- Marques, J. (2008, Abril). Saúde e Economia. *Medicina e Saúde*. Ano11, (126), 58-60.
- Marques, M.F.M. (2005). Entre a continuidade e a inovação. O ensino superior de Enfermagem e as práticas pedagógicas dos professores de Enfermagem. *Revista Lusófona de Educação*. 5, 153-171.
- Martin, C. (1991). *Soigner pour apprendre. Acquérir un savoir infirmier*. Paris, Education 2000.
- McIntyre, T. & Silva, S. (1999). Estudo aprofundado da satisfação dos utentes dos serviços de saúde na Região Norte: relatório final sumário. Porto: Administração Região de Saúde do Norte e Universidade do Minho.
- Nunes, L. (2003). *Um Olhar Sobre o Ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*. Loures. Lusociência.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde [OPSS] (2002). *Relatório de Primavera 2002. O estado da Saúde e a saúde do Estado*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Oliveira, I. & Vieira, M. (2010). Orientação dos estudantes de enfermagem em contexto de prática clínica. Disponível em http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3798/1/trab-int_2010_IC5_1525_Oliveira_Irene_01.pdf
- OPSS (2003). *Relatório de Primavera 2003. Saúde: Que rupturas?* Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

- OPSS (2008). Relatório de Primavera 2008. *Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. Coimbra
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual Enunciados descritivos. Divulgar.
- OE (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa, Conselho de Enfermagem. Lisboa. Divulgar.
- OE (2004). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Conselho de Enfermagem. Lisboa, Divulgar.
- OE (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2008). *Plano Estratégico do Ensino de Enfermagem 2008-2012*. Lisboa, Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2010). *Modelo de Desenvolvimento Profissional. Fundamentos, processos e instrumentos para a operacionalização do Sistema de Certificação de Competências*. Conselho de Enfermagem. Lisboa. Caderno Temático.
- Parreira, P. (2005). *Organizações*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde.
- Paúl, C.; Martins, I. & Roseira, L. (1999). *Comunidade e Saúde: satisfação dos utentes e voluntariado*. Porto: Afrontamento.
- Pereira, M. G., Soares, V. A. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes Face aos médicos e medicina: Um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Universidade do Minho, Departamento de Psicologia – Minho, Portugal. 2 (2), 69-80.
- Pestana M. H.; Gageiro J.N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Phaneuf, M. (1999). *O Acompanhamento Sistemático das Clientelas: um sistema de prestação de cuidados para o ano 2000*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialista em Enfermagem Medico Cirúrgica.
- Pinho, M. M. (2008). *Racionamento dos Cuidados de Saúde: Problemática Inerente* [Em linha]. In: Caderno de Saúde Pública. Acedido em Setembro, 10, 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n3/23.pdf>.
- Portal da Saúde (2010). História do Serviço Nacional de Saúde. Saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 30 anos. Acedido em Fevereiro, 27, 2012, em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/servico+nacional+de+saude/historia+do+sns/historiadosns.htm>.
- Portal do Cidadão (2012). Sobre o Ministério da Saúde. Governo de Portugal. Ministério da saúde. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/sobre-o-ministerio-da-saude.aspx>.
- Portugal (1998). *O Hospital Português*. Lisboa, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde.
- Portugal (1999). “*Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século 1998-2002*”. Lisboa: Ministério da Saúde.

- Portugal (2003). “*Contributos para um Plano Nacional de Saúde. Orientações Estratégicas*”. Lisboa, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. Acedido em Fevereiro, 2, 2013, em <http://www.dgsaude.pt>.
- Portugal (2004a). “*Plano Nacional de Saúde. 2004/2010 Volume I - Prioridades*”. Lisboa, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. Acedido em Fevereiro, 2013, em <http://www.dgsaude.pt>.
- Portugal (2004b). “*Plano Nacional de Saúde. 2004/2010 Volume II - Orientações Estratégicas*”. Lisboa, Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde. Acedido em Fevereiro, 2, 2013, em <http://www.dgsaude.pt>.
- Portugal (2010a). *Plano nacional de saúde 2011-2016. Cuidados de saúde hospitalares*. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido em Fevereiro, 2, 2013, em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/CSH2.pdf>.
- Portugal (2010b). *Organização Interna e a Governação dos Hospitais*. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://www.spmi.pt/pdf/RelatorioFinalGTHospitaisVersaoFinal2.pdf>.
- Portugal (2011). *Manual de Normas de Enfermagem Procedimentos técnicos*. Administração Central Sistemas de Saúde (ACSS). 2ª Ed.. Lisboa, Ministério da Saúde. Acedido em Fevereiro, 2, 2013, em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf.
- Portugal (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa, Ministério da Saúde -Direção Geral da Saúde. Acedido em Setembro, 29, 2012, em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>.
- Reis, L. (2008). *Manual da Gestão de Stocks. Teoria e Prática*. 2ª Edição. Lisboa, Editorial Presença.
- Ribeiro, N. M. (2008). *Satisfação dos Utentes Face ao Cuidar pelos Enfermeiros no Serviço de Urgência de Machico*. Funchal: Universidade Atlântica. Acedido em Abril, 22, 2012, em <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>.
- Ribeiro, O. (2004). Marketing e comunicação: Inovação conceptual na gestão de serviços de saúde. *Millenium*. Revista ISPV. 30, 223-233.
- Ribeiro, O. (2005). *Gestão de Serviços de Saúde*. (Tese de mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Ribeiro, O. (2006). Cultura organizacional. *Millenium*. Revista ISPV. 32, 169-184.
- Ribeiro, O. et al., (2008). Qualidade dos Cuidados de Saúde. *Millenium*. Revista ISPV. 35.
- Ribeiro, O. et al. (2012). Relationship Between the Presence Of Students In Clínicl Training and the Increase in Clínicl Consumables. In *The Need for Educational Research to Champion Freedom, Education and Development for All*. Conference of European Educational Research Association. University of Cádiz – Spain 18-21 Set. 2012. Disponível em <http://www.eera-ecer.de/ecer-programmes/conference/6/contribution/16294/>.
- Ribeiro, O., Vieira, M., & Cunha, M. (2012). Custo de Consumíveis Hospitalares Associados aos Cuidados de Enfermagem durante os Ensinos Clínicos. *Atas do Congresso Internacional de Supervisão em Enfermagem: novas perspetivas para a mudança*. Centro de Investigação em Educação (CIEd), Universidade Minho. Escola Superior de Enfermagem. ISBN: 978-989-8525-16-1. Braga, 12-13 Outubro 2012 (pp.283-291).

- Rodrigues, M. J. B. & Dias, M. L. (2003). Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem: desenvolvimento de uma escala e resultados obtidos numa amostra dos cuidados hospitalares e dos cuidados de saúde primários da Região Autónoma da Madeira. Funchal: Escola Superior de Enfermagem – Universidade da Madeira, Centro Hospitalar do Funchal.
- Sá-Chaves, I. (2000). Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação e professores e de outros profissionais. Aveiro. Universidade de Aveiro: Unidade de Investigação Didáctica e Tecnologia na Formação de Formadores.
- Santos, A. C. (1999). O Ensino de Enfermagem em Portugal – Perspectivas Actuais e Futuras. *Revista Referência*. Coimbra. 6.
- Santos, E. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem. Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa. Aveiro, Portugal.
- Sashkin, M. & Kiser, J. K. (1994). *Gestão da Qualidade Total Na Prática: O que é TQM, como usá-la e como sustentá-la a longo prazo*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- Serralva, M. (2000). As despesas com a saúde. Boletim do Hospital de São Marcos, Ano XVI (2), 65-69.
- Shen, M. L. (2006). A Survey of Kindergarten Teachers Supervising Style Preferences. *Asian Journal of Management and Humanity Sciences*, 1 (1), 66-78.
- Simões, A.A.C. (1888). *A minha administração dos Hospitais da Universidade: uma gerência de 15 anos, sob a reforma de 1870*. Coimbra: Imprensa da Universidade.
- Simões, J.F.F.L. & Garrido, A.F.S. (2007, Outubro-Dezembro). Finalidade das estratégias de supervisão utilizada em ensino clínico de Enfermagem. *Texto Contexto de Enfermagem*, Florianópolis. 16(4), 599-608. Acedido em Outubro 17, 2009, em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a03v16n4.pdf>.
- Simões, J.F.F.L. et al., (2006). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: três olhares cruzados. *Revista Investigação em Enfermagem*. Coimbra. 14, 3-15.
- Simões, J.F.F.L., Alarcão I. & Costa, N. (Junho 2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*. Coimbra. II série, 6.
- Stoer. S.R. (1983). A reforma de Veiga Simão no ensino: projecto de desenvolvimento social
- Vieira, M (2009). *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa. (2ª ed.) Universidade Católica Editora.
- Weller, B. (2004). *Dicionário de Bolso para Enfermeiros*. 23ª ed. Loures: Lusociência.
- Westbrook, J.I. et al., (2011). *How much time do nurses have for patients? a longitudinal study quantifying hospital nurses' patterns of task time distribution and interactions with health professionals*. BMC Health Services Research, 11:319. Acedido em Janeiro, 2, 2012, em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/319>.

LEGISLAÇÃO CITADA

- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março. Cria o Centro Hospitalar Tondela -Viseu, E. P. E. Diário da República [DR], 1.ª Série N.º 43 (2-03-2011) 1274-1277.
- Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de Abril. Criação da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República [DR], 1.ª Série N.º 93 (21-04-1998) 1739-1756.
- Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República [DR], 1.ª Série N.º 205 (4-09-1996) 2959-2962.
- Decreto-Lei n.º 166/1992, de 5 de Agosto. Regras de transição dos professores de enfermagem para a Carreira do Ensino Superior Politécnico. DR – I Série N.º 179 (5-08-1992) 3676-3679.
- Decreto-Lei n.º 185/81, de 1 de Julho. Carreira Docente do Ensino Superior Politécnico. DR I Série N.º 148 (1-07-1981) 1546-1554.
- Decreto-Lei n.º 19/1988, de 21 de Janeiro. Lei da Gestão Hospitalar.
- Decreto-Lei n.º 30/2011, de 2 de Março. Criação do CHTV, EPE.
- Decreto-Lei n.º 320/87, de 27 de Agosto. Componente de ensino teórico
- Decreto-Lei n.º 353/99, de 3 de Setembro. Regras gerais a que fica subordinado o ensino da enfermagem através do CLE.
- Decreto-Lei n.º 4563/1918, de 12 de Julho. Reorganiza os serviços dos Hospitais Civis de Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 480/1988, de 23 de Dezembro. Integra o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março – Graus académicos e diplomas do ensino superior.
- Despacho n.º 14223/2009. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde. Diário da República, 2.ª série — N.º 120 — 24 de Junho de 2009
- Despacho n.º 8/1990 de 28 de Fevereiro de 1990, (Diário da República [DR] n.º 64 de 17/3/90:2706).
- Lei n.º 46/1986, de 14 de Outubro – Lei de Bases do Sistema Educativo DR I Série N.º 237 (14-10-1986) 3067-3081.
- Lei n.º 61/1978, de 28 de Julho. Ratifica, com emendas, o Decreto-Lei n.º. 427-B/77 de 14 de Outubro, que cria o ensino superior curto. DR I Série N.º 172 (28-07-1978) 1530-1531.
- Lei n.º. 48/90, de 24 de Agosto – Lei de Bases da Saúde. DR – I Série N.º 195 (24-08-1990) 3452-3459.
- Lei n.º 64-A/2011, de 30 de Dezembro - Aprova as Grandes Opções do Plano para 2012 - 2015. DR 1ª Série N.º 250 (30-12-2011) 5538-(2-48)
- Portaria n.º 799-D/1999. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. D. R. I-B Série. 219 (18-9-1999) 6510.
- Portaria n.º 821/1989, de 15 de Setembro. Conversão das Escolas de Enfermagem em Escolas Superiores de Enfermagem. D. R. I Série 213 (15-9-1989) 4125.
- Portaria n.º 195/1990 de 17 de Março, D.R. – I Série, N.º 64 (17-3-1990).

ANEXOS

Anexo 1: Autorização do Hospital de São Teotónio

dos exames directores e super. chefes/ coordenadores de Cirurgia e Medicina e, Director do Serviço de
do Dr. [assinatura] Aproveitamento para as [assinatura]
Dr. [assinatura]
25-11-2010

ch
Alexandre Ribeiro
Presidente do Conselho
de Administração

Exmo. Senhor:
Dr. Alexandre José dos Santos Ribeiro
Digníssimo Presidente do Conselho de Administração
HST- E.P.E
VISEU

Autorização.
Deverá ser feita em conformidade com as
indicações do Sr. Director do S. Aproveitamento.
O Hospital tem interesse
em conhecer os resultados
do estudo.
1/02/11

ASSUNTO: Pedido de autorização para a realização de estudo no HST- E.P.E.

OLIVÉRIO DE PAIVA RIBEIRO, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu e Doutorando pelo Instituto de Ciências da saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, conforme fotocópia do documento que se junta em anexo, vem muito respeitosamente solicitar autorização para a realização de um estudo na Instituição que V. Exa. dirige, subordinado ao tema “Custos e benefícios do Ensino Clínico da Formação Pré-graduada em Enfermagem nas Instituições Hospitalares”.

Para a prossecução da presente investigação, gostaria de poder contar com a colaboração das equipas de enfermagem dos serviços de Cirurgia e Medicina, bem como de alguns dados afectos ao serviço de Aprovisionamento, no que diz respeito a materiais de consumo clínico.

Neste sentido, pretendemos através do método de observação/acção, quantificar o tempo disponibilizados pelos profissionais de enfermagem durante a supervisão clínica de estudantes e na prestação de cuidados de enfermagem aos utentes, e com a aplicação dos dois questionários que se juntam em anexo, um direccionado para os profissionais de enfermagem e outro para o cidadão necessitado de cuidados de enfermagem, pretendemos respectivamente identificar o contributo dos enfermeiros na formação dos estudantes e a satisfação do cidadão face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros pelos estudantes de enfermagem.

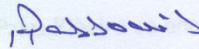
Relativamente ao serviço de Aprovisionamento, solicita-se ainda autorização para a obtenção de informação relativa a materiais de consumo clínico solicitados pelos serviços anteriormente referidos, associados única e exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem, no período compreendido entre os meses de Janeiro e Julho de 2011.

Certo de que esta investigação será uma mais-valia para ambas as partes, fico a aguardar o parecer de V. Exa. para a sua concretização, estando desde já disponível para eventuais esclarecimentos sobre o estudo que agora se pretende concretizar.

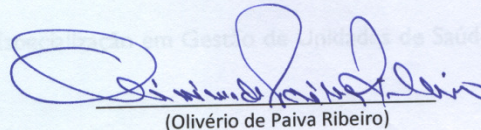
Documentação anexa:

- Fotocópia da Declaração comprovativa de inscrição no Doutoramento em Enfermagem;
- Questionário sobre o Contributo do Enfermeiro na Formação do Aluno;
- Questionário sobre a Satisfação do Cidadão face aos Cuidados de Enfermagem.

Com os mais cordiais e respeitosos cumprimentos



Viseu, 23 de Dezembro de 2010



(Olivério de Paiva Ribeiro)

Hospital de São Teotónio - Viseu	
Secretariado da Administração	
Documento n.º	2574
Entrada	23 / 12 / 2010 - Dgms
Saída	01 / 02 / 2011 hf
Secretaria	02 / 02 / 2011
	Lúcia

Porto, 10 de Dezembro de 2010

Universidade Católica Portuguesa
Instituto de Ciências da Saúde
Pr. Dr. António Bernardino de Almeida
4007-015 PORTO
Coordenador do Curso de Doutoramento em Enfermagem

Anexo 2: Identificação de listagens de produtos consumidos por serviços cedidos pelo aprovisionamento do CHTV,EPE

<p>PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E. Hosp. S. Teotónio</p>	<p>Página 1/2 Utilizador : 1194 Data 01/03/12 Hora 12:26:31</p>
<p>Parâmetros de Entrada :</p> <p>Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE Serviço Ini.: = MED1_A - MEDICINA 1 ENF. A Serviço Fim: = MED1_A - MEDICINA 1 ENF. A Data Ini. (yyyymmdd): = 20111201 Data Fim (yyyymmdd): = 20111231 Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos</p>	
<p>PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço Hospital S. Teotónio, E.P.E Hosp. S. Teotónio</p>	<p>Página 1/2 Utilizador : 1194 Data 01/03/11 Hora 16:52:21</p>
<p>Parâmetros de Entrada :</p> <p>Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE Serviço Ini.: = MED1_B - MEDICINA 1 ENF. B Serviço Fim: = MED1_B - MEDICINA 1 ENF. B Data Ini. (yyyymmdd): = 20110101 Data Fim (yyyymmdd): = 20110131 Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos</p>	
<p>PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço Hospital S. Teotónio, E.P.E Hosp. S. Teotónio</p>	<p>Página 1/2 Utilizador : 1194 Data 02/03/11 Hora 09:51:40</p>
<p>Parâmetros de Entrada :</p> <p>Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE Serviço Ini.: = Serviço Fim: = Data Ini. (yyyymmdd): = 20110101 Data Fim (yyyymmdd): = 20110131 Armazém Ini.: = AC_M2A - Clínico Medicina 2 A Armazém Fim: = AC_M2A - Clínico Medicina 2 A</p>	
<p>PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço Hospital S. Teotónio, E.P.E Hosp. S. Teotónio</p>	<p>Página 1/2 Utilizador : 1194 Data 02/03/11 Hora 09:55:40</p>
<p>Parâmetros de Entrada :</p> <p>Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE Serviço Ini.: = MED2_B - MEDICINA 2 ENF. B Serviço Fim: = MED2_B - MEDICINA 2 ENF. B Data Ini. (yyyymmdd): = 20110101 Data Fim (yyyymmdd): = 20110131 Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos</p>	

PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Hosp. S. Teotónio

Página: 1/2
Utilizador : 1194
Data: 01/03/12
Hora: 12:02:48

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML
Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE
Serviço Ini.: = CIR1_A - CIRURGIA 1 ENF. A
Serviço Fim: = CIR1_A - CIRURGIA 1 ENF. A
Data Ini. (yyyymmdd): = 20111201
Data Fim (yyyymmdd): = 20111231
Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos
Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos

PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Hosp. S. Teotónio

Página: 1/2
Utilizador : 1194
Data: 01/03/12
Hora: 12:03:30

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML
Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE
Serviço Ini.: = CIR1_B - CIRURGIA 1 ENF. B
Serviço Fim: = CIR1_B - CIRURGIA 1 ENF. B
Data Ini. (yyyymmdd): = 20111201
Data Fim (yyyymmdd): = 20111231
Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos
Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos

PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Hosp. S. Teotónio

Página: 1/2
Utilizador : 1194
Data: 01/03/12
Hora: 12:16:45

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML
Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE
Serviço Ini.: = CIR2_A - CIRURGIA 2 ENF. A
Serviço Fim: = CIR2_A - CIRURGIA 2 ENF. A
Data Ini. (yyyymmdd): = 20111201
Data Fim (yyyymmdd): = 20111231
Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos
Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos

PSQREP02 - Consumos por produto/ serviço
Centro Hospitalar Tondela-Viseu, E.P.E.
Hosp. S. Teotónio

Página: 1/2
Utilizador : 1194
Data: 01/03/12
Hora: 12:20:55

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: = 210001004 - ADESIVO SPRAY ADERENTE HIPOALERGENICO 200ML
Produto Fim: = 298010054 - CABO E ADAPTADOR P/PLACA DISPOSABLE P/BISTURI ERBE
Serviço Ini.: = CIR2_B - CIRURGIA 2 ENF. B
Serviço Fim: = CIR2_B - CIRURGIA 2 ENF. B
Data Ini. (yyyymmdd): = 20111201
Data Fim (yyyymmdd): = 20111231
Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos
Armazém Fim: = 2 - Produtos Clínicos

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: -
 Produto Fim.: -
 Serviço Ini.: = CIRJ_A - CIRURGIA 1 ENF. A
 Serviço Fim.: = CIRJ_A - CIRURGIA 1 ENF. A
 Data Ini. (yyyymmdd): = 20110401
 Data Fim. (yyyymmdd): = 20110430
 Armazém Ini.: = 2 - Produtos Clínicos
 Armazém Fim.: = 2 - Produtos Clínicos

Resumo
 DTM) A CIRURJ_A - INF. A

Designação	Código	Quantidade	Valor
ADAPTADOR PARA SONDA ALIMENTAÇÃO LUBE LOCK KACRO	210001104	125	59,19
ADESIVO COMERCIAL 3M, 3M	210001045	15	11,45
ADESIVO HIPERALERGÉNICO SUPORTE NÃO TÊXTEIL TORTALCOM	210001055	2	2,41
ADESIVO HIPERALERGÉNICO SUPORTE NÃO TÊXTEIL TORTALCOM	210001031	2	1,48
ADESIVO HIPERALERGÉNICO SUPORTE BAYONA (SERA ANTIFÉRMICA) LON	210001059	10	5,10
ADESIVO SPRAY PREGO PLÁSTICO EM AEROSOL 240ML	210001052	1	4,22
AGULHA COM ALÇA PARA COLELITA SISTEMA FROGGE COM TUBO SEM	210001096	100	188,28
AGULHA HIGIENIZADA ESTERILIZADA TERMOESTÁVEL DOCKING 14,5X25	210001131	1500	211,55
APICAL PLÁSTICO INDESCURTIVEL 80X100CM	210001070	200	3,15
BOLSA DRAPAGEM CIRURGICA ESTERILIZADA GRADUAÇÃO 100 CM 120CM	210001041	8	18,13
CAIXA PLÁSTICA PARA PROTEÇÃO DENTÁRIA	210001094	10	5,25
CANOTER CENTRAL "EUR. CRX 3 LUMENS METODO SEELINGER 70X100CM	210001071	2	53,24
CANOTER POLIURETANO DRX 3 LUMENS METODO SEELINGER 70X100CM	210001071	1	49,73
CANULAS "JUN" ENDOVENOSO DURELA PERIFERICA ANTI FICHA C/VAL	210001023	200	172,2
COMPRESSA 360 TÊXTEIL NÃO ESTERILIZADA 5X7CM	210001024	1800	3,77
COMPRESSA 360 TÊXTEIL NÃO ESTERILIZADA 7,5X7,5CM	210001025	3400	13,26
CONTENIDOR PARA REEILHA DE AGULHAS C/CONTAMINADAS 1500CM	210001132	50	34,33
CONTENIDOR PARA REEILHA DE AGULHAS C/CONTAMINADAS 500CM	210001131	50	26,05
CONTENIDOR PARA REEILHA DE AGULHAS C/CONTAMINADAS 1000CM	210001133	50	34,34
LENGA MULTITUBULAR SILICONE ESTERILIZADO RADIOPACO 20X1,5CM	210000013	6	34,31
NEUTRALIZADOR DE ACIDIDADE COM DISCO ESPUMA PARA ADULTO	210001093	400	25,71
EXTRATOR DESENFUMAVEL PARA DENTES METÁLICOS (LARGO)	210001110	12	22,95
FRALDA DESENFUMAVEL PARA INCONTINENTE 110-100CM TAMBÉM L	210000677	200	77,70
INSTRUMENTOS PARA MEMBRO SUPERIOR (PELDO)	210000975	10	24,11
KIT ANESTESIA ESTERILIZADO	210011019	17	41,34
KIT HOSPITALAR COLONIAÇÃO ROT II 12 ESPAÇOS	210011061	2	0
LAVAGEM SÉCICA ESTERILIZADA DR.11	210012008	100	3,28
LAVETA PARA FUNÇÃO CILINDRO AUTOMÁTICO SEM CONTROLO DE PRESSÃO	210012015	400	64,25
LINGETA ALCOOLICADA NATURAL PARA BASE CÍRCULO 2,1X2,5,10X2	210012069	20	3,8
LINGETA ALCOOLICADA NATURAL PARA BASE CÍRCULO 2,1X2,5,10X2	210012011	10	3,10
LIVA 80CM DE LATEX NÃO ESTERILIZADA TAMBÉM M	210012180	2000	63,88
LIVA 80CM DE LATEX NÃO ESTERILIZADA TAMBÉM M	210012181	1000	31
LIVA 80CM DE VINIL NÃO ESTERILIZADA TAMBÉM L	210012195	2000	45,51
LIVA 80CM DE VINIL NÃO ESTERILIZADA TAMBÉM M	210012194	1000	24,13
MÁSCARA OXIGÉNIO VENTIL COM TUBO PARA ADULTO	210013011	50	21,52
MÁSCARA OXIGÉNIO VENTIL PARA ADULTO COM CONEXÃO PARA TUBO	210013012	50	19,97
MECA MULTI-FUNÇÃO PARA APOIO ÀS PÉS DA CAXA (COMPACTAÇÃO 21-1	210013072	1	11,71
NEZI REGULIZADOR DE PRESSÃO COMPLETO ADULTO	210013034	50	35,65
OSCALADOR DE PRESSÃO 400CM LUBE LOCK	210013024	1000	16,9
PESSO CIRURGICO ESTERILIZADO TRANSPARENTemente IMPERMEAVEL 100CM	210013074	50	82,56
PESSO CIRURGICO ESTERILIZADO TRANSPARENTemente IMPERMEAVEL 50CM	210013072	100	15,9
PESSO CIRURGICO ESTERILIZADO TRANSPARENTemente IMPERMEAVEL 200CM	210013073	10	13,81
PESSO HIGIENICO 30CM, COM LUBRIFICADO INTRINSECAMENTE	210013077	50	7,22
PESSO MÚLTIPLO NÃO ESTERILIZADO 19X75CM	210013020	100	91
PESSO TRANSPARENTemente ESTERILIZADO COM SANGRIA PARA PEDIATRIA 40X	210013021	200	27,77
PISTOLA/PLACA PARA ANESTESIA SADO COTOMIA DIÁMETRO 57 A 60MM	210013147	1	3,66
PISTOLA/PLACA PARA ANESTESIA SADO COTOMIA DIÁMETRO 70 OU 80MM	210013152	1	4,57
PREPARADOR DEBO ESTERILIZADO COM REGULADOR MODO LUBE LOCK	210013022	10	12,71
PROTA (TUBO) PLÁSTICA PARA DILATAÇÃO	210013024	2	1,58
PROTECTOR URINAR TARTRO LATEX NR.4-11MM	210013044	10	31,22
PROTECTOR URINAR TARTRO LATEX NR.6-11MM	210013043	10	31,22
PROTECTORURINAR CALETA 300CMO FIMO COM TORÇEIRA 3 VÍAS LOCK	210013053	100	55,74
PROTECTOR URINÁRIO PARA ADULTO	210013011	200	24,11
RESERVAÇÃO DESENFUMAVEL 100CM	210013010	300	31,8
SACO COLELITA COTOMIA,FECHADO NÃO ADESIVO TO CU 60CM	210013012	15	7,24
SACO COLELITA COTOMIA,FECHADO NÃO ADESIVO 57 A 60CM	210013011	15	7,24

Parâmetros de Entrada :

Produto Ini.: =
 Produto Fim.: =
 Serviço Ini.: = MEDI_B - MEDICINA I ENF. B
 Serviço Fim.: = MEDI_B - MEDICINA I ENF. B
 Data Ini. (yyyymmdd): = 20110401
 Data Fim (yyyymmdd): = 20110430
 Armazém Ini.: = 4 - Produtos Hoteleiros
 Armazém Fim.: = 4 - Produtos Hoteleiros

Designação	Código	Quantidade	Valor
BATA BRANCA BRANCA POLIÁLIL APRECIAS ATRÁS TAM. M	41160434	3	12,33
CHAMPO COM CONDUTORINADOR	420412116	2	6,57
COLÍRIO LUBRIFICANTE	411200020	40	8,84
COPO TERMOISOLANTE DE 100ML	410400071	1200	0,56
DET. P/ LAVAGEM MECANICA DE MATERIAL ANEST. E CURET	420400005	1	5,72
DETREG. P/LAVAGEM PAV ORGANICO	420400016	5	9,4
DETREG. P/LAVAGEM SODIOPARTE	420400071	5	2,52
DETERGENTE NEUTRO PARCLIMANILOR DE PAVY TINDL	420400021	5	13,1
DETERGENTE PARA SUPERFÍCIES ELEVADAS (MOLDS BLUE)	420400048	1	5,4
DETERGENTE DE MÚLTIPLA	420400002	2	10
ESPONJA PARA HIGIENE DE DOENTES PROCTORES	420412042	4100	84,09
ESPONJA COM 2X ELÉTRIC ACIONA	420401104	15	2,77
MOYIRA VÁRIAS BARBEAS (SERVO UNO CICLICO)	420412057	18	1,51
PAPEL CELULOSO ROLLO C/ 0,240000METROS	420412052	18	25,57
PAPEL HIG. JUNCO 9 INT. 2 CM 2 EXT. 19CM	420412098	48	22,44
SABÃO LÍQUIDO HIGIENIZANTE 500ML (HYDROBROMOISOPROPI)	420412112	58	40,14
SACO PLÁSTICO BRANCO 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,08MM POLIET. V	420404102	10	42,1
SACO PLÁSTICO BRANCO 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,08MM POLIET. 100	420404103	10	14,37
SACO PLÁSTICO CRISTAL 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,07MM	420404117	5	7,57
SACO PLÁSTICO LARANJA 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,07MM	420404118	10	12,57
SACO PLÁSTICO TRANSPARENTES 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,08MM POLIET. V	420404104	10	21,55
SACO PLÁSTICO TRANSPARENTES 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,08MM	420404122	40	69,00
SACO PLÁSTICO VERDE 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,07MM	420404124	50	59,66
SACO PLÁSTICO VERMELHO 30X40 C/0 550X700MM ESP. 0,04 POLIET. 100MM	420404123	70	16,58
SAC. COCON	420400106	2	1,4
SOLUÇÃO LAVAZA C/ 02 MEDIO P/ LAVAGEM DEPOSES	420412123	18	21,14
TOALHA DE PAPEL 57X100CM 300 C/ 2400CM	420400104	480	231,16

Totais Parciais

Total Quant. : 6.419
 Total Valor : 787,51

Totais Gerais

Total Quant. : 6.419
 Total Valor : 787,51

ANEXO 4 – Escala de Satisfação do Cidadão Face aos Cuidados de Enfermagem de
Rodrigues e Dias (2003)



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

Serviço _____ Nº _____

**Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem
para as
Instituições Hospitalares**

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DO CIDADÃO
FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

INVESTIGADOR: Mestre Olivério de Paiva Ribeiro

2011

Estimado(a) Cidadão(a)

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde, encontro-me a desenvolver um trabalho de investigação sob a orientação da Professora Doutora Margarida Maria da Silva Vieira e coorientação da Professora Doutora Maria Madalena Jesus Cunha Nunes, com o intuito de identificar os custos e benefícios resultantes dos ensinamentos clínicos de enfermagem durante a formação pré graduada nas instituições hospitalares.

As atitudes adotadas em contexto clínico são um fator determinante no desempenho favorável da prática e crescimento pessoal, profissional e científico dos intervenientes, pelo que o seu contributo no esclarecimento relativo à qualidade de cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem são fundamentais.

Neste contexto, solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário, sendo importante que responda a todas as questões de forma atenta e sincera, no sentido de se poder caracterizar os profissionais intervenientes no processo. Na análise das respostas anónimas, será assegurado a confidencialidade, tendo apenas como objetivo o tratamento estatístico.

O questionário encontra-se dividido em duas partes. A primeira refere-se aos dados sociodemográficos, a segunda enumera um conjunto de afirmações às quais deve responder segundo uma Escala de Likert relativa às experiências vividas com os cuidados prestados pelos profissionais.

Certifique-se que respondeu a todas as questões.

PARTE I – DADOS BIOGRÁFICOS

- | | | |
|-----------------------------------|---|---|
| 1. Género: | Feminino <input type="checkbox"/> | 2. Idade em anos: _____ anos |
| | Masculino <input type="checkbox"/> | |
| 3. Estado Civil: | Solteiro/a <input type="checkbox"/> | 4. Habilitações Académicas: |
| | Casado/a <input type="checkbox"/> | Não sabe ler nem escrever <input type="checkbox"/> |
| | Divorciado/a <input type="checkbox"/> | Primeiro ciclo de escolaridade <input type="checkbox"/> |
| | União de facto <input type="checkbox"/> | Segundo ciclo de escolaridade <input type="checkbox"/> |
| | Viúvo/a <input type="checkbox"/> | Terceiro ciclo de escolaridade <input type="checkbox"/> |
| | | Ensino superior <input type="checkbox"/> |
| 5. Profissão: | _____ | |
| 6. Motivo de internamento: | _____ | |

PARTE II

ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CIDADÃO FACE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM RODRIGUES E DIAS (2003)

Gostaria agora que pensasse cuidadosamente sobre cada questão e respondesse o mais honestamente possível. Não demore muito a responder a cada questão. A sua primeira reação será provavelmente melhor do que uma resposta muito pensada.

As questões são sobre as suas experiências com os cuidados de enfermagem neste Serviço de Saúde, prestados pelos enfermeiros e consistem numa afirmação seguida de sete possíveis respostas.

Para responder, faça uma (X) na resposta que melhor descreve a sua experiência.

- 1 - Discordo Completamente;**
2 - Discordo Muito;
3 - Discordo um Pouco;
4 - Nem Discordo nem Concordo;
5 - Concordo um Pouco;
6 - Concordo Muito;
7 - Concordo Plenamente.

		Discordo Completamente	Discordo Muito	Discordo um Pouco	Nem Discordo nem Concordo	Concordo um Pouco	Concordo Muito	Concordo Plenamente
1.	Sentia-me à vontade com os enfermeiros							
2.	Os Enfermeiros favoreciam mais uns utentes do que outros							
3.	Os Enfermeiros não me disseram o suficiente sobre o tratamento.							
4.	Os Enfermeiros demoravam a atender-me quando eu pedia.							
5.	Os Enfermeiros pareciam não compreender o que eu estava a passar.							
6.	Os Enfermeiros obrigavam-me a fazer coisas antes de eu estar preparado.							
7.	Estivessem ou não muito ocupados, os Enfermeiros arranjavam tempo para mim.							
8.	Eu via os Enfermeiros como amigos.							
9.	Os Enfermeiros verificavam regularmente se eu estava bem.							
10.	Os Enfermeiros explicavam-me o que se passava comigo.							
11.	Os Enfermeiros explicavam o que me iam fazer antes de fazê-lo.							
12.	Os Enfermeiros informavam os outros colegas sobre a situação dos meus cuidados.							
13.	Os Enfermeiros costumavam ir embora e esqueciam-se o que o utente tinha pedido.							
14.	Os Enfermeiros certificavam-se de que os utentes tinham privacidade sempre que dela necessitava.							
15.	Médicos e Enfermeiros trabalhavam bem como uma equipa.							
16.	Os Enfermeiros pareciam não ter conhecimento sobre o que cada colega fazia.							
17.	Os Enfermeiros sabiam fazer o melhor para o utente.							
18.	Havia uma atmosfera agradável no serviço, graças aos Enfermeiros.							
19.	Os enfermeiros explicavam as coisas de forma que eu compreendia.							
20.	Os Enfermeiros falavam comigo com superioridade.							
21.	Se tivesse o mesmo ou outro problema que necessitasse de cuidados de enfermagem, voltaria de bom agrado a este serviço.							
22.	Os Enfermeiros diziam-me coisas que não coincidiam com o que o médico me dizia.							
23.	Os Enfermeiros faziam coisas que me faziam sentir mais confortável.							
24.	Os Enfermeiros pareciam saber realmente o que diziam.							
25.	Os Enfermeiros compreendiam-me quando partilhava com eles os meus problemas.							
26.	Sentia-me seguro quando os Enfermeiros estavam a cuidar de mim.							
27.	Os Enfermeiros pareciam ter pouca vontade de me ajudar quando precisava.							
28.	Os Enfermeiros tranquilizavam os meus familiares ou amigos.							

Nesta secção, pedimos as suas opiniões sobre os cuidados de enfermagem que recebeu neste Serviço de Saúde.

Insatisfeito	Pouco satisfeito	Bastante satisfeito	Muito satisfeito	Completamente Satisfeito
---------------------	-------------------------	----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Para cada questão, faça uma **cruz (X)** no quadrado que melhor descreve a sua opinião.

Refletindo sobre este Serviço de Saúde, como se sentiu sobre:		Insatisfeito(a)	Pouco Satisfeito(a)	Bastante satisfeito(a)	Muito atisfeito(a)	Completamente Satisfeito (a)
1.	O tempo que os Enfermeiros gastaram consigo.					
2.	Capacidade com que os Enfermeiros desempenharam as suas atividades					
3.	Estava sempre um Enfermeiro por perto quando dele precisou					
4.	O quanto os Enfermeiros sabiam sobre os cuidados que me deviam prestar.					
5.	A rapidez com que os Enfermeiros vieram quando os chamou					
6.	A maneira como os Enfermeiros o fizeram sentir como se estivesse em sua casa					
7.	A quantidade de informação que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação.					
8.	A frequência com que os Enfermeiros perguntavam se estava bem					
9.	A ajuda que recebeu dos Enfermeiros					
10.	A maneira como os Enfermeiros lhe explicaram as coisas					
11.	A maneira como os Enfermeiros tranquilizaram os seus familiares ou amigos					
12.	A forma como os Enfermeiros fizeram o seu trabalho					
13.	O tipo de informações que os Enfermeiros lhe deram sobre o seu estado e tratamento/situação					
14.	Como os Enfermeiros o trataram como pessoa					
15.	Como os Enfermeiros ouviram as suas preocupações					
16.	A liberdade que lhe deram dentro do Serviço					
17.	A boa vontade com que os Enfermeiros responderam aos seus pedidos					
18.	A privacidade que os Enfermeiros lhe deram					
19.	O quanto os Enfermeiros estiveram atentos às suas necessidades					

Obrigado pela sua colaboração

ANEXO 5 – Consentimento Informado
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
Doutoramento em Enfermagem

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, OLIVÉRIO DE PAIVA RIBEIRO, Professor Adjunto, Doutorando em Enfermagem, a desenvolver um estudo de investigação, intitulado “**Custos e Benefícios do Ensino Clínico em Enfermagem para as Instituições Hospitalares**”, cientes das implicações éticas inerentes ao desenvolvimento de um trabalho de investigação, comprometo-me a assegurar o consentimento do investigado através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa, à confidencialidade e anonimato.

(Assinatura)

Eu, _____, declaro que fui devidamente informado(a) da natureza e finalidade deste estudo, pelo Professor Adjunto e formando do Doutoramento em Enfermagem, bem como do direito à recusa, à confidencialidade e anonimato dos dados, e da importância da minha participação no estudo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito nele participar.

(Assinatura)

ANEXO 6 – Autorização Da Aplicação Do Questionário

Mensagem de Impressão do Windows Live Hotmail

Page 1 of 1

RE:

De: **Maria João Rodrigues** (mjbarreira@uma.pt)
Enviada: quarta-feira, 17 de Novembro de 2010 8:54:11
Para: 'Olivério Ribeiro' (oliverioribeiro@hotmail.com)

Caro Colega,

Autorizo a utilização da escala da *Satisfação com os Cuidados de Enfermagem*.
Qualquer esclarecimento acerca da referida escala, disponha.

Com os melhores cumprimentos e voto de um bom trabalho.

Maria João Rodrigues

De: Olivério Ribeiro [mailto:oliverioribeiro@hotmail.com]
Enviada: terça-feira, 16 de Novembro de 2010 23:30
Para: mjbarreira@uma.pt
Assunto:

Exma Professora Doutora Maria João Rodrigue

No âmbito do Doutoramento em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa do Porto - Instituto de Ciências da Saúde, procuro desenvolver um trabalho de Investigação subordinado ao tema "Formação Pré-graduada em Enfermagem: Ensino Clínico nas Instituições Hospitalares - Custos e Benefícios", tendo como orientadora a Professora Doutora Margarida Vieira e Co-orientadora a Professora Doutora Madalena Cunha.

Neste sentido, venho solicitar autorização para a utilização da tradução/adequação que efectuou da escala

de 'opiniões sobre os cuidados de Enfermagem' de Thomas, L.; Bond, S.; McColl, E. e Milne, E. (1996).

Caso autorize, será devidamente referenciada.

Agradecendo desde já a possível colaboração, subscrevo-me com elevada consideração,

Atentamente,

Olivério Ribeiro

(Prof. Adjunto)

Escola Superior de Saúde de Viseu

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102
3500-843 Viseu

e-mail: oribeiro@essv.ipv.pt
Tel.: 232.419.100 Fax: 232.428.343

<http://co117w.col117.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=3805ab6a-f228-...> 18-10-2010

ANEXO 7 – Número de enfermeiros e custo/hora de cuidados por serções

to Exmo Director de R.H.
para informar um processo
que se i' solicitado.

22/09/11



- Para se apurar
M.D.
23-9-11

Exmo. Senhor:
Dr. Alexandre José dos Santos Ribeiro
Digníssimo Presidente do Conselho de Administração
Centro Hospitalar Tondela Viseu, E.P.E.
VISEU

ASSUNTO: Pedido de autorização para obtenção dos custos/hora de Enfermagem, nos serviços de Medicina e Cirurgia do CHTV, E.P.E.

OLIVÉRIO DE PAIVA RIBEIRO, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Viseu e Doutorando pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, no seguimento da autorização já concedida para a realização de um estudo na Instituição que V. Exa. dirige, subordinado ao tema “Custos e benefícios do ensino clínico em Enfermagem para as instituições hospitalares”, vem muito respeitosamente solicitar autorização para a obtenção de dados complementares, considerados como essenciais para a sua prossecução.

Neste sentido, gostaríamos de poder obter o custo/hora, relativos aos cuidados ~~de~~ prestados pelos enfermeiros em cada um dos serviços de Medicina e Cirurgia do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE. Estes não deverão incluir os custos com horas complementares ou extraordinárias prestadas nos respectivos serviços.

Com os meus cordiais e respeitosos cumprimentos

Viseu, 22 de Setembro de 2011



(Olivério de Paiva Ribeiro)

Hospital de São Teotónio - Viseu	
Secretariado da Administração	
Documento nº	1876
Data	22/09/2011 W
	23/09/2011 W
Assinatura	

Informação solicitada

De: **Rui Soares** (ruifilipesoares@mail.tmn.pt)
Enviada: segunda-feira, 26 de Setembro de 2011 09:35:12
Para: oliverioribeiro@hotmail.com

Bom dia,

Sr. Enfermeiro Oliverio Ribeiro

Em primeiro lugar peço-lhe desculpa por só agora lhe enviar a informação, mas 2.ª, 3.ª e 5.ª da semana passada tive numa formação da Ordem dos TOC, ao que acresceu o feriado de 4.ª, não me sendo possível responder antes.

Relativamente aos custos de **Janeiro a Junho de 2011** com:

Custos com Remunerações base de Pessoal de Enfermagem na:

Medicina Interna: 529.056,35€

Cirurgia Geral: 907.484,64€

Custos Directos Totais na:

Medicina Interna: 2.230.922,10€

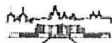
Cirurgia Geral: 1.762.253,58€

Obs.: Os custos com trabalho extraordinário e noites e suplementos não estão divididos por categoria profissional.

Com os meus melhores cumprimentos

Rui Soares

Director Financeiro CHTV, E.P.E



UNIDADE DE VIGILÂNCIA

<http://col117w.col117.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cpids=d3873362-e822-...> 26-09-2011

Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
24	31.527,05	199,18	890

Enfermeiros afectos à Cirurgia 2 A

Categoria	R/B	Valor Hora	NºH.Sem
Enfermeiro Chefe	2.684,37	17,70	35
Enfermeiro	2.228,03	14,69	35
Enfermeiro	2.550,15	16,81	35
Enfermeiro	2.228,03	14,69	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.386,92	9,14	35
Enfermeiro	1.386,92	9,14	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.145,33	7,55	35
Enfermeiro	1.308,95	8,63	40
Enfermeiro	1.216,92	7,02	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
18	26.888,49	170,52	670

Enfermeiros afectos à Cirurgia 2 B

Categoria	R/B	Valor Hora	NºH.Sem
Enfermeiro	2.228,03	14,69	35
Enfermeiro Chefe	2.684,37	17,70	35
Enfermeiro	2.228,03	14,69	35
Enfermeiro	2.013,28	13,27	35
Enfermeiro	1.610,62	10,62	35
Enfermeiro	1.610,62	10,62	35
Enfermeiro	1.386,92	9,14	35
Enfermeiro	1.476,40	9,73	35
Enfermeiro	1.386,92	9,14	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.476,40	9,73	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.308,95	8,63	40
Enfermeiro	1.386,92	9,14	35
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.252,71	8,26	35
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
Enfermeiro	1.165,79	6,73	40
24	35.308,46	227,04	875

ANEXO 9: Parecer da Comissão de Ética da ESSV



Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 14/2013

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "CUSTOS E BENEFÍCIOS DO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM PARA AS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES"

Tendo o Professor Adjunto Olivério Paiva Ribeiro da Escola Superior de Saúde de Viseu, solicitado emissão de parecer ético sobre a investigação a realizar no âmbito do doutoramento em Enfermagem, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Porto, e ainda que fosse desejado que o mesmo fosse emitido pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa, instituição que ministra a formação ou mesmo pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar Tondela Viseu, EPE onde decorreu e foi autorizado o estudo, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

1 - Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, de análise descritiva e correlacional, transversal. Tem como objectivos os seguintes: quantificar os gastos de materiais de consumo clínico resultantes da formação em enfermagem em instituições hospitalares; quantificar o tempo de execução das actividades de enfermagem associadas aos cuidados a prestar aos doentes, durante o turno da manhã; identificar o grau de satisfação do utente face aos cuidados de enfermagem prestados pelos enfermeiros e pelos estudantes de enfermagem. Reporta-se a três estudos tendo um deles como participantes os enfermeiros dos serviços de medicina e cirurgia do CHTV, EPE e um segundo que incluiu os doentes internados nesses mesmos serviços no período correspondente ao ano civil de 2011 e que reuniam os seguintes critérios de inclusão: estarem internados há mais de 24 horas, terem tido a experiência e contacto em termos de cuidados de enfermagem por enfermeiros e estudantes de enfermagem e estarem orientados e conscientes. O terceiro estudo refere-se à análise documental dos gastos ocorridos nos serviços em estudo no ano de 2011, reportando-se aos dados cedidos pelo serviço de aprovisionamento do CHTV, EPE.

2- Constatamos que faz parte do projecto do estudo o modelo de consentimento informado por escrito como prova de ter sido apresentado aos participantes o objectivo do estudo e dadas oportunidades de esclarecimento, o que garante a sua participação livre e esclarecida.

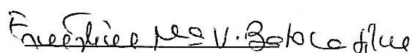
3 - No questionário não há identificação nominal estando assegurada a anonimização dos participantes; contudo, para garantia da sua privacidade recomendamos o rigoroso cumprimento do segredo profissional por parte dos investigadores em todo o processo de recolha de dados e codificação dos mesmos, assim como a destruição da codificação após a discussão do trabalho.

4 - No pedido de autorização é referido que os benefícios que resultarão do estudo incidem em identificar os custos e os benefícios que sustentem medidas que possam contribuir para uma maior clarificação no desenvolvimento das parcerias entre as instituições de ensino que ministram os cursos de licenciatura em enfermagem e as instituições hospitalares; nesse sentido, recomendamos que sejam enunciadas propostas e/ou estratégias que se revertam na melhoria da eficácia dos custos/benefícios do ensino clínico de enfermagem e que os dados sejam divulgados à instituição.

5 - Pelo questionário verificamos que os dados colhidos não são considerados sensíveis.

Face ao exposto, somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e reúne interesse científico para ser realizado.

Viseu, 06 de Maio de 2013



A presidente da CE da ESSV

Anexo 10: Planos esquemático do CLE da ESSV – 2010/2011 e 2011/2012

Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu

Rectificado em 2 de Junho de 2010
O Presidente do Conselho Técnico Científico da ESSV
Manuela Ferreira

PLANO ESQUEMÁTICO DOS CURSOS - ANO LECTIVO 2010/2011

Homologado em 18 de 16 de 2010
O Presidente do Conselho Técnico Científico da ESSV
Prof. Doutor João Duarte

Curso / Ano	Semestre Mês	Dias																																																																																																																								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47																																																																										
		Setembro											Outubro											Novembro											Dezembro											Janeiro											Fevereiro											Março											Abril											Maio											Junho											Julho										

1º Semestre Medicina
2º Semestre Cirurgia
3º Semestre Cuid. + Fisiol.
4º Semestre Pq. + Diagn. Lab.
5º Semestre Med. + Diagn. + Cuid. + Fisi.
6º Semestre Med. + Diagn. + Cuid. + Fisi.

EM Formação Especializada
FR Formação Residência
EM Formação Residência

União Teórica
União Clínica
União Labor.

1º Ano/1º Sem. 101-102
2º Ano/1º Sem. 103-104
3º Ano/1º Sem. 105-106
4º Ano/1º Sem. 107-108

1º Ano/2º Sem. 109-110
2º Ano/2º Sem. 111-112
3º Ano/2º Sem. 113-114
4º Ano/2º Sem. 115-116

1º Ano/1º Sem. 117-118
2º Ano/1º Sem. 119-120
3º Ano/1º Sem. 121-122
4º Ano/1º Sem. 123-124

ANEXO 11: Dias de observação e tempos médios de cuidados por enfermaria

Dias Observação	Serviços	Enfermeiros		Estudantes	
		Segundos	Minutos	Segundos	Minutos
15-04-2011	M 2 A	9763	33,90		
18-04-2011	M 2 B	10440	36,25		
20-04-2011	M 1 B	12830	44,55		
21-04-2011	M 1 A	8790	30,52		
28-04-2011	C 1 A	7545	26,20		
29-04-2011	C 2 A	4555	15,82		
02-05-2011	C 1 B	9135	31,72		
04-05-2011	C 2 B	3880	13,47		
17-05-2011	M 2 A	8565	29,74	*	*
23-05-2011	C 1 A	1040	3,61	*	*
24-05-2011	M 1 A	8340	28,96	*	*
25-05-2011	M 1 B	6210	21,56	*	*
26-05-2011	C 2 A	10985	38,14	*	*
27-05-2011	M 2 B	10960	38,06	*	*
30-05-2011	C 2 B	4000	13,89	*	*
31-05-2011	C 1 B	7525	26,13	*	*
07-06-2011	C 2 B	6435	22,34	*	*
08-06-2011	C 1 A	7225	25,09	*	*
13-06-2011	M 1 B	9665	33,56	*	*
16-06-2011	C 1 B	2040	7,08	*	*
22-06-2011	C 2 A	4535	15,75	*	*
27-06-2011	M 2 B	7460	25,90	28365	98,49
30-06-2011	M 1 A	4230	14,69	19965	69,32
01-07-2011	M 2 A	2165	7,52	27780	96,46
04-07-2011	C 2 A	12465	43,28	13000	45,14
07-07-2011	M 1 B	8125	28,21	21425	74,39
08-07-2011	M 1 A	2275	7,90	26100	90,63
11-07-2011	C 1 A	3965	13,77	12175	42,27
12-07-2011	M 2 B	15165	52,66	26175	90,89
13-07-2011	M 2 A	7985	27,73	17015	59,08
14-07-2011	C 1 B	2480	8,61	10695	37,14
26-07-2011	C 2 B	5595	19,43	*	*
19-08-2011	M 2 B	7460	25,90		
22-08-2011	C 1 A	7845	27,24		
23-08-2011	M 1 A	16090	55,87		
26-08-2011	C 1 B	8750	30,38		
30-08-2011	M 1 B	17305	60,09		
01-09-2011	M 2 A	7050	24,48		
02-09-2011	C 2 A	9925	34,46		
05-09-2011	C 2 B	5590	19,41		

Observações por enfermarias de 4 leitos sem a presença de estudantes

* Não contabilizado

