

Universidade Católica Portuguesa

**IMPACTO DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM NA QUALIDADE E SEGURANÇA  
DOS CUIDADOS**

**IMPACT OF THE NURSING WORK ENVIRONMENT  
IN THE QUALITY AND SAFETY OF CARE**

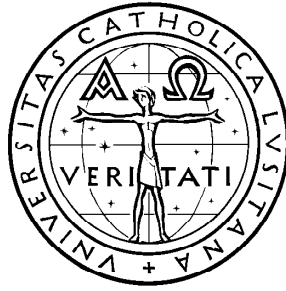
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por Sofia Maria Borba Roque

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, Outubro de 2016





Universidade Católica Portuguesa

**IMPACTO DO AMBIENTE DE PRÁTICA DE  
ENFERMAGEM NA QUALIDADE E SEGURANÇA  
DOS CUIDADOS**

**IMPACT OF THE NURSING WORK ENVIRONMENT  
IN THE QUALITY AND SAFETY OF CARE**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Doutor em Enfermagem na Especialidade em Gestão de Unidades de Saúde e Serviços de Enfermagem

Por Sofia Maria Borba Roque

Sob orientação: Prof. Doutor Élvio Henriques de Jesus

Instituto de Ciências da Saúde

Lisboa, Outubro de 2016



Ao meu marido, Ricardo e às minhas filhas Rita e Filipa, por acreditarem em mim, pelo incentivo e carinho insubstituíveis para alcançar os meus objetivos.



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Prof. Doutor Élvio Henriques de Jesus, por ter aceitado orientar-me, pelo apoio facultado e pelo desenvolvimento que me proporcionou com o seu saber rigoroso e de forma assertiva, que tanto contribuíram para a minha motivação ao longo deste percurso, bem como pela infinita disponibilidade em todas as fases do percurso.

À Prof. Doutora Beatriz Araújo, pelo suporte e compreensão demonstrada.

À Prof. Doutora Sofia Almeida, pela partilha de saber e apoio dispensado na análise estatística.

Ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que permitiu que integrasse o projeto RN4Cast em Portugal, bem como a todo o corpo de docentes do VII Doutoramento em Enfermagem, que tornou este meu percurso tão rico e engrandecedor.

Ao Instituto Politécnico de Portalegre e à Escola Superior de Saúde de Portalegre, pela oportunidade de me desenvolver enquanto docente e por terem apoiado e incentivado o desenvolvimento deste percurso de Doutoramento.

À amiga e colega Olga Louro, pela força e interesse no meu sucesso, bem como na revisão do texto.

Aos amigos e colegas Helena Arco, Manuel Espirito Santo, António Arco e Luísa Murta, pela troca de ideias e partilha de experiências.

A todos os colegas, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, que me apoiaram.

Ao meu pai, João Roque, companheiro de muitas viagens e pelo incentivo constante.

À minha família por acreditar em mim.

Às minhas duas filhas, Rita e Filipa, que nasceram durante esta caminhada e me deram força para a continuar.

Por último, mas muito importante, ao meu marido, Ricardo Raposo, que fez de mãe e pai muitas vezes, por abdicar de muito da sua vida para eu conseguir alcançar este objetivo, por me ouvir, por me apoiar, por estar sempre lá....

**A todos o meu agradecimento de coração, sem vocês não teria conseguido chegar a este ponto.**

## Resumo

No presente estudo procurámos descrever o ambiente de prática de enfermagem nos serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses, bem como a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade e segurança dos cuidados aos clientes. Uma vez conhecida a realidade, propusemo-nos ir mais além e desocultar as relações previstas entre as variáveis, emergindo a questão de partida *Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados prestados?*

O estudo, estruturado segundo uma parte teórica, que fundamentou as hipóteses levantadas, e outra parte empírica, foi transversal e analítico. Os dados foram emergentes da replicação do projeto *Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast)*, em Portugal.

Utilizámos a escala do ambiente de prática do índice de enfermagem, *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES- NWI)*, bem como diferentes medidas associadas à qualidade e segurança dos cuidados prestados, do estudo do RN4Cast.

O tratamento estatístico foi desenvolvido com recuso ao SPSS, realizando uma análise descritiva, inferencial e preditiva. Modelos multinível ou por regressão categorial foram criados para examinar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados. A estrutura hierárquica, quando possível, foi organizada em diferentes níveis: enfermeiro e serviço.

Integraram o estudo 2188 enfermeiros, de 130 serviços de 30 hospitais Portugueses que consideraram o ambiente de prática de enfermagem desfavorável. Diferentes medidas da qualidade dos cuidados prestados são classificadas de forma preocupante, tal como as medidas associadas à segurança dos cuidados.

Um campo vago, associado à cultura de segurança, foi encontrado considerando-se o mesmo não promotor da identificação, da comunicação e da resolução de questões de segurança.

A ocorrência de eventos adversos e incidentes com os enfermeiros, em Portugal, identificada pelos enfermeiros é reduzida.

O ambiente de prática de enfermagem foi identificado como a única variável independente que se constituiu sempre como significativa para as variáveis dependentes em análise.

Os resultados sugerem-nos a necessidade de uma imediata intervenção ao nível da qualidade do ambiente de prática de enfermagem pela significância que se evidenciou neste estudo ao nível da qualidade e segurança dos clientes nas organizações de saúde. Evidência que deve ser integrada nas práticas pelas decisões estratégico-políticas que fomentem ambientes de prática de enfermagem favoráveis e a transparência dos mesmos.

**Palavras-chave:** Ambientes de prática de enfermagem; Qualidade; Segurança do doente; RN4Cast.



## *Abstract*

In the present study we aimed to describe the nursing practice environment in medical and surgical services in the Portuguese hospitals, as well as the perception of nurses on the quality and safety of care to customers. Once the reality was known we aimed for deeper knowledge and to unveil the relationship between the variables provided. The starting question emerged: *What is the impact of the nursing practice environment in the quality and safety of care?*

The study is structured in a theoretical part which supports the hypotheses, as well as an empirical part, being cross-sectional and analytical. Data were emerging through the replication design Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) in Portugal.

We used the scale of the practice environment of nursing index - Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES NWI) as well as different measures related to quality and safety of care from the RN4Cast study.

The statistical treatment was developed using SPSS, performing a descriptive, inferential and predictive analysis. Multilevel models or categorical were created to examine the impact of nursing practice environment quality and safety of care. The hierarchical structure, where possible, was organized in different levels: nurse and service.

Study participants were 2188 nurses, from 130 services of 30 Portuguese hospitals which considered the unfavorable nursing practice environment.

Different measures of quality of care are classified as alarmingly as well as the measures related to safety of care.

A vacant field, associated to the safety culture was found and considered as non-promoter regarding identification, communication and resolution of safety issues.

The occurrence of adverse events and incidents involving nurses in Portugal, identified by nurses is low.

The nursing practice environment was identified as the only independent variable that has always been significant to the dependent variables analyzed.

The results suggest the need for an immediate intervention on the quality of nursing practice environment. The significance was evident in this study in terms of quality and customer safety in healthcare organizations. This evidence should be integrated into practices by strategic and political decisions that promote favorable nursing practice environments and more public transparency.

**Keywords:** Nursing practice environment; quality; patient safety; RN4Cast.



## Abreviaturas e siglas

ACSA- *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia*

AHRQ- *Agency for Healthcare Research and Quality*

AIC- *Akaike Information Criterion*

APDH- *Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar*

ARS- *Administração Regional de Saúde do Norte*

BIC- *Bayes Information Criterion*

CISD- *Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente*

CVI- *Indexação de Validade de conteúdo*

DGS- *Direção Geral da Saúde*

DP- *Desvio Padrão*

EFQM- *European Federation of Quality Management*

EOM- *Essentials of magnetism*

EUA- *Estados Unidos da América*

Hosp.- *Hospital*

ICC- *Coeficiente de Correlações Intraclasses*

I-CVI- *Item de indexação de validade de conteúdo*

IOM- *Institute of Medicine*

ISO- *International Organization for Standardization*

JC- *Joint Commission*

Max.- *Máximo*

Min.- *Mínimo*

MBI- *Maslach Burnout Inventory*

NQF- *National Quality Forum*

NWI- *Nursing Work Index*

NWI-R- *Revised Nursing Work Index*

OECD- *Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico*

OE- *Ordem dos Enfermeiros*

OMS- *Organização Mundial da Saúde*

Org.- Organização

PES-NWI- *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*

RN4Cast -*Nurse Forecasting in Europe*

SPSS- *Statistical Package for the Social Sciences*

TI-CVI-Tradução item de indexação de validade de conteúdo

UCP- Universidade Católica Portuguesa

UWES- *Utrecht Work Engagement Scale*

VIF- *Variance Inflation Fator*

WHO- *World Health Organization*

# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I- ESTUDO TEÓRICO .....</b>	<b>25</b>
<b>Capítulo 1 - O percurso teórico.....</b>	<b>27</b>
1.1. Ambiente de prática de enfermagem .....	27
1.1.1. Conceito de ambiente de prática de enfermagem.....	27
1.1.2. Evolução histórica do ambiente de prática de enfermagem.....	29
1.1.3. Relação entre o ambiente de prática de enfermagem e variáveis organizacionais, resultados nos enfermeiros e nos clientes .....	31
1.1.4. Caraterização dos principais instrumentos de avaliação de ambiente de prática de enfermagem.....	35
1.1.4.1. <i>Nursing work index</i> (NWI) .....	35
1.1.4.2. <i>Revised nursing work index</i> (NWI-R) .....	36
1.1.4.3. <i>Practice environment scale of the NWI</i> (PES-NWI) .....	36
1.1.4.4. <i>Essentials of magnetism (EOM) instrument</i> .....	38
1.1.5. Avaliação do ambiente de prática de enfermagem em Portugal .....	39
1.2. Qualidade em saúde e segurança do cliente .....	42
1.2.1. Qualidade em saúde .....	43
1.2.2. Conceito de qualidade em saúde .....	44
1.2.3. Modelo de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian .....	48
1.2.4. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde.....	49
1.2.5. Qualidade na Enfermagem.....	52
1.2.6. Segurança do cliente .....	55
1.2.7. Conceito de Segurança do cliente.....	58
1.2.8. Modelos conceptuais para a segurança do cliente .....	59
1.2.9. Cultura de segurança.....	61
<b>PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>65</b>
<b>Capítulo 2 - Da problemática às hipóteses de estudo .....</b>	<b>67</b>
<b>Capítulo 3 - O percurso metodológico .....</b>	<b>77</b>

1.3. Tipo de estudo.....	77
1.4. Contexto e obtenção de dados .....	77
1.5. População.....	79
1.6. Medidas.....	80
1.6.1. Ambiente de prática de enfermagem .....	83
1.6.2. Qualidade dos cuidados prestados.....	84
1.6.3. Segurança dos clientes .....	85
1.6.4. Cultura de segurança.....	86
1.6.5. Ocorrência de incidentes com os enfermeiros e de eventos adversos decorridos com os clientes .....	87
1.7. Procedimentos para a análise de dados .....	87
1.8. Considerações éticas .....	99
<b>Capítulo 4 – Análise dos Resultados.....</b>	<b>101</b>
4.1. Resultados descritivos .....	101
4.1.1. Caracterização dos participantes .....	101
4.1.2. Caracterização dos ambientes de prática de enfermagem.....	103
4.1.3. Caracterização da qualidade dos cuidados prestados .....	105
4.1.4. Caracterização da segurança dos clientes .....	107
4.1.5. Caracterização da cultura de segurança dos clientes .....	107
4.1.6. Caracterização da ocorrência dos eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros .....	110
4.2. Validação das hipóteses.....	111
4.2.1. Relação entre os ambientes de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, e a ocorrência de eventos adversos com os clientes e de incidentes com os enfermeiros .....	111
4.2.2. A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados aos clientes .....	112
4.2.3- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a segurança dos clientes.....	118
4.2.4- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança.....	119

4.2.5- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de eventos adversos com os clientes.....	121
4.2.6- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de incidentes com os enfermeiros.....	123
<b>Capítulo 5 - Discussão dos Resultados.....</b>	<b>127</b>
<b>Capítulo 6 - Das implicações às sugestões .....</b>	<b>139</b>
<b>Conclusões .....</b>	<b>143</b>
<b>Referências Bibliografias.....</b>	<b>149</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>161</b>
Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética da UCP .....	163
Anexo 2- <i>Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)</i> .....	167



## Índice de tabelas

<b>Tabela n.º1-</b> Consistência interna a nível individual e hospitalar das subescalas e compósito da PES-NWI. ....	38
<b>Tabela n.º2-</b> Caraterização sociodemográfica e profissional dos participantes .....	102
<b>Tabela n.º3-</b> <i>Alfa de cronbach</i> das subescalas do PES-NWI. ....	103
<b>Tabela n.º4-</b> Pontuação média das subescalas do PES-NWI.....	104
<b>Tabela n.º5-</b> Pontuação média das subescalas do PES-NWI por hospital bem como classificação do compósito por hospital.....	104
<b>Tabela n.º6-</b> Frequência absoluta e relativa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes na unidade/serviço. ....	105
<b>Tabela n.º7-</b> Frequência absoluta e relativa do grau de confiança relativamente à capacidade dos clientes para a gestão dos seus cuidados após a alta.....	106
<b>Tabela n.º8-</b> Frequência absoluta e relativa do grau de confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes.....	106
<b>Tabela n.º9-</b> Frequência absoluta e relativa da classificação da segurança dos clientes na unidade/serviço. ....	107
<b>Tabela n.º10-</b> Resultados da análise fatorial para os itens da cultura de segurança. ....	108
<b>Tabela n.º11-</b> Resultados da análise fatorial para os itens da cultura de segurança após eliminação de itens com baixas comunalidades. ....	108
<b>Tabela n.º12-</b> Frequência absoluta e relativa dos itens da cultura de segurança. ....	109
<b>Tabela n.º13-</b> Resultados da análise fatorial para os itens da ocorrência dos eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros. ....	110
<b>Tabela n.º14-</b> Matriz de correlações entre as variáveis dependentes e o ambiente de prática de enfermagem a nível individual.....	112
<b>Tabela n.º15-</b> Modelo multinível para a qualidade dos cuidados prestados no serviço. ....	113
<b>Tabela n.º16-</b> Modelo multinível para a capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta. ....	115

<b>Tabela n.º17-</b> Modelo de regressão ordinal para a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros.....	117
<b>Tabela n.º18-</b> Modelo multinível para a segurança dos clientes. ....	118
<b>Tabela n.º19-</b> Sumário do modelo de regressão linear múltipla para a cultura de segurança: atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes. ....	120
<b>Tabela n.º20-</b> Sumário do modelo de regressão linear múltipla para a cultura de segurança: atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes. ....	121
<b>Tabela n.º21-</b> Modelo multinível para a ocorrência de eventos adversos com os clientes. ....	122
<b>Tabela n.º22-</b> Modelo multinível para a ocorrência de incidentes com os enfermeiros. ....	123

## Índice de quadros

<b>Quadro n.º 1-</b> Resultados da associação do ambiente de prática de enfermagem e variáveis de cariz organizacional, resultados de enfermagem e nos clientes .....	31
<b>Quadro n.º2-</b> Dimensões da qualidade. ....	47
<b>Quadro n.º3-</b> Variáveis estudadas na relação entre o ambiente de prática de enfermagem e a variáveis dependentes em estudo. ....	91
<b>Quadro n.º4-</b> Relações entre as variáveis integradas nos modelos. ....	96
<b>Quadro n.º5-</b> Síntese das variáveis independentes significativas.....	125



## Introdução

Vários são os fatores contributivos para o sucesso organizacional na saúde, todavia a complexidade e imprevisibilidade contemporânea do sistema é uma realidade, que torna o contexto bastante desafiante.

A criação de ambientes favoráveis à prática são essenciais para alcançar os resultados desejados, os quais são o culminar de um processo multiprofissional, onde a enfermagem assume um importante papel face ao seu mandato social.

O *International Council of Nurses* (ICN) denominou como ambientes favoráveis à prática, os ambientes promotores da excelência, onde é imperativo reconhecer os fatores determinantes desses ambientes, uma vez que estes maximizam a saúde e bem-estar dos enfermeiros, resultados de qualidade para os clientes e desempenho organizacional.

A identidade profissional e as características dos próprios ambientes são pontos cruciais na análise de ambientes favoráveis à prática (Baumann, 2007). Deste modo, desde o que nos define enquanto enfermeiros, até aos diferentes modelos de trabalho, distintos fatores críticos podem emergir. Os referidos ambientes começaram a ser estudados após os anos 80 (Lake, 2002) com o propósito de compreender o seu efeito na enfermagem e clientes<sup>1</sup>, permitindo demonstrar que estes promovem uma maior satisfação nos profissionais, níveis de *burnout* mais baixos, tal como, menor intenção de mudar de local de trabalho ou profissão (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski, & Silber, 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008; Hayes, O'Brien-Pallas, Duffield, Shamian, Buchan, Hughes, 2006); condições promissoras para a excelência do desempenho profissional conduzindo à melhor qualidade dos cuidados.

---

<sup>1</sup> Ao longo do presente trabalho utilizaremos o termo cliente como forma de nos referirmos à pessoa que é alvo dos cuidados de saúde. Esta opção pretende seguir a mesma linha definida pela Ordem dos Enfermeiros (2001) aquando a definição dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, partilhando a conotação do termo com a noção de papel ativo no quadro da relação de cuidados, onde existe uma troca de algo e não necessariamente aquele que, numa visão economicista, paga. Todavia a palavra doente poderá surgir ao longo do texto, uma vez que mantivemos as designações, por exemplo, das variáveis do estudo presentes no instrumento de colheita de dados, ou quando nos referidos a documentos associados à segurança dos doentes que usem essa designação, de forma a manter a fiabilidade na referência dos documentos.

No que diz respeito à saúde, um crescente corpo de evidência, comprova a importância de ambientes favoráveis para obter bons resultados de cuidados de enfermagem (Aiken *et al.*, 2008). Por conseguinte, o ambiente de prática de enfermagem recebe atualmente a atenção de muitos investigadores, gestores e decisores políticos, pela relevância que o mesmo assume nos resultados organizacionais. O constructo é difícil de conceptualizar e mensurar (Lake & Frise 2006), sendo definido por diferentes autores ao longo dos tempos, porém parece ser a perspectiva teórica da Lake (2002) a mais consensual entre os mesmos (Amaral & Ferreira, 2013), facto que consubstancia a utilização da referida perspectiva neste estudo.

A qualidade encontra-se na vanguarda dos estudos realizados na Saúde, uma vez que a mesma é essencial para o processo de tomada de decisão pelos decisores políticos, gestores e profissionais, dado a pertinência de ordem social, ética, profissional e económica. São cada vez maiores as exigências e expectativas por parte dos consumidores de cuidados de saúde, esperando cuidados de quem tenha um bom nível de conhecimentos e autonomia, os quais, por sua vez, pretendem desenvolver boas práticas, sendo reconhecidos e valorizados pelos prestadores de cuidados, que também pretendem obter bons recursos para a mesma finalidade, todavia a racionalização desses recursos é imperativo pela crise económica presente.

A identificação da qualidade em saúde emerge da 30<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, onde foi aprovado como principal meta dos governos e da Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas seguintes, um nível de saúde que permitisse às populações uma vida social e economicamente produtiva. A referida meta ficou conhecida como *Saúde para Todos no ano 2000*, onde se previa que nessa data todos os estados membros tivessem criado e desenvolvido sistemas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e adequado uso das tecnologias da saúde.

Considerando, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, como uma garantia do sistema de saúde Português (Ministério da Saúde [MS], 2015), onde uma das componentes críticas da gestão dessa qualidade e dos cuidados de enfermagem é a segurança dos clientes (Baumann, 2007), requerendo um vasto leque de ações para a melhoria contínua, protagonizando uma das prioridades estratégicas inscritas num quadro de política pública de luta contra os incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde; e verificando-se forte evidência científica que melhorias associadas ao ambiente de prática podem constituir-se numa estratégia, de custo relativamente baixo, para melhorar a segurança e qualidade

na assistência hospitalar, logo consequentemente aumentar a satisfação dos clientes (Aiken, Sermeus, Van den Heede, Sloane, Busse, McKee *et al.* (2012); devendo-se aumentar a responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumentar o envolvimento dos profissionais e das lideranças, conforme consta da estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020, propomo-nos desenvolver um estudo que proporcione evidência científica que fomente e justifique o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão, em Portugal, que garantam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes através da promoção de ambientes de práticas favoráveis.

São os pressupostos anteriormente apresentados que estão na génese da problemática em estudo, que nos permitem atribuir como conceitos chave o ambiente de prática de enfermagem, a qualidade dos cuidados e a segurança dos clientes, enquanto elementos estruturais da presente tese, a qual foi elaborada no decurso do VII Curso de Doutoramento em Enfermagem, a decorrer sob a égide da Universidade Católica Portuguesa.

Procurámos organizar a tese com uma estrutura lógica que facilite a leitura e compreensão pelo leitor. Deste modo, após a presente introdução, na qual tentámos proceder à contextualização do estudo e apresentámos a estrutura do trabalho, inicia-se o estudo teórico efetuado, com base na revisão da literatura executada, constituído o primeiro capítulo da tese, que se subdivide em dois subcapítulos. O primeiro reporta-se ao ambiente de prática de enfermagem e o segundo à qualidade em saúde e segurança do cliente, pretendendo-se explicitar as abordagens teóricas tidas em consideração na análise que nos propomos realizar.

Segue-se o estudo empírico com cinco subcapítulos, onde após a apresentação da fundamentação da problemática, a finalidade, questões e hipóteses de estudo, descrevemos o percurso metodológico efetuado, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos. A discussão dos resultados será o conteúdo subsequente, realizada em confronto com a literatura atual, sendo o último subcapítulo as limitações, sugestões e implicações.

Na conclusão, realçamos os elementos fundamentais que estiveram na génese e conceptualização do estudo, seguindo-se a síntese dos resultados obtidos.

Como elementos pós-textuais encontra-se a bibliografia, sendo utilizada na sua elaboração e organização a norma da *American Psychological Association*, sexta edição.



## **PARTE I- ESTUDO TEÓRICO**



## **Capítulo 1 - O percurso teórico**

O capítulo que agora se inicia tem como objetivo construir o estudo teórico que considerámos necessário para o leitor ficar familiarizado e compreender a perspetiva usada pelos autores relativamente aos conceitos em investigação.

### **1.1. Ambiente de prática de enfermagem**

No subcapítulo que se segue iremos abordar a perspetiva teórica da autora que sustenta um dos conceitos fundamentais do presente estudo, bem como a evolução do conceito ao longo do tempo. Serão, ainda, identificados os instrumentos mais referenciados na mensuração do ambiente de prática de enfermagem, tal como descritas as principais características destes. A associação do ambiente de prática de enfermagem com outras variáveis, bem como o que foi previamente investigado em Portugal sobre a temática será também exposto, de forma a compreender a evidência existente presentemente.

#### **1.1.1. Conceito de ambiente de prática de enfermagem**

Ambiente de prática de enfermagem é um dos conceitos centrais que sustentam a presente investigação, pelo que importa a definição de forma clara e objetiva do mesmo, sendo exposto à luz da perspetiva teórica de Lake (2002).

O conceito é emergente da sociologia das organizações, baseado no modelo profissional, pela sua flexibilidade e centralidade no objetivo, enfatizando as competências individuais dentro da equipa profissional, com sistemas de autorregulação. Permite dedicar mais tempo aos clientes, desenvolvendo, deste modo, melhores ações preventivas e promovendo a tomada de decisão, que a centralidade na tarefa, controle hierárquico e regras formais do modelo burocrático não possibilitam.

O ambiente de prática de enfermagem é definido por Lake (2002) como um conjunto de características que potenciam ou constroem a prática profissional, sendo das diferentes definições desocultadas bibliograficamente, a que é mais expressiva entre os diferentes autores. Pensa-se que a referida representatividade se encontra associada à capacidade operativa de medição do conceito, desenvolvida por Lake (2002), tal como pelo reconhecimento atual por diferentes organismos de peso na acreditação da qualidade dos serviços de saúde, como *National Quality Forum* (NQF) e *Joint Commission* (JC). O conceito é operacionalizado em 5 fatores, que são descritos por Lake (2002) do seguinte modo:

- Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital: o fator descreve o papel participativo dos enfermeiros no contexto hospitalar, onde se verifica a inclusão destes na governação interna, decisões políticas e comités, com oportunidades de progressão, comunicação aberta com os gestores e reconhecida a acessibilidade, poder e visibilidade da administração executiva de enfermagem;
- Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados: o fator enfatiza fundamentos de enfermagem para altos *standarts* de cuidados aos clientes, onde um modelo de cuidados de enfermagem deve estar presente, verificando-se a existência de vários indicadores como a continuidade dos cuidados, utilização de diagnósticos e planos de cuidados de enfermagem. A qualidade deve ser assegurada por um programa formal, tal como a atratividade de novos colaboradores e formação contínua de todos;
- Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros: o fator foca-se na perceção dos enfermeiros sobre o papel crítico da gestão de enfermagem, pela dualidade do papel de gestor e líder, bem como pelo suporte aos enfermeiros aquando conflitos com os médicos, realização de erros, mas também o reconhecimento do trabalho bem desenvolvido;
- Adequação de recursos humanos e materiais: o fator descreve as premissas de adequação dos recursos para a prestação de cuidados com qualidade, onde o equilíbrio nos recursos humanos para a prestação de cuidados, os serviços de apoio, tempo e oportunidade para promover discussão entre colegas sobre casos clínicos, assumem um cariz significativo;

- Relação entre médicos e enfermeiros: o fator envolve a existência de relações de trabalho positivas, entre médicos e enfermeiros, como desejo dos últimos.

Identificado do que se trata o ambiente de prática de enfermagem como um todo, pela perspectiva que iremos utilizar neste estudo, e descritas as diferentes partes que compõem esse todo, edificam-se as questões seguintes, para a busca de conhecimento necessário corporizador dos conceitos centrais: Qual a origem do conceito e como o mesmo evolui ao longo do tempo? Será este o fio condutor que faz nascer o próximo subcapítulo.

### **1.1.2. Evolução histórica do ambiente de prática de enfermagem**

Ao recordarmos os primórdios da enfermagem com *Florence Nightingale*, identificamos, já nesta época, preocupações com o impacto do ambiente físico na recuperação dos clientes. Todavia, com o crescente corpo do conhecimento associado à disciplina de Enfermagem e Sociologia das Organizações, percebe-se que além do ambiente físico, também o ambiente organizacional, tem influência na prestação de cuidados de enfermagem e respetivos resultados obtidos (Norman, 2013). Facto que anima investigações que têm vindo a ser desenvolvidas há mais de três décadas, especialmente no Norte da América, mas que com um estudo designado de RN4Cast e a criação de consórcios para o mesmo, também na Europa durante os últimos anos (Sermeus, Aiken, Van den Heede, Rafferty, Griffiths, Moreno-Casbas, *et al.*, 2011; Aiken *et al.*, 2012).

A preocupação com o ambiente de prática de enfermagem tornou-se mais vigorante nos anos 70 do século passado, face à escassez generalizada de enfermeiros a nível hospitalar nos Estados Unidos da América (EUA), bem como a elevada rotatividade de profissionais existentes. Atendendo a tal condição, a Academia Americana de Enfermagem, encetou esforços para compreender o fenómeno, lançando um estudo para identificar e avaliar os hospitais *Magnet*, os quais eram deste modo designados pela capacidade de atrair e reter os enfermeiros (Lake, 2002; Baumann, 2007; Desmedt, De Geest, Schubert, Schwendimann, & Ausserhofer, 2012; Dariel & Regnaud, 2013). Foram identificadas as características de 41 hospitais através de entrevistas às equipas de enfermagem e direção de enfermagem, a qual se iniciava com

a questão *O que torna este hospital um bom lugar para os enfermeiros trabalharem?* Eram também abordadas dimensões como a satisfação pessoal e profissional, imagem da enfermagem, papel do enfermeiro na qualidade de assistência ao cliente, recrutamento e retenção, relações entre enfermeiros e médicos e entre enfermeiros e supervisores (Lake, 2002).

Em duas décadas, após a identificação das características dos hospitais *Magnet*, descritas como: a descentralização da tomada de decisão ao nível da enfermagem, gestão e liderança efetiva, reconhecimento da autonomia dos profissionais, *accountability*, responsabilidade pela qualidade dos cuidados ao cliente, adequação dos recursos humanos e horários flexíveis; um corpo crescente de evidência científica, demonstrou os benefícios deste tipo de ambiente, quer para os enfermeiros quer para os clientes (Lake, 2002). O reconhecimento das referidas características lançou uma nova fase na exploração do conceito, nos anos 90, elencando-o à qualidade dos cuidados e resultados obtidos nos clientes, para o reconhecimento das organizações como *Magnet Hospital*, onde um compromisso para uma cultura de excelência, alocação cuidada dos recursos, bem como sistemas de apoio na prestação de cuidados ao cliente e desenvolvimento profissional devia imperar. Assume-se que o ambiente da prática é composto pelo efeito acumulado de inúmeros fatores inter-relacionados, que afetam o desempenho e a satisfação. Esses fatores são mencionados por Alspach (2009), como atributos localizados nas estruturas organizacionais; operação de sistemas organizacionais; e/ou políticas organizacionais, procedimentos ou programas.

A segurança dos clientes foi também interligada aos ambientes de prática, sobretudo a partir da publicação dos estudos do *Institute of Medicine (IOM)* (2004) no *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*, onde, como o próprio nome indica, se enaltece o papel dos enfermeiros na segurança dos clientes.

Pela evolução do conceito emergiram diversas publicações focadas em diferentes variáveis, cujos resultados têm proporcionado *insights* e priorizado intervenções, inspirando os decisores políticos no que concerne, por exemplo, às dotações seguras e programas de reconhecimento de Hospitais *Magnet* para a excelência da qualidade do ambiente de prática de enfermagem (Van den Heede & Aiken, 2013).

No sentido de desvendar a relação do ambiente de prática de enfermagem com diversas variáveis, quer de âmbito organizacional, quer de resultados nos enfermeiros e nos clientes, em diferentes contextos clínicos, surge o próximo subcapítulo.

### 1.1.3. Relação entre o ambiente de prática de enfermagem e variáveis organizacionais, resultados nos enfermeiros e nos clientes

Na literatura encontramos um número significativo de investigações que evidenciam a relação existente entre o ambiente de prática de enfermagem, variáveis de cariz organizacional, resultados nos enfermeiros e nos clientes. Stalpers, Brouwer, Kaljouw e Schuurmans (2015) referem que foram McClure *et al.* (1983) os primeiros a identificar de forma clara algumas das características do ambiente de prática de enfermagem, nomeadamente acerca do pessoal de enfermagem, autonomia da enfermagem e colaboração com os médicos. Seguiu-se uma época onde a medição do ambiente de prática de enfermagem prevaleceu, com os trabalhos de Kramer e Halner em 1989, Lake em 2002 e Kramer e Schmalenberg em 2004, sendo o *Nursing Work Index* (NWI), a *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index* (PES-NWI) e *Essentials of Magnetism* (EOM), os instrumentos utilizados por cada um, respetivamente (Gu, & Zhang, 2014).

Na busca de revisões elaboradas, recentemente, sobre a relação de ambiente de prática de enfermagem com outras variáveis, constatámos que aquela que apresenta resultados em maior escala está associada à *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*, tendo sido elaborada por Warshawsky e Havens (2011). Nesta, identificamos diferentes estudos num limite temporal de 2002 a 2010, onde as relações descritas se demonstram no quadro n.º1.

**Quadro n.º 1-** Resultados da associação do ambiente de prática de enfermagem e variáveis de cariz organizacional, resultados de enfermagem e nos clientes (Fonte: Warshawsky & Havens, 2011: p. 23-24)

Author	Nurse outcome	Patient outcome	Organizational variables
Aiken <i>et al.</i> , 2008	- Burnout - Job Dissatisfaction - Intent to leave job	- Mortality - Failure to Rescue + Nurse Rated Quality of Care	
Armstrong e Laschinger, 2006	+ Empowerment		+ Patient Safety Climate
Armstrong, Laschinger, Wong, 2008	+ Empowerment		+ Patient Safety Climate
Berndt <i>et al.</i> , 2009	+ Clinical Autonomy + Control over Nursing Practice		
Chiang e Lan, 2008			- Nurse Turnover
Friese, 2005	- Emotional Exhaustion - Job Dissatisfaction	m Nurse Rated Quality of Care	+ Oncology Specialty + Magnet Hospital
Friese <i>et al.</i> , 2008		- Mortality - Complications - Failure on Rescue	+ National Cancer Institute + Nurse-to-Patient Ratio

**Quadro n.º 1** - Resultados da associação do ambiente de prática de enfermagem e variáveis de cariz organizacional, resultados de enfermagem e nos clientes (Fonte: Warshawsky & Havens, 2011: p. 23-24) (continuação)

Author	Nurse outcome	Patient outcome	Organizational variables
G. Gardner <i>et al.</i> , 2009	Patient Comfort Round Intervention + Perceived Staffing Adequacy	Patient Comfort Round Intervention + Perceived Quality of Care	Patient Comfort Round Intervention + Perceived Professional Relations
J. Gardner <i>et al.</i> , 2007	- Intent to leave Job	- Hospitalizations ns Patient Satisfaction	- Turnover Rate
Gunnarsdottir <i>et al.</i> , 2009	+ Job Satisfaction - Burnout	+ Nurse Rated Quality of Care	
Hanrahan, 2010	- Emotional Exhaustion - Depersonalization		
Harwood <i>et al.</i> , 2007	+ Empowerment		
Kim <i>et al.</i> , 2009		m Nurse Rated Quality of Care	
Kutney-Lee, Lake e Aiken 2009		Nurse Rated: - Poor Quality of Care - Nosocomial Infections - Falls With Injury	
Kutney-Lee <i>et al.</i> , 2009		+ Patient _Satisfaction (HCAHPS)	
Lake, 2002			+ Magnet Hospital
Lake e Friese, 2006			+ Magnet Status + Staffing ns Metropolitan Svc Area ns Hospital Size
Laschinger, 2008	+ Job Satisfaction + Empowerment	+ Nurse Rated Quality of Care	
Laschinger e Leiter, 2006	-Burnout	Nurse Rated: - Falls - Nosocomial Infections - Medication Errors - Patient Complaints	
Leiter e Laschinger, 2006	-Burnout		
Liou e Grobe, 2008	- Intent to leave job + Organizational commitment + Collective orientation		
Lucero <i>et al.</i> , 2009		Unmet care needs	
Manojlovich, 2005	+ Job satisfaction		+RN-MD Communication
Manojlovich e DeCicco, 2007	+ Empowerment	Nurse rated: ns Ventilator-associated Pneumonia - Carheter associated Sepsis - Medication errors	+RN-MD Communication
Manojlovich e Laschinger, 2007	+ Job Satisfaction + Empowerment		
Manojlovich <i>et al.</i> , 2009	+ Empowerment	ns Pressure Ulcer Rate ns ventilator-associated Pneumonia Rate ns Blood Stream Infections Rate	+ Communication between RN e MD's ns Acury

**Quadro n.º 1-** Resultados da associação do ambiente de prática de enfermagem e variáveis de cariz organizacional, resultados de enfermagem e nos clientes (Fonte: Warshawsky & Havens, 2011: p. 23-24) (continuação)

Author	Nurse outcome	Patient outcome	Organizational variables
McCusker <i>et al.</i> , 2004	ns Verbal Abuse ns Work-Related Injuries	Nurse Rated: m Quality Of Care ns Wrong Medication ns Nosocomial Infection ns Patient and Family complaints	
Middleton <i>et al.</i> , 2008			m Magnet Hospitals
Patrician, Sang, Lake, 2010	- Job Dissatisfaction - Emotional Exhaustion - Intent to leave job	RN Rated Quality of Care	
Samuels e Fetzer, 2009	ns Evidence-Based Pain Magnet		
Thomas-Hawkins <i>et al.</i> , 2003	- Intent to leave job		ns Facility Locations m Profit Status
Wade <i>et al.</i> , 2008	+ Job enjoyment		

Notes. (+) = significant positive association; (-) = significant negative association; m = mixed findings; ns = non-significant findings

Constata-se uma maior incidência no estudo dos resultados nos enfermeiros, como por exemplo associado à satisfação com o trabalho, *empowerment*, *burnout* e intenção de deixar a profissão. Segue-se a análise da influência do ambiente de prática de enfermagem nos resultados dos clientes, com expressão significativa ao nível da perceção de qualidade dos cuidados, por parte dos enfermeiros, e eventos adversos ocorridos com os clientes. Com menor expressão são ainda encontrados estudos ao nível das variáveis organizacionais, com incidência no clima de segurança, comunicação entre médicos e enfermeiros, características de hospitais *Magnet*, e rotatividade dos enfermeiros.

Mais recente, publicada à data, e que fosse acessível por nós, uma revisão associada ao *Essentials of Magnetism* (Stalpers *et al.*, 2015) foi encontrada. A mesma pretendeu explorar estudos que associassem o ambiente de prática de enfermagem com resultados nos clientes, que fossem sensíveis aos cuidados de enfermagem. Evidência científica foi encontrada sobre os efeitos na enfermagem e outras características do ambiente de trabalho (como por exemplo: relações de colaboração, experiência e educação) nas quedas, gestão da dor e úlceras de pressão.

Da revisão levada a cabo por nós para a fundamentação da problemática do presente estudo (Roque, Jesus, Araújo & Charepe, 2016), e com limite temporal de 2010 e 2015, instrumentos como o *Nursing Work Index Revised* e *Practice Environment Scale*, foram encontrados.

O primeiro foi analisado com resultados nos enfermeiros, mas também nos clientes e variáveis organizacionais, concretamente: *burnout*, satisfação com o trabalho, qualidade dos cuidados no serviço (Van Bogaert, Timmermans, Weeks, van Heusden, Wouters, & Franck, 2014; Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans, & Van de Heyning, 2010; Rochefort & Clarke, 2010), sendo esta última variável analisada, do mesmo modo, por Hinno (2011). A intenção de deixar a profissão, igualmente tem sido amplamente explorada, tal como fizeram, por exemplo, Van Bogaert *et al.* (2014), Van Bogaert *et al.* (2010) e Hinno (2011). No que respeita à relação estabelecida entre ambientes de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados no último turno, similarmente Van Bogaert *et al.* (2014) e Van Bogaert *et al.* (2010) procederam à referida análise. Van Bogaert *et al.* (2014) analisaram, ainda, a relação com a qualidade dos cuidados no hospital no último ano, bem como as queixas de familiares e clientes, abusos verbais, quedas, infeções nosocomiais e erros de medicação.

No que concerne à *Practice Environment Scale*, esta é sem dúvida a escala mais frequentemente utilizada, sendo analisada também com variáveis organizacionais, resultados nos clientes e enfermagem. Constatámos, que no limite temporal em análise, o *burnout* foi sem dúvida o resultado de enfermagem mais explorado (Patrician *et al.*, 2010; Kirwan, Matthews, Scoott, 2013; Nantsupawat, Srisuphan, Kunaviktikul, Wichaikhum, Aunguroch, & Aiken, 2011; Neff, Cimiotti, Heusinger, & Aiken, 2011; Coetzee, Klopper, Ellis, & Aiken, 2013; You, Aiken, Sloane, Liu, He, Hu, *et al.*, 2013, Aiken *et al.*, 2012) seguindo-se a satisfação no trabalho (Patrician *et al.*, 2010; Nantsupawat *et al.*, 2011; Neff *et al.*, 2011; Coetzee *et al.*, 2013, Aiken *et al.*, 2012) e a intenção de deixar a profissão (Patrician *et al.*, 2010; Neff *et al.*, 2011, Coetzee *et al.*, 2013, You *et al.*, 2013, Aiken *et al.*, 2012). No que concerne aos resultados nos clientes, o mais investigado foi a qualidade dos cuidados nos serviços (Patrician *et al.*, 2010, Coetzee *et al.*, 2013, Anzai, Douglas, & Bonner, 2014, You *et al.*, 2013, Aiken *et al.*, 2012) seguindo-se a qualidade dos cuidados no último turno (Nantsupawat *et al.*, 2011), segurança do cliente no serviço (Aiken *et al.*, 2012, Smeds Alenius, Tishelman, Runesdotter, & Lindqvist, 2013) e eventos adversos (Kirwan *et al.*, 2013), como infeção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central, infeções do trato urinário e pneumonia associada a ventilação mecânica (Kelly, Kutney-lee, Lake, & Aiken, 2013). Também a confiança na gestão de cuidados pelos doentes após a alta e a confiança na resolução de problemas dos doentes pela gestão hospitalar, foram analisadas (Aiken *et al.*, 2012; Coetzee *et al.*, 2013). Associado às variáveis organizacionais, encontrámos

apenas estudos que analisaram a cultura de segurança (Kirwan *et al.*, 2013; Smeds Alenius *et al.*, 2013).

Identificados os instrumentos de medição do ambiente de prática de enfermagem, referenciados mais recentemente, bem como a relação destes com as diferentes variáveis, importa agora caracterizar cada um, de forma a compreender as suas particularidades. Conclui-se que a evolução conceptual do ambiente de prática de enfermagem, pode ser vista como um resultado em si próprio, onde os elementos de progressão consubstanciam-se no desenvolvimento da mensuração do ambiente de prática de enfermagem.

#### **1.1.4. Caracterização dos principais instrumentos de avaliação de ambiente de prática de enfermagem**

##### **1.1.4.1. *Nursing work index* (NWI)**

Com base nas características do hospital *magnet*, na revisão da literatura dos valores e satisfação no trabalho, entre 1962 e 1986, Kramer e Hafner (1989) desenvolveram o índice de trabalho em enfermagem (NWI). Na impossibilidade de acesso ao texto integral do artigo original dos autores, baseamo-nos na caracterização descrita por Gu e Zhang (2014) tal como na de Lake (2002). O instrumento tinha como objetivo facilitar a avaliação da satisfação dos enfermeiros e percepção da qualidade dos cuidados, sendo composto por 65 itens que originaram várias subescalas: estilo de gestão, liderança, estrutura organizacional, prática clínica e desenvolvimento profissional. Os itens de cada subescala eram submetidos a três declarações, centradas na enfermagem: *isso é importante para a minha satisfação no trabalho, isso é importante para eu ser capaz de dar qualidade ao doente, e este fator está presente na minha atual situação de trabalho*. Cada declaração era quantificada por uma escala de *Likert* de 4 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao totalmente desacordo e o mais alto ao totalmente de acordo). Quanto mais alta a pontuação mais próximo se encontra de um hospital *magnet*. Porém, com a evolução verificada no setor da saúde, exigências dos consumidores de cuidados e mesmo prestadores desses mesmos cuidados, a listagem do NWI ficou desatualizada, facto que faz emergir um novo ponto

de progressão e desenvolvimento do instrumento, tal como da mensuração do ambiente de prática de enfermagem.

#### **1.1.4.2. *Revised nursing work index (NWI-R)***

Aiken e Patrician (2000) revêm o NWI, centrado-se na presença de atributos organizacionais, para alcançar os resultados desejados, em vez de satisfação dos enfermeiros e produtividade percebida. As autoras, com o objetivo de apresentar o desenvolvimento e utilidade do NWI-R para medir as características de ambientes favoráveis à prática de enfermagem, apresentaram 57 itens dos 65 da versão original, sendo os itens eliminados por baixas correlações. Gu e Zhang (2014) identificaram a aplicação do instrumento pela primeira vez em 1994, por Aiken *et al.*, comprovando-se menor mortalidade dos clientes e melhores pontuações de ambiente de prática de enfermagem. Hinno (2012) menciona que Aiken e Patrician (2000) analisaram o ambiente de prática de enfermagem tendo por base a autonomia, controle sobre a prática, relação entre médicos e enfermeiros, e por fim, o apoio organizacional.

Lake (2002) refere que o NWI-R, baseado nas características dos Hospitais *Magnet*, que são exemplares propícios para a prática de enfermagem profissional, produz uma tendência para o modo profissional de trabalho, podendo deste modo ser limitado para contextos com modelos burocráticos. Assumindo a anterior limitação, mas defendendo o modelo profissional como preferível pela complexidade e imprevisibilidade do trabalho do enfermeiro, Lake em 2002 evoluiu de forma bastante marcante na análise do ambiente de prática de enfermagem ao circunscrever 48 itens associados ao ambiente de prática de enfermagem do NWI construindo um novo instrumento *Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI)*.

#### **1.1.4.3. *Practice environment scale of the NWI (PES-NWI)***

A evolução da mensuração do ambiente de prática de enfermagem assumiu um propósito concreto para além da redução de tempo necessário para responder ao questionário, como referem Gu e Zhang (2014), concretamente o de criar uma medida adequada para modelos de pesquisa de resultados que associam o ambiente de prática de

enfermagem e os resultados nos clientes e na enfermagem (Lake, 2002). Deste modo, é permitida a agregação das respostas dos enfermeiros a nível individual, no enquadramento hospitalar, permitindo-nos avaliar a consistência das respostas dentro do hospital. Outra questão apresentada por Lake (2002) para a pertinência deste novo instrumento é a forma como as variáveis podem ser incluídas nos modelos, pois vários domínios em um modelo pode não ser viável. Também a multicolinearidade e pequenas amostras podem constituir-se como problemas, a última por limitar as variáveis explicativas e a primeira por diminuir a força e clareza dos coeficientes. Deste modo, Lake (2002) considera que o desenvolvimento de uma única medida que seja composta, mas que tem diferentes subescalas com domínios distintos do ambiente de prática de enfermagem, ultrapassa as dificuldades sentidas até então.

Assim, dos dados de enfermagem recolhidos entre 1985-86 em hospitais *magnet*, foram extraídos por rotação *varimax* cinco subescalas com trinta e um dos quarenta e oito itens selecionados do NWI, sendo os itens agrupados nas subescalas pelos *loadings* apresentados. Os nomes atribuídos tiveram por base a interpretação de cada elemento definido, no contexto dos resultados dos hospitais *Magnet* (McClure *et al.*, 1983 citado por Lake 2002), sendo: Participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; adequação de recursos humanos e materiais; relação entre médicos e enfermeiros, tal como enunciamos e descrevemos anteriormente.

As subescalas e o compósito apresentaram bons resultados de consistência interna, quer a nível individual ou hospitalar, tal como podemos verificar na tabela n.º 1:

**Tabela n.º 1-** Consistência interna a nível individual e hospitalar das subescalas e compósito da PES-NWI (Fonte: Lake, 2002: p.183)

Subscale or Composite	Number of Items	Reliability Indices			M <sup>a</sup> (SD) of Nurses in	
		Individual Level Cranbach's Alpha (n = 1 610)	Hospital Level Averope Inter Item Correction (n = 16)	ICC (1, K) <sup>b</sup>	Magnet Hospitals (n = 1,610)	Nonmagnet Hospitals (n = 689)
Nurse Participation in Hospital Affairs	9	0,83	0,64	0,96	2,76 (0,47)	2,44 <sup>c</sup> (0,44)
Nursing Foundations for Quality of Care	10	0,80	0,67	0,97	3,09 (0,39)	2,83 <sup>c</sup> (0,36)
Nurse Manager Ability, Leadership, and Support of Nurses	5	0,84	0,81	0,88	3,00 (0,99)	2,68 <sup>c</sup> (0,60)
Staffing and Resource Adequacy	4	0,80	0,91	0,96	2,88 (0,62)	2,49 <sup>c</sup> (0,62)
Collegial Nurse-Physician Relations	3	0,71	0,72	0,86	2,99 (0,52)	2,82 <sup>c</sup> (0,55)
Composite	5	0,82	0,69	0,96	2,95 (0,40)	2,65 <sup>c</sup> (0,37)

Note: Composite calculated as the mean of the subscale means.

<sup>a</sup>Potential score range for mean is 1–4. Higher scores indicate more agreement that the subscale items are present in the current job situation. Values above 2.5 indicate agreement, values below 2.5 indicate disagreement.

<sup>b</sup>Calculated from a one-way analysis of variance of 1,610 nurses' scores across 16 hospitals, with an average of 100 respondents per hospital.

<sup>c</sup>Is significantly less than the corresponding subscale mean in the magnet hospitals ( $p < .0001$ ).

O ponto de corte da escala, para considerar ambiente de prática de enfermagem favorável, é 2,5 segundo Lake (2002). Mais tarde outra classificação é aceite, esta em três níveis: favoráveis (se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores médios superiores a 2,5), desfavoráveis (se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5) e mistos (se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5) (Lake & Friese, 2006).

#### 1.1.4.4. *Essentials of magnetism (EOM) instrument*

Identificadas as características dos hospitais *Magnet* pela Academia Americana de Enfermagem, tal como referido anteriormente, aquando da evolução histórica do conceito de ambiente de prática de enfermagem, foram enumeradas inicialmente 14 forças do *Magnet* as quais estavam associadas a hospitais que tinham a capacidade de atrair e reter os enfermeiros, sendo identificados como bons locais para trabalhar e com reputação de excelentes cuidados aos clientes. Nesta sequência, e atendendo ao paradigma da estrutura-processo-resultado de Donabedian, amplamente usado para avaliar o impacto da estrutura organizacional e práticas profissionais nos resultados

organizacionais e nos clientes, emerge o desenvolvimento do EOM, em 2004, por Kramer e Schmalenberg.

Enfermeiros de 14 hospitais *Magnet* identificaram 8 atributos associados à qualidade dos cuidados, sendo as propriedades psicométricas estabilizadas num estudo que envolveu 3602 enfermeiros, de 16 *Magnet* e 10 não *Magnet* hospitais. O EOM contém 54 itens e 8 dimensões (valores culturais, apoio da gestão de enfermagem, controle da prática de enfermagem, autonomia clínica, adequação dos recursos humanos, relacionamento médico enfermeiro, competência clínica dos enfermeiros, apoio na formação) avaliados numa escala de *Likert* de 4 pontos, onde o valor mais baixo corresponde ao concordo totalmente e o mais alto ao discordo totalmente (Gu & Zhang, 2014). Mais tarde o instrumento foi revisto, pois considerou-se que duas subescalas (adequação dos recursos humanos; apoio da gestão de enfermagem) não mediam o que se pretendia exatamente (Gu & Zhang, 2014).

Apresentada a síntese dos principais instrumentos de mensuração do ambiente de prática de enfermagem, aplicados internacionalmente, algumas questões se colocam: tem o ambiente de prática de enfermagem sido medido em Portugal? Se sim, que instrumentos têm sido utilizados? Estas são as questões, que nos fazem progredir no nosso percurso teórico e corporizam o próximo subcapítulo.

#### **1.1.5. Avaliação do ambiente de prática de enfermagem em Portugal**

Face aos dados que conseguimos reunir, a avaliação do ambiente de prática de enfermagem em Portugal foi realizada, pela primeira vez, em 2011 e utilizou-se neste, e nos estudos subsequentes, o instrumento: *Practice Environment Scale of the NWI* (Lake, 2002), apesar das diferentes traduções e integração dos itens pelas subescalas.

A primeira publicação encontrada pelos autores do presente estudo, associada à avaliação do ambiente de prática de enfermagem em Portugal, foi em 2012, desenvolvida por Amaral, *et al.*. Os autores tiveram como objetivo traduzir e validar a *Practice Environment Scale of the NWI* (Lake, 2002) para a produção da versão portuguesa, da referida escala. Os dados foram recolhidos entre 11 e 30 de Outubro de 2011, através de uma versão eletrónica enviada via e-mail, a uma amostra de membros da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Segundo os autores a tradução foi levada a cabo por dois tradutores independentes que posteriormente desenvolveram uma versão consensual, tendo por base a análise individualizada de cada item por um grupo de enfermeiros e professores de enfermagem. Foram tidas em conta algumas adaptações culturais, como por exemplo a modificação da expressão *Chief Nursing Officer* para Enfermeiro Diretor. Foi ainda realizada a tradução reversa, por um tradutor de inglês profissional, comparadas as duas versões (original e resultado da tradução reversa) e enviado o resultado à autora da escala, que concordou com o resultado obtido.

No que concerne às propriedades psicométricas, a fidelidade foi analisada recorrendo ao *alpha de cronbach* e a validade de construto usando uma análise fatorial exploratória, com método das componentes principais e rotação *varimax*. Para verificar a correlação entre as variáveis e se os dados se adequavam à análise fatorial usaram o teste de esfericidade de *Bartlett* e *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO). O número de fatores a reter foi considerado pelo *scree plot* e *eigenvalues* superiores a 1, tal como valores de coeficientes superiores a 0,35 para os itens de cada fator. A análise conceptual dos itens também foi elaborada, para que a organização dos fatores fizesse sentido.

Foram obtidas 418 respostas não sendo a amostra representativa da população portuguesa relativamente aos grupos etários, mas sendo-o relativa ao sexo. Numa primeira análise extraíram-se oito fatores que explicavam 60 % da variância, sendo os itens que integravam o fator 2 e o 4, idênticos aos da escala original, pelo que puderam ser nomeados da mesma forma (Adequação de Recursos Humanos e Materiais; Relação entre Médicos e Enfermeiros). Relativamente aos restantes fatores, os autores, verificaram que os mesmos estavam subdivididos e alguns itens deviam estar agrupados tendo em conta a perspetiva conceptual, pelo que uma análise detalhada de cada fator e item foi realizada. No final dos ajustes, quer de carácter semântico, quer de decisão de pesos maiores de 0,30 em diferentes fatores, obtiveram um fator com 2 itens, que atendendo a *Waltz et al.* (2005) citado por *Amaral et al.* (2012) não seria um fator estável, pelo que os autores optaram por integra-los numa subescala, resultando deste modo a versão portuguesa com sete fatores (subdomínios), que pelos aspetos conceptuais podem ser incluídos nas cinco subescalas da versão original de *Lake* (2002).

O *alpha de cronbach* da escala foi de 0,892 não aumentando com a eliminação de nenhum dos itens, sendo os *alphas de cronbach* para cada subescala, das cinco da

versão original sempre superior a 0,70. A correlação entre as diferentes subescalas e o compósito variou de 0,509 a 0,768.

Também em 2012, Cardoso na sua tese de Mestrado encetou um estudo que utilizou como instrumento de recolha de dados a versão Portuguesa da *Practice Environment Scale of the NWI* (Amaral *et al.*, 2012). Numa população restrita, cerca de 60 enfermeiros, ao integrarem a pesquisa que visava determinar de que forma o ambiente de trabalho do enfermeiro influenciava os resultados dos cuidados de enfermagem ao utente internado, e cuja recolha de dados decorreu entre Fevereiro e Março de 2012 no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, o ambiente de prática de enfermagem foi percecionado por estes como desfavorável (2,4).

Em 2013, Amaral e Ferreira, publicam um estudo, também utilizando a versão portuguesa da escala, que decorreu em 4 hospitais da região centro de Portugal, num total de 26 serviços de medicina e cirurgia, sendo a recolha de dados efetuada entre julho e agosto de 2012. O objetivo do estudo era verificar se o ambiente da prática influenciava os resultados dos cuidados ao nível da funcionalidade das pessoas. Dos 365 enfermeiros que participaram constata-se uma perceção favorável do ambiente de prática de enfermagem (2,57). As características psicométricas não foram apresentadas em nenhum dos trabalhos/artigos.

Em 2014, Ferreira e Amendoeira, por desconhcerem versão validada para os cuidados de enfermagem em Portugal da *Practice Environment Scale of the NWI* procedem à adaptação transcultural e validação das propriedades psicométricas do instrumento, não sendo a data de recolha de dados conhecida. Após o consentimento dos autores para o efeito, procederam à semelhança de Amaral *et al.* (2012) à tradução e retrotradução. Foi realizado pré-teste seguido de entrevista para confirmar a compreensão do significado das questões e resposta adequada. Participaram no estudo final 236 enfermeiros de serviços de agudos do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental e o Centro Hospitalar Médio Tejo.

Os pressupostos para a análise das propriedades psicométricas, foram idênticos aos adotados por Amaral *et al.* (2012), não sendo todavia referido o valor mínimo dos pesos aceites nos fatores, porém referem que só integraram itens cujos valores de comunalidade extraída fossem superiores a 0,40.

Obtiveram inicialmente sete fatores que explicavam 63,83% da variância. No sentido de ir de encontro com teoria subjacente à escala forçaram a análise a cinco fatores, obtendo uma variância explicada de 56,1%, todavia comunalidades baixas

foram encontrados em dois itens tendo sido retiradas e procedido a nova análise. O valor do *alpha de cronbach do* compósito foi 0,92, variando nas subescalas de 0,71 a 0,89, a variância explicada foi de 59,53%. Comparando com a escala original, os itens não foram coincidentes entre os diferentes fatores, porém Ferreira e Amendoeira (2014) mantiveram estes pela maior carga, pois obtiveram pesos fatoriais superiores, na sua maioria, bem como os valores de consistência interna. A correlação entre as diferentes subescalas e o compósito variou de 0,36 a 0,91. Neste estudo, o ambiente foi considerado favorável (3,16).

Utilizando também a versão portuguesa da *Practice Environment Scale of the NWI* (Amaral *et al.*, 2012), Jesus, Roque e Amaral (2015) numa amostra bem mais abrangente (2235) com o objetivo de descrever a percepção dos enfermeiros de serviços médico-cirúrgicos dos hospitais portugueses relativamente aos ambientes de prática de enfermagem e sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e profissionais, concluem que os ambientes de prática são percecionados pelos enfermeiros como desfavoráveis usando a classificação de Lake (2002), ou mistos, usando a classificação de Lake e Friese (2006). A consistência interna da escala foi classificada como muito boa (0,90), segundo Pestana e Gageiro (2014). A associação destes dados com a intenção de deixar a profissão foi ainda explorada por Leone, Bruyneel, Anderson, Murrells, Dussault, Jesus, *et al.* (2015).

Descrito o que é o ambiente de prática de enfermagem, como se mede e as associações deste com algumas variáveis, importa circunscrever o nosso estudo teórico à problemática em análise, facto corporizador do próximo subcapítulo.

## **1.2. Qualidade em saúde e segurança do cliente**

Tal como referimos na introdução do presente estudo, a qualidade, intimamente ligada à segurança dos cuidados, é uma garantia do sistema de saúde Português (MS, 2015), onde uma das componentes críticas da gestão dessa qualidade e dos cuidados de enfermagem é a segurança dos clientes (Baumann, 2007). Atendendo que a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e que tem um contexto de aplicação local, onde o exercício profissional dos enfermeiros não pode ser negligenciado (OE, 2001),

iniciaremos, este subcapítulo abordando a qualidade em saúde, seguindo-se a qualidade na enfermagem, segurança do cliente e cultura de segurança.

### **1.2.1. Qualidade em saúde**

A qualidade em saúde é um foco central no sistema de cuidados de saúde, quer a nível internacional (Doran, Mildon, & Clarke, 2011), quer nacional (MS, 2015), pelo que é imprescindível, a definição de forma clara e objetiva, pela amplitude do conceito.

Considerámos, porém, ser necessário a apresentação de um breve epítome sobre as origens da conceptualização e operacionalização de Qualidade em Saúde, tal como das premissas assumidas.

Partindo do princípio que a Qualidade em Saúde emerge da aplicação num contexto específico da qualidade, enquanto conceito generalista emergente da Revolução Industrial, consideramos que a definição de qualidade terá imiscuído noções de adequação às expectativas de quem adquire um produto ou utiliza um serviço, tal como afirma Spath (2009).

Deming, Juran ou Ishikawa, são mencionados por Campos, Saturno e Carneiro (2010) como autores de referência para a conceptualização da qualidade, tal como personalidades do âmbito da saúde: Florence Nightingale, Ernest Codman e Avedis Donabedian.

Enquanto Deming centra o conceito nos graus previsíveis de uniformidade e dependência a um custo baixo e adequado ao mercado, Juran centra na adequação ao uso e Ishikawa na satisfação do cliente (Costa, 2013).

Não obstante o âmbito industrial, também o âmbito da saúde concedeu contributos.

Florence Nightingale centrou-se nas condições de prestação de cuidados, demonstrando a influência das mesmas nos resultados obtidos. Codman foi pioneiro no acompanhamento dos clientes, de forma a compreender o efeito final das intervenções clínicas colocadas em prática.

Apesar das preocupações com a qualidade serem longínquas, percorrendo a história da Medicina, a Qualidade em Saúde assumiu uma expressão marcante apenas nos anos 60 com Avedis Donabedian que desenvolveu um quadro conceptual primordial para a compreensão da avaliação de Qualidade em Saúde, por um modelo unificado em

três componentes (estrutura, processo, resultado). O referido autor, define Qualidade em Saúde como a prestação de cuidados que visa a maximização do bem-estar do cliente, depois de este tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas, nas fases do processo de prestação de cuidados de saúde.

Conhecendo os primórdios da Qualidade em Saúde, importa agora compreender os elementos chave para a definição do conceito.

Donabedian (1988) considerava que a definição de Qualidade em Saúde pode depender:

- dos intervenientes no processo de cuidados;
- como a saúde e responsabilidades em termos gerais são definidas;
- se é procurada máxima eficácia;
- se as preferências individuais ou sociais definem o ideal.

O mesmo autor considerava, ainda, que é importante conhecer informação detalhada sobre as relações causais entre os atributos estruturais das configurações organizacionais em que decorre o processo de cuidados, o processo de assistência e os resultados obtidos. A tríade apresentada, decorrente da teoria geral dos sistemas, conceptualizou as dimensões da avaliação da Qualidade em Saúde desenvolvidas e aprofundadas desde 1966, por Donabedian (1988).

Pela consulta da literatura, verifica-se que muitas das estratégias de investigação sobre a qualidade têm por referência esta abordagem, sendo considerado por Amaral (2014) a base das discussões acerca da Qualidade em Saúde, independentemente dos autores e das escolas em que se filiam. O mesmo autor, cita ainda Mitchell (1993), afirmando que a abordagem estrutura, processo, resultados é a que ganhou maior anuência entre os profissionais de saúde.

### **1.2.2. Conceito de qualidade em saúde**

No presente estudo a conceptualização de Qualidade em Saúde é apresentada à luz das mais recentes premissas definida pelo MS de Portugal, no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua Revisão e Extensão a 2020, bem como na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020.

No enquadramento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, Qualidade em Saúde é definida como

“a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão. Por outro lado, qualquer contexto económico - financeiro exige uma melhoria da eficiência e da efetividade da prestação de cuidados de saúde, uma vez que estas são pilares da qualidade em saúde” (MS, 2015, p.13551).

Perante a definição apresentada, podemos constatar que a Qualidade em Saúde conceptualiza-se tendo por base premissas associadas aos clientes dos cuidados de saúde e prestadores dos mesmos cuidados. Estão, deste modo, identificados os intervenientes no processo de cuidados de forma direta, mas também indiretamente implícito o nível superior, o do gestor/financiador.

Os diferentes intervenientes vão ser responsáveis por distintas perspetivas da Qualidade em Saúde, desempenhando papéis e assumindo responsabilidades que concorrem para a mesma, todavia a centralidade no cliente deverá ser perentória.

Mais que conhecer os referidos intervenientes, compreender a sua articulação, para que o fim seja o desejado, impera. Deste modo, para o desenvolvimento de estratégias, pelos gestores/financiadores, que conduzam à qualidade, é premente o envolvimento adequado dos prestadores que irão colocar em prática as mesmas, tal como os próprios utilizadores dos serviços, os clientes. Ambos devem ter um papel ativo, onde os prestadores de cuidados devem operacionalizar as estratégias, tendo por base uma adequada política ambiental para a qualidade, integrando as necessidades e expectativas dos que servem.

Donabedian (1988) refere que existem dois elementos com muita importância na qualidade dos cuidados de saúde relativamente aos prestadores, sendo o desempenho técnico e o interpessoal. O primeiro depende do conhecimento para chegar até às estratégias de cuidados apropriadas e capacidade de implementação das mesmas. O segundo, influência de forma marcante o primeiro, não só como veículo para alcançar o diagnóstico, através da gestão da informação, como também, agente facilitador da adesão ao regime terapêutico. Características de respeito pela privacidade, confidencialidade, escolha informada, empatia e sensibilidade são expectáveis numa relação interpessoal.

Por outro lado, os clientes devem influenciar tanto a política de qualidade, como a forma como os serviços são fornecidos, incrementando os seus conhecimentos e competências.

A posição e responsabilidade que se tem no processo de cuidados irá determinar, deste modo, a definição de qualidade dos cuidados em saúde, que revestirá um cariz coletivo com um cunho individual (Donabedian, 1988). Por conseguinte, no âmbito dos prestadores de cuidados, as associações profissionais desempenham um papel basilar no desenvolvimento e monitorização dos sistemas de qualidade que deverão advir dos padrões representativos dos diferentes aspetos do mandato social da profissão.

Serapioni (2009) resumindo a definição de qualidade de Ovretveit (1996) compartilhada ainda por estudos atuais, identifica dimensões que contribuem para a conceptualização da qualidade pelos intervenientes no processo de cuidados:

- Clientes: o que desejam do serviço de forma individual ou do grupo;
- Prestadores: se o serviço satisfaz as necessidades definidas e se as técnicas e os procedimentos necessários são executados de forma apropriada;
- Decisores políticos: uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades dos clientes.

Recomendações para os diferentes intervenientes são apresentadas no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com vista ao reforço da Qualidade em Saúde, passando por governação e assistência integrada, bem como participação e capacitação dos clientes.

“Fazer bem a ação correta, à primeira vez, às pessoas certas, na altura certa e no local certo, com o menor custo” (Department of Health, 1997 *in* MS, 2012, p.2) só será possível se as intervenções pelos diferentes intervenientes, no processo de cuidados de saúde, forem concertantes para que tal seja executável. Está, deste modo, patente a importância das intervenções multiprofissionais para a Qualidade em Saúde.

Apesar das distintas definições que o conceito de Qualidade em Saúde pode assumir, é possível identificar alguns elementos comuns como efetividade, eficiência e equidade, tal como conclui Costa-Dias (2014). A autora procedeu a uma análise comparativa entre as dimensões da Qualidade em Saúde identificadas por Donabedian (1966), Maxwell (1984), Plano Nacional de Saúde e IOM, tal como se pode verificar pelo quadro n.º2.

**Quadro n.º2-** Dimensões da qualidade (Fonte: adaptado de Costa-Dias, 2014, p.46)

Dimensão da qualidade	Donabedian	Maxwell	Plano Nacional de Saúde	<i>Institute of Medicine</i>
Eficácia	x			
Efetividade	x	x	x	x
Eficiência	x	x	x	x
Otimização	x			
Aceitabilidade	x	x		
Legitimidade	x			
Equidade	x	x	x	x
Acesso		x	x	
Segurança			x	x
Adequação			x	
Oportunidade			x	x
Cuidados centrados no doente			x	x
Continuidade			x	x
Respeito			x	x
Relevância da necessidade		x		
Custos		x		

Uma análise mais extensa foi elaborada por Legido-Quigley *et al.*, 2008 comparando as dimensões identificadas por Donabedian (1988), Maxwell (1992), Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (1997), Concelho Europeu (1997), JC (1999), IOM (2001) e OMS (2006). Da análise elaborada, os autores concluíram que a efetividade, a eficiência, a acessibilidade, a segurança, a equidade e a adequabilidade são dimensões transversais aos diferentes autores/instituições.

As dimensões apresentadas constituem exemplos que suportam a mensuração da Qualidade em Saúde, aplicadas por diversos autores que foram surgindo ao longo dos tempos. Spath (2009) afirma que a qualidade não se desenvolve por conta própria, e para ser alcançada, uma avaliação sistemática e processos de melhoria são necessários, o que se designa por Gestão da Qualidade.

A gestão da qualidade dos cuidados de saúde é complexa pela própria complexidade do contexto da Saúde, sendo necessários bons mecanismos para a sua

gestão. Porém, Donabedian (1988) refere que se existir um compromisso real com a qualidade, qualquer mecanismo irá funcionar, por outro lado, se o compromisso não estiver presente nem o mais elegante mecanismo irá funcionar (Donabedian, 1988 citado por Spath, 2009). Assim, ao longo dos tempos foram surgindo diferentes modelos, porém o mais conhecido e aceite por profissionais de saúde é o de Donabedian, tal como anteriormente referimos e passaremos a descrever com maior pormenor no próximo subcapítulo.

### **1.2.3. Modelo de avaliação da qualidade em saúde de Donabedian**

O modelo de avaliação da Qualidade em Saúde de Donabedian é baseado em três componentes dos cuidados de saúde: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1988; Spath, 2009).

A estrutura é medida para julgar a adequação do ambiente, em que o atendimento ao cliente é prestado. Recursos materiais, humanos e estrutura da organização, como por exemplo a organização do pessoal médico, são atributos incluídos nesta componente.

O processo é medido para avaliar se os cuidados aos clientes e as funções de suporte são apropriados, logo no que realmente é feito na prestação de cuidados, a interação entre profissionais e os clientes. Procura de cuidados pelos clientes, determinação do diagnóstico tal como implementação do tratamento, são atributos incluídos nesta componente.

Os resultados são medidos para ajuizar os resultados dos cuidados de saúde e funções de suporte. Satisfação com os cuidados, mudança salutar de comportamentos são, por exemplo, atributos incluídos nesta componente.

Todavia, pela complexidade do conceito de qualidade, Donabedian em 1990 identificou os sete pilares dos cuidados de saúde que definem a qualidade, permitindo, deste modo, discriminar melhor as áreas de intervenção na avaliação:

- Eficácia: competência dos cuidados no seu melhor, para aprimorar a saúde;
- Efetividade: o grau em que os cuidados melhoram os níveis de saúde;
- Eficiência: a capacidade de obter melhorias na saúde ao menor custo;
- Otimização: o equilíbrio mais vantajoso de custos e benefícios;

- Aceitabilidade: a conformidade com as preferências do cliente em relação à acessibilidade, a relação cliente-médico, as comodidades, os efeitos e custos dos cuidados;
- Legitimidade: a conformidade com as preferências sociais sobre todos os itens acima;
- Equidade: equidade na distribuição de cuidados e seus efeitos na saúde.

Segundo Costa-Dias (2014) diversos movimentos emergiram do modelo de Donabedian, valorizando de forma diferente as três componentes que integram o modelo. A mesma autora refere que até metade dos anos 90 o foco foi a estrutura e processo, porém após este período o enfoque alterou-se para os resultados, permanecendo até ao momento. Contudo, o conhecimento dos resultados deve ser feito tendo por base a análise dos indicadores estabelecidos, permitindo assim uma medida e a monitorização da mesma de forma objetiva.

E o que tem sido feito pelo mundo e em Portugal, de forma a operacionalizar a avaliação da qualidade dos cuidados de saúde? É esta a questão que norteia o subcapítulo seguinte.

#### **1.2.4. Avaliação da qualidade dos cuidados de saúde**

A operacionalização da avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é feita pelos programas de acreditação.

Os referidos programas, consistem num conjunto de critérios/ atributos desejáveis que integram as componentes essenciais como: clientes, liderança, recursos, instalações, equipamentos, processos e resultados (Campos *et al.*, 2010).

Podemos considerar que a análise da qualidade dos cuidados de saúde teve, de forma marcante, o seu início nos EUA, que desde o século 20 encetou esforços neste percurso.

Tal como abordamos anteriormente, foi pioneiro neste campo, Codman com os estudos que desenvolveu através do acompanhamento dos clientes, a longo prazo. Também a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões, em 1913, a redação inicial dos requisitos mínimos dos hospitais, em 1918, e posteriormente em 1926 o primeiro manual de *standards*, foram marcos relevantes para o desenvolvimento da qualidade

dos cuidados em saúde, permitindo a normalização dos hospitais americanos e possibilidade de inspeções.

Em 1951, diversas associações médicas juntaram-se ao Colégio Americano de Cirurgiões e criaram a *Joint Commission on accreditaton of hospitals*, cujo principal objetivo foi fornecer creditação na área da saúde. Integram a referida comissão gestores, médicos, enfermeiros, empresários e defensores dos consumidores.

Em 1988, a designação é alterada para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare*, de forma a refletir a expansão do escopo de atividade, com ênfase no processo de acreditação do desempenho organizacional, baseado em indicadores de medida ajustados à clínica e gravidade do estado dos clientes. Mais recentemente em 1994, assume um papel de formação e consultoria para clientes internacionais, sendo que em 1999 revê a sua missão para refletir explicitamente a segurança do cliente. Em 2007, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare* reduz a designação apenas para *Joint Commission*, anunciando em 2009 uma missão e visão atualizadas.

A missão consiste em melhorar continuamente os cuidados de saúde, em colaboração com outras partes interessadas, através da avaliação das organizações e da promoção da excelência na prestação de cuidados segura e eficaz da mais alta qualidade e valor. A visão passou a ser que todas as pessoas devem experienciar segurança, elevada qualidade e cuidados de saúde com valor em todas as configurações organizacionais.

Paralelamente aos EUA, também Inglaterra encetou esforços para a qualidade dos cuidados de saúde, com o desenvolvimento, pelo príncipe de Gales, de um fundo cujo propósito era apoiar os hospitais de Londres que ofereciam serviços de saúde a pessoas com mais necessidades, isto em 1897. De príncipe passou a Rei, e em 1907 a atividade desenvolveu-se iniciando atividade de inspeção nos hospitais, tentando incrementar uma distribuição mais racional dos serviços de saúde em toda a cidade.

Com a criação do serviço nacional de saúde em Inglaterra, o referido fundo concentrou a atividade no desenvolvimento de boas práticas, sendo o foco direcionado para a Qualidade na Saúde. Na década de 80 criou uma unidade de pesquisa e análise de políticas de saúde e lançou um serviço de auditoria aceite pelas organizações de saúde. O modelo designava-se de *King's Fund Health Quality Service*, no qual a visão passa por melhorar os cuidados de saúde zelando pelo desenvolvimento das ideias, pessoas e serviços.

Para além dos modelos apresentados Campos *et al.*, 2010, referem ainda, o modelo *International Organization for Standardization (ISO), European Federation of Quality Management (EFQM)*. O primeiro é descrito com maior incidência nos aspetos estruturais e formais, não contemplando a qualidade dos serviços. O segundo é exposto como um modelo de diagnóstico organizacional.

Todos os modelos enunciados têm uma representatividade distinta pelos diferentes países da Europa, todavia um dos mais expressivos é o da JC (Campos *et al.*, 2010).

No que concerne a Portugal, o que teve maior representatividade foi o *King's Fund Health Quality Service* (hoje CHKS), iniciando-se processo de acreditação em pelo menos 27 hospitais. Todavia a união de missão para os hospitais sociedade anónima (SA), entendeu adotar, por outro lado, o modelo americano da JC, sendo 15 os hospitais em processo de acreditação (Direção Geral da Saúde [DGS], 2009).

Deparávamo-nos com dois modelos de creditação, num país com as dimensões do nosso. Porém, os resultados passado 10 anos não eram animadores, e em 2009, a DGS assume a responsabilidade de criar e desenvolver um programa de creditação em saúde sustentável, tendo em conta as características de qualquer tipologia das Unidades de Saúde do Serviço Nacional de Saúde, recaindo a escolha no Modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA)*.

O modelo apresenta três pilares básicos:

“a gestão por processos, a gestão clínica e a gestão por competências, exigindo a integração dos vários níveis de prestação de cuidados de saúde e a avaliação da integração desses processos, bem como dos resultados e da efectividade das medidas tomadas, através de um conjunto de indicadores” (DGS, 2009, p.5).

Independentemente do programa de acreditação aplicado, verdade é que todos têm como denominador comum: a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde que são prestados. Ao longo dos anos, os diferentes programas permitiram instigar uma cultura de melhoria contínua nos cuidados de saúde, com responsabilização dos profissionais na satisfação das necessidades/exigências dos clientes e análise de resultados obtidos, reconhecendo-se que todos os processos e atividades os influenciam. Resultados estes que são o quadro de referência para a avaliação da Qualidade em Saúde, que resulta de um trabalho coletivo, mas com competência individual de cada classe profissional da saúde. Deste modo, e atendendo à problemática do presente

estudo importa compreender o contributo da profissão de enfermagem para a Qualidade em Saúde, como falaremos no subcapítulo seguinte.

### **1.2.5. Qualidade na Enfermagem**

Atendendo ao mandato social da profissão, o exercício dos enfermeiros não pode ser negligenciado, como referimos anteriormente, nem ocultado da Qualidade em Saúde, conduzindo-nos, deste modo, à qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Referimos anteriormente o papel fundamental das associações profissionais no desenvolvimento e monitorização dos sistemas de qualidade. Instâncias internacionais, como o ICN assumem esta responsabilidade, promovendo a qualidade dos cuidados através da evolução dos serviços de enfermagem e de saúde. Nacionalmente, a OE desenvolve esforços no mesmo sentido, precisando o papel do enfermeiro junto dos clientes, outros profissionais de saúde e decisores políticos, definindo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Cabe aos conselhos regionais zelar pela observância dos padrões definidos e às instituições de saúde, adequar os recursos e criar as estruturas necessárias para o exercício de qualidade.

A melhoria contínua da qualidade é um processo que se reveste de um papel reflexivo, muito importante e rigoroso para que seja possível a implementação do processo de mudança, sobre o que não beneficia o cliente. Mas com sabemos o que não beneficia o cliente?

Este foi o caminho trilhado ao longo dos tempos e o avanço tecnológico permitiu obter resultados excelentes. O acesso à informação válida é crucial. Em Portugal, o estudo desenvolvido por Silva (2001) foi o despoletar de uma evolução bastante marcante nos sistemas de informação de enfermagem, onde se reconhece que o acesso à informação permitirá a reflexão sobre as práticas, gerando indicadores de resultado. Deste modo, a melhoria contínua da qualidade requer novo conhecimento, o qual poderá ser desenvolvido pelos resultados obtidos com os cuidados prestados baseados em educação e investigação.

Mas como identificar os resultados pelos quais os enfermeiros são responsáveis? Na busca desta resposta Irvine, Sidani, Keatings e Doidged (2002), propuseram um modelo para estudar os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de

avaliar o contributo da enfermagem no sistema de saúde, apresentando um conjunto de relações entre as variáveis de estrutura, processo e resultados, designado de *Nursing Role Effectiveness Model*.

O debate da efetividade dos cuidados é relevante e atual, sendo afogueado pelo envelhecimento da população, novas abordagens terapêuticas, novas formas de acesso à informação, mudanças na prestação de cuidados, expectativas dos colaboradores e alterações dos papéis dos profissionais, conduzindo a necessidades crescentes para os recursos (Amaral, 2013). Urge, deste modo, melhorar resultados, como forma de comprovar a qualidade do sistema de saúde. Todavia, a referida melhoria de resultados não se traduz apenas na redução de custos, mas sim em ganhos em saúde nas diferentes perspetivas: gestores/financiadores, prestadores de cuidados e clientes.

Na literatura existe evidência científica, que comprova a relevância dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, na qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A efetividade é importante, porém, tal como referimos anteriormente, é um dos pilares dos cuidados de saúde que definem a qualidade facilitando a avaliação da mesma segundo Donabedim (1990). Outros pilares estão associados à qualidade, como por exemplo, a equidade.

Concretamente em Portugal, o ambiente de prática de enfermagem é percecionado pelos enfermeiros de forma global como desfavorável na maioria dos hospitais, embora existindo grande variabilidade entre as instituições e nestas entre os serviços (Jesus *et al.*, 2015), com elevada prevalência de exaustão emocional particularmente nos enfermeiros com menor experiência profissional (Jesus, Pinto, Fronteira & Mendes, 2014) afetando a saúde e bem-estar, tal como a produtividade dos enfermeiros.

A variabilidade apresentada nestes resultados é considerada prejudicial para os clientes dos cuidados de saúde, não respeitando o pilar da equidade necessário para a qualidade. A mesma posição é tomada por Aiken em entrevista aquando o IV congresso da OE, em Portugal, em 2015, referindo que o interesse público defende níveis *standard* de cuidados que devem ser prestados independentemente do local onde vive ou da unidade de saúde a que recorre.

Distintos estudos foram desenvolvidos no nosso país que concorrem com dados significativos para outros pilares da qualidade, como o da segurança do doente: eventos

adversos em hospitais portugueses (Sousa, Uva, Serranheira, Leite, & Nunes, 2011) e o estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português (DGS, 2015a).

O trajeto vai sendo trilhado, pouco a pouco vamos progredindo nas diferentes atividades necessárias para a implementação e monitoração da qualidade dos cuidados no Sistema de Saúde Português.

Evidência científica a nível nacional tem demonstrado, nas últimas décadas, existência de relação entre os recursos, e a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

Um planeamento inadequado dos recursos poderá trazer repercussões gravíssimas para os sistemas de saúde restringindo as reformas planeadas, tal como refere Sermeus *et al.*, (2011), e comprometendo de forma significativa os resultados. Os modelos de planeamento e de gestão de recursos humanos, concretamente, da enfermagem, têm-se mostrado pouco fiáveis e efetivos, uma vez que, tradicionalmente, consideram o volume de trabalho de enfermagem em detrimento da qualidade dos cuidados prestados (Sermeus *et al.*, 2011). Assim, a nível Europeu, mas atualmente com expressão mais alargada (ex: EUA, China, Sul de Africa), o projeto do RN4Cast, desenvolvido por um consórcio alargado, e cujo objetivo é simular cenários que ilustrem o que acontece com a qualidade dos cuidados e resultados de enfermagem quando diferentes aspetos associados à enfermagem são alterados, veio trazer evidencia que comprove tais factos. As análises desenvolvidas permitem estudar o efeito dos modelos de planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem em diferentes países.

Este é um dos maiores estudos alguma vez realizado, que ambiciona precisão dos modelos de gestão, bem como gerar novas abordagens para a gestão eficaz dos recursos de enfermagem, atendendo ao papel da profissão nos cuidados de saúde prestados a nível mundial.

Evidência proveniente do referido projeto, comprova que transversalmente nos países integrantes, o comportamento organizacional e a existência de enfermeiros qualificados, vinculados e empenhados são suscetíveis de contribuir para a qualidade e a segurança dos cuidados, sendo melhorias associadas ao ambiente de prática de enfermagem corporizadoras de uma estratégia de baixo custo relativo na melhoria dos cuidados prestados, com elevado potencial de otimização dos recursos humanos de enfermagem e, particularmente, nos resultados de saúde obtidos nos clientes (Aiken *et al.*, 2012), tal como tínhamos referenciado na introdução do presente estudo.

### 1.2.6. Segurança do cliente

A Qualidade em Saúde é abrangente com múltiplas dimensões, como apresentamos anteriormente, sendo a segurança um dos elementos fundamentais (IOM, 1999; Mitchell, 2008; MS, 2015) sobre a qual são construídos os restantes aspetos da qualidade dos cuidados (IOM, 2001). Atendendo ao exposto e considerando que este é mais um dos conceitos centrais que motivam o presente estudo, importa conceptualizá-lo.

À semelhança do elaborado para a Qualidade em Saúde, também para a segurança consideramos ser necessário a apresentação de um breve epítome, sobre as origens da conceptualização.

Integrado numa perspetiva de quebra da inação perante a ocorrência de erros, com ou sem danos para os clientes, num sistema que é suposto proporcionar a cura e o conforto, emerge a publicação do grande marco na história da segurança dos clientes *To Err is Human: Building a Safer Health System* (IOM, 1999). O relatório vem confirmar não só o direito que os clientes têm aos cuidados seguros, bem como a importância de implementar medidas de melhoria neste campo, quebrando a inércia/ inatividade dos gestores/financiadores nesta matéria. Assume a segurança do cliente como uma componente crítica da qualidade, bem como a premissa que errar é humano e que o caminho para evitar novo erro não passa pela culpabilização individual, mas sim pela prevenção futura com aprendizagem coletiva, após a análise das causas dos erros, só assim será alcançada a qualidade dos cuidados.

Estudos anteriores são referidos no relatório, revelando investigação precedente, porém ações concretas que visem a melhoria da segurança dos clientes não são documentadas. Um dos estudos de referência desta altura foi o *Harvard Medical Practice Study* o qual identificou que 4% dos clientes sofrem algum tipo de dano, nos cuidados hospitalares (World Health Organization [WHO], 2002).

Em 2000, como forma de compreender a dimensão e a natureza das falhas do sistema de saúde do Reino Unido, examinando como se poderá aprender com os fracassos e recomendar métodos para minimizar falhas futuras, foi publicado o relatório *An Organisation with a Memory*. Este relatório confirmou a ocorrência de 850 000 eventos adversos por ano (WHO, 2002). No mesmo ano, resultados Europeus também são nomeados na literatura, identificando-se que, em cada dez clientes, ocorrem eventos adversos relacionados com os cuidados que são prestados.

Contributos significativos emergiram destes dados, impulsionando a investigação a nível internacional, conduzindo a temática para o topo das agendas políticas e alargando o número de países que se debruçaram sobre a problemática.

Considerando os resultados obtidos da investigação realizada, que confirma a problemática da incidência dos eventos adversos como um desafio para a qualidade dos cuidados prestados e configurando-se como uma fonte de dano evitável no cliente, bem como custo acrescido para os sistemas de saúde que poderá ser evitável, reconhecendo a necessidade de promover a segurança do cliente como um princípio fundamental de todos os sistemas de Saúde (WHO, 2002a) foi aprovada na 55<sup>a</sup> Assembleia Mundial de Saúde a resolução WHA55.18 em Maio de 2002 (WHO, 2002b).

A referida resolução apela para que os diferentes estados membros dispensassem mais atenção ao problema da segurança dos clientes e qualidade dos cuidados. Deste modo, foi solicitado o desenvolvimento de programas de qualidade com normas e padrões globais para a segurança do cliente. Foi também solicitado a elaboração de políticas baseadas em evidência, promoção de cultura de segurança, instigando investigação sobre segurança do cliente, centrada, por exemplo, nos fatores de risco, intervenções de proteção e avaliação dos custos associados aos danos.

É neste sentido que a OMS lança, em 2004, o programa *World Alliance for Patient Safety* em resposta à concordância com a resolução. A mesma foi proposta por Liam Donalson, em 2003, tendo sido alvo de apoio por unanimidade. O objetivo da aliança seria o de facilitar o desenvolvimento de políticas de segurança do cliente diminuindo a duplicação de investimento e atividades necessárias para obter os resultados necessários.

O *World Alliance for Patient Safety* (OMS, 2004) compreende seis áreas de atuação:

- Segurança global do cliente, com foco nas infeções adquiridas com os cuidados de saúde prestados;
- Envolvimento dos clientes e organizações representativas destes numa aliança conjunta para o mesmo fim;
- Desenvolvimento da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD);
- Investigação no domínio da segurança do cliente, com ferramentas de avaliação rápida e investigação da prevalência de eventos adversos;

- Coordenação de esforços internacionais para melhorar a segurança;
- Relatórios e aprendizagem de boas práticas.

Atualmente, constata-se um crescente reconhecimento que a qualidade e segurança dos clientes afigura-se como uma dimensão crítica na Saúde, todavia o caminho faz-se caminhando, e após o lançamento do programa, anteriormente referido, mais de 140 países têm trabalhado para ultrapassar as dificuldades e promover cuidados seguros. A OMS (2012) descreve os progressos obtidos na segurança dos clientes, após o lançamento do programa:

- Desde 2005, *Clean care is safer care*, foi desenvolvido em 129 estados membros e 15 000 hospitais implementaram diretrizes e ferramentas para melhorar a higiene das mãos;
- Desde 2008, *Safe surgery saves lives*, originou a *Surgical Safety Checklist* aplicada em quase 2000 hospitais de todo o mundo, o sucesso deu origem à *Safe Childbirth Checklist*;
- Promoção da investigação na segurança do cliente, com financiamento de 22 instituições de 25 países; as pesquisas sugerem que existem riscos elevados nos países em desenvolvimento;
- Desenvolvimento de protocolos/diretrizes, para reduzir infecções associadas ao manuseamento de cateteres, local incorreto da cirurgia, uso inseguro de injetáveis, má comunicação entre os prestadores de cuidados, as quais têm sido disseminadas por todo o mundo e implementadas entre mais de 400 hospitais de 10 países;
- *Engagement* dos clientes através do *Network Patient Safety*, permitindo troca de experiências;
- Desenvolvimento de sistemas de comunicação/ comunidades de prática dos Estados Membro conducentes à aprendizagem por boas práticas na redução do dano;
- Promoção da formação na segurança do cliente com a elaboração de um guia curricular, sendo aplicado em 30 universidades;
- Desde 2009, estabelecimento de parcerias para o programa de segurança dos clientes africanos, promovendo a bidirecionalidade de aprendizagens entre 14 países africanos e 3 europeus.

Uma vez exposto o histórico do movimento associado à segurança dos clientes, importa conceptualizá-lo, o que faremos de seguida.

### **1.2.7. Conceito de Segurança do cliente**

No presente estudo a conceptualização de segurança do cliente é apresentada à luz das mais recentes premissas definida pelo MS de Portugal, no Plano Nacional para a Segurança dos doentes 2015-2020, que segue as recomendações do Conselho da União Europeia, de 9 de junho de 2009, sobre a segurança dos clientes.

O referido plano insere-se numa política de prevenção de incidentes de segurança associados à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. O conceito utilizado neste trabalho está integrado num importante instrumento de classificação internacional da segurança dos doentes, traduzido para português pela DGS em 2011, que adveio da *World Alliance for Patient Safety*, anteriormente apresentado. A referida classificação permite, a nível internacional, usar de forma mais consistente os conceitos chave, associados à segurança dos clientes.

Assim, neste estudo a segurança do cliente é entendida como

“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo” (DGS, 2011, p.14)

Na definição apresentada podemos destacar alguns conceitos chave, como o dano relacionado com os cuidados de saúde e o risco. Sendo o dano resultante de ações ou planeamento das mesmas, durante a prestação de cuidados de saúde e não da doença em causa que motivou a utilização dos serviços de saúde, e atendendo que o risco é a “probabilidade de ocorrência de incidentes” (DGS, 2011, p.15), que são como o evento ou circunstância que poderia ter resultado ou resultou em dano no cliente, sendo intencional ou não (DGS, 2011), podemos inferir que a segurança do cliente acarreta uma responsabilidade bastante significativa à gestão dos riscos, enquanto componente estratégica.

Como comprovou e abriu debate público, o relatório *To Err is Human*, os erros existem nos cuidados de saúde, e o reconhecimento desta premissa é ponto de partida

para o desenvolvimento de bons processos de gestão de riscos associados às atividades, de forma acrescentar valor para aumentar a probabilidade de sucesso e diminuir as de fracasso. Tal será alcançado por uma avaliação e análise cuidada dos riscos, incidindo nos fatores associados aos clientes, aos profissionais de saúde, fatores de equipamento e fatores ambientais/organizacional, tal como identifica a estrutura concetual da CISD (DGS, 2011). Através das notificações, tratamento e monitorização dos riscos identificados será possível fundamentar a tomada de decisão pelas organizações de saúde.

O erro personifica outro termo relevante nesta problemática, que por vezes, na literatura aparece misturado com incidente, pelo que importa, neste contexto, a sua diferenciação de forma a tornar clara a perspetiva tida em conta neste estudo.

Os erros são, por definição, não intencionais, resultantes de uma falha na execução de um plano de ação como pretendido ou aplicação de plano incorreto, aumentando, deste modo, o risco de ocorrer um incidente (DGS, 2011).

Os diferentes tipos de incidentes que podem ocorrer terão de certo fatores contribuintes, os quais são identificados na estrutura conceptual da CISD, como fatores associados aos profissionais (por exemplo: comportamento, comunicação, desempenho), associados ao sistema (ambiente de trabalho), externos à organização ou relacionados com o cliente.

Referimos, também, que os incidentes poderão ou não causar dano no cliente, sendo este classificado no seu grau de ligeiro, moderado, grave ou morte.

Um incidente com dano, independentemente do grau, é designado de Evento Adverso (DGS, 2011), termo também relevante para a segurança do cliente.

Constatámos, deste modo, que a promoção da segurança para a excelência da qualidade dos cuidados implica prevenção e controle dos eventos adverso e incidentes, bem com da avaliação dos riscos, permitindo modelar os processos. Mas que modelos conceptuais existem para a segurança do cliente? É o que apresentaremos no subcapítulo seguinte.

#### **1.2.8. Modelos conceptuais para a segurança do cliente**

Ballardin, Franz, Saurin e Maschio (2008) identificam três tipos de modelos causais de acidentes: os sequenciais, sistémicos e epidemiológicos. Os mesmos autores

referem que a teoria do dominó, proposta por Heinrich (1959), é a que se enquadra melhor no primeiro modelo de acidentes identificado. Neste modelo o acidente acontece devido às relações de causa efeito entre cinco elementos que são: o ambiente social e hereditariedade, falha individual, atos e condições inseguras, acidentes e a lesão propriamente dita, porém, estes tipos de modelos são usuais na análise de acidentes no ambiente industrial.

No que respeita aos modelos sistémicos, a teoria que se ajusta é a proposta por Rasmussen (1997), na qual não é identificada relação causa efeito bem definida, adotando a premissa que a sequência de eventos que determinou o acidente é bastante improvável ser repetida novamente.

Por fim, o modelo epidemiológico, a teoria que melhor encaixa é a teoria do queijo suíço, proposto por Reason (2000). Segundo Vincent, Taylor-Adams, e Stanhope (1998) citados por Costa-Dias (2014), esta teoria foi originalmente desenvolvida para ser usada nos complexos sistemas industriais e foi adaptado para a área da saúde, sendo referida pelo Grupo Técnico para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais no relatório da *Organização interna e governação dos hospitais*, publicado em 2010, como teoria que fundamenta a ocorrência de eventos adversos com os clientes no sistema de saúde português.

Sabemos que as organizações de saúde têm defesas, barreiras, salvaguardas de forma a proteger os clientes de incidentes, todavia nada é infalível existindo sempre pontos fracos. Partindo da premissa que errar é humano (falhas ativas) e que todos os sistemas têm falhas (condições latentes), Reason (2000) assume os pontos fracos dos diferentes intervenientes (fatias) como possíveis quebras na defesa, barreiras, salvaguardas (buracos), que podem causar o evento adverso. Assim, é importante organizar o sistema para que as “fatias de queijo” quando alinhadas não resultem em “buracos” convergentes e permitam a ocorrência do evento adverso.

Reason (2000) considera que o ponto inicial poderá ser as decisões tomadas ao nível da gestão e de processo organizacionais de forma errada, mas que vão progredindo até aos locais de execução, constatando-se que o sistema não estava estruturado de forma a barrar o evento adverso.

No presente estudo temos por base a Teoria apresentada e partilhamos a posição da WHO (2002b) que confere a responsabilidade primordial da ocorrência de eventos adversos às deficiências na conceção do sistema, organização e funcionamento, e não tanto por resultados das falhas ativas.

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020, aclama a cultura de segurança, numa estreita ligação com a ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde, assumindo o aumento da mesma como o primeiro objetivo estratégico. Logo, atendendo à teoria anteriormente apresentada a cultura de segurança pode assumir o cariz de falha latente do sistema, se não se encontrar bem estruturada e organizada na instituição de saúde. Mas o que é concretamente a cultura de segurança? Como esta poderá trazer vantagens para as organizações de saúde que a desenvolvem positivamente? Questões que tentaremos responder no subcapítulo seguinte.

### **1.2.9. Cultura de segurança**

A cultura organizacional é ampla, e pode ser definida tendo por base diferentes perspetivas como a sociológica, antropológica ou psicológica de comportamento organizacional.

Atendendo ao sistema de saúde e à complexidade inerente a este, a cultura organizacional terá que ser bastante dinâmica modificando-se de acordo com as exigências da sociedade onde está inserida. Conclui-se que a cultura organizacional sofre influência externa, mas também pode assumir-se como agente influenciador do meio externo.

Integrada na cultura organizacional, e reportando-nos concretamente às organizações de saúde, a cultura de segurança assume um papel bastante marcante com vista à promoção da segurança dos clientes e qualidade dos cuidados prestados.

Segundo a OMS, a cultura de segurança de uma organização de saúde é um produto de valores individuais e de grupo, de atitudes, de perceções e de padrões de comportamento que determinam o compromisso da organização para com a segurança dos clientes (MS, 2015).

As organizações de saúde vivem em ambiente complexo, como referimos anteriormente, que são gerados pelo ambiente externo e pelo seu próprio ambiente, o qual é influenciado e influencia os diferentes intervenientes no sistema de cuidados de saúde, contribuindo para a formação da cultura de segurança.

A estrutura conceptual da CISD apresenta um conjunto de conceitos da segurança do cliente, onde a cultura de segurança emerge com cinco atributos que devem ser operacionalizados pelos intervenientes na prestação de cuidados de saúde:

- O sentimento de partilha de uma cultura onde todos aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos colaboradores, clientes, e visitantes;
- Priorização da segurança relativamente a fins financeiros e operacionais;
- Promoção da identificação, da comunicação e da resolução de questões de segurança;
- Promoção da aprendizagem organizacional com os eventos adversos;
- Desenvolvimento/manutenção de recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes.

Sendo a cultura de segurança um produto de valores individuais e de grupo é indispensável que todos os participantes no processo de cuidados tenham pleno conhecimento das dimensões desta, de forma a dirigir o desempenho para a finalidade delineada.

A avaliação e monitorização constante da cultura de segurança é um foco estratégico da gestão das organizações de saúde, com vista a obter a segurança dos clientes, sendo recomendada pela OMS e União Europeia aos estados membros (MS, 2015).

Eiras (2011) identifica diversos instrumentos de avaliação da cultura de segurança, porém um dos mais utilizados a nível internacional para o contexto hospitalar é o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*. O mesmo foi desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), tendo sido aplicado a primeira vez por Sorra e Nieve (2004), com o objetivo de avaliar as opiniões que os profissionais têm acerca da segurança dos clientes, do erro médico e da notificação de eventos. A replicação após tradução e validação em diferentes países tem sido um contínuo, encontrando-se traduzido para 24 línguas, incluindo Português (Eiras, 2011).

Este é também um dos instrumentos referenciados pelo projeto europeu *Network for Patient Safety*.

Em Portugal, um estudo piloto foi elaborado em 2011 pela DGS e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), em 7 unidades hospitalares portuguesas. Após o referido estudo, a avaliação da cultura de segurança nas instituições

hospitalares foi introduzida com a publicação da norma n.º 025/2013 e para as instituições de cuidados de saúde primários com a norma n.º 3/2015.

Da operacionalização da norma para os cuidados hospitalares é publicado em agosto de 2015 o “Relatório da segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais”, onde se conclui que a cultura de segurança dos clientes ainda não é assumida como uma prioridade, quer pelos profissionais, quer pelas organizações de saúde, sendo a cultura de notificação fraca.

As dimensões de análise foram:

- Trabalho em equipa;
- Expetativas do supervisor/gestor e ações que promovam a segurança do cliente;
- Apoio à segurança do cliente pela gestão;
- Aprendizagem organizacional - melhoria contínua;
- Perceções gerais sobre a segurança do cliente;
- *Feedback* e comunicação acerca do erro;
- Abertura na comunicação;
- Frequência da notificação de eventos;
- Trabalho entre as unidades;
- Profissionais;
- Transições;
- Resposta ao erro não punitiva.

Sintetizado, podemos referir que a qualidade e segurança são complementares reforçando-se reciprocamente, sendo a ocorrência de eventos adversos um desafio para a qualidade dos cuidados prestados.

A cultura de segurança das organizações de saúde assume um papel crucial no sistema de gestão de segurança criados pelas próprias organizações, que por sua vez influenciam a dita cultura de segurança.

O papel da Enfermagem é reconhecido na gestão da segurança e qualidade dos cuidados pelas diferentes áreas de intervenção da profissão, sendo demonstrado ao longo do tempo e assumido formalmente desde a publicação do *To Err is Humam* em 1999, bem como na tomada de posição conjunta da OMS e *European Forum of National Nursing and Midwifery Associations*, em 2003.

A nível nacional é visível no código deontológico da profissão várias referências à segurança dos clientes, as quais estão descritas de forma muito clara na tomada de

posição da OE sobre a segurança dos clientes (2006) que foi preparada no âmbito 2º Ciclo de Debates sob a temática “Cuidados Seguros”, reconhecendo e corroborando as orientações internacionais.

O capítulo que agora terminámos consiste, segundo a nossa perspetiva, na descrição ordenada das ideias que documentam a temática que pretendemos estudar. Segue-se uma análise mais profunda, da relação estabelecida entre as diferentes variáveis, em estudos anteriores, de forma que possamos fundamentar a nossa problemática, delimitando a questão de partida e hipóteses a validar. Sequencialmente será apresentado o plano que justifica as técnicas e os meios para obter a informação desejada, bem como estes serão analisados, terminando com a apresentação dos resultados e discussão dos mesmos.

## **PARTE II- ESTUDO EMPÍRICO**



## Capítulo 2 - Da problemática às hipóteses de estudo

É preocupação atual a gestão racional do Sistema de Saúde Português (MS, 2012), bem como de todos os outros a nível mundial, sendo necessário não perder de mira o equilíbrio entre a referida gestão e a proximidade dos cuidados que são necessários. Deste modo, as escolhas estratégico-políticas da saúde devem ser refletidas ao detalhe, de forma que os recursos e esforço dirigidos para uma área sejam os mais eficazes possíveis na melhoria dos Sistema de Saúde como um todo.

Atendendo ao modelo conceptual do Plano Nacional de Saúde Português 2012-2016 (MS, 2012), o qual foi mantido na Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015b), a Qualidade na Saúde assume um papel primordial, sendo considerada “um imperativo moral, porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados” (DGS, 2015b, p.16). Deste modo, “a OMS-Euro aconselha os Estados a implementar estratégias nacionais para a qualidade e segurança em saúde que tenham particular atenção à necessidade de se adotarem medidas que sejam sustentáveis a longo prazo” (DGS, 2015b, p.16).

Acolhendo o referido, tal como a premissa que todas as pessoas devem experienciar cuidados de saúde seguros, de alta qualidade e elevado valor (JC, 2015), o ambiente de prática de enfermagem tem sido alvo de atenção e crescente corpo de investigação nos últimos anos. Pelo que representa, este fator, assume um papel crucial nos cuidados de saúde atualmente, afetando direta ou indiretamente a qualidade dos cuidados (Wiskow, Albreht, & Pietro, 2010), sendo as equipas de enfermagem conhecidas como agentes influenciadores dos resultados dos clientes nas áreas como a qualidade dos cuidados e segurança dos clientes (Van Bogaert *et al.*, 2014), bem como reconhecido a sua posição privilegiada, pela essência da profissão, para avaliar essas mesmas áreas (IOM, 2004; McHugh & Stimpfel, 2012).

De modo mais concreto, diversas investigações confirmam associações positivas entre o ambiente de prática de enfermagem e os resultados nos clientes, especificamente

na qualidade dos cuidados prestados. Shen, Chiu, Lee, Hu e Chang (2011) considerando que as comparações entre a percepção dos enfermeiros e clientes sobre os diferentes fatores que afetam a qualidade dos cuidados era limitada, desenvolveram um estudo que lhes permitisse para além de identificar e comparar as mesmas, determinar também quais os fatores melhor preditores da qualidade dos cuidados. Se para os clientes o relacionamento entre médicos e enfermeiros, ambiente de prática e anos de formação foram os melhores preditores, para os enfermeiros foi apenas o ambiente de prática e a percepção do relacionamento entre médicos e enfermeiros, sendo esta última variável, tanto para enfermeiros como clientes, aquela que afeta de forma mais direta a qualidade dos cuidados. No entanto, a referida influência para os clientes acontece de forma indireta, uma vez que as relações entre médicos e enfermeiros são afetadas pela satisfação com o ambiente de prática. Por outro lado, a análise também revelou uma influência moderada direta na qualidade dos cuidados do ambiente hospitalar, pelo que é demonstrada a evidencia que os enfermeiros que estavam satisfeitos com o ambiente de prática do hospital perceberam maior qualidade de cuidados, diretamente. De ressaltar que as medidas para a análise anterior estavam reunidas num questionário desenvolvido pelos autores, onde os participantes foram interrogados sobre como avaliavam o atual ambiente de prática no hospital (1 = muito má a 4 = muito boa); como percebiam as relações entre os médicos e enfermeiros no serviço (1 = muito má a 10 = muito boa); e por fim, como avaliavam a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros no serviço (1 = muito má a 10 = muito boa), a abordagem foi realizada a nível individual dos enfermeiros. O contexto do estudo, no entanto, não foi descrito de forma clara, referindo apenas que foram excluídos participantes de unidade pediátricas, cuidados intensivos e serviços de suporte ventilatório assistido.

Um outro instrumento foi largamente aplicado para investigar o ambiente de prática de enfermagem, o NWI-R. Igualmente investigações com este instrumento permitiram comprovar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados aos clientes. Um dos exemplos foi o estudo de Van Bogaert *et al.* (2014), que procedeu a uma análise ao nível do serviço de forma a identificar o impacto dos fatores do ambiente de prática de enfermagem, características do trabalho dos enfermeiros e *burnout*, nos resultados de enfermagem, qualidade dos cuidados e as variáveis de segurança dos clientes. No que concerne à qualidade esta análise não foi feita apenas para a qualidade dos cuidados no serviço, mas também para a qualidade dos

cuidados no último turno e qualidade do hospital no último ano, constatando-se impacto significativo em todas estas medidas.

Os resultados anteriormente referidos fortaleceram os obtidos por Van Bogaert *et al.* (2010) quando desenvolveu um estudo para identificar o impacto dos fatores do ambiente de prática de enfermagem e *burnout*, ao nível do serviço, nos resultados de enfermagem e qualidade dos cuidados. Também Rochefort e Clarke (2010) usaram este instrumento, encontrando suporte para a hipótese de que as características do ambiente de prática nas unidades de cuidados intensivos neonatais estão relacionadas com a percepção da qualidade dos cuidados. Os autores comprovaram que altos *scores* do ambiente de prática de enfermagem (3 subescalas, análise feita por subescala) foram relacionados com um aumento significativo da avaliação da qualidade dos cuidados. A mudança de ambiente menos favorável para favorável traduz-se em melhorias de 6,7% para 11%, na avaliação da qualidade dos cuidados.

Um dos instrumentos aprovados para medir o ambiente de prática de enfermagem por organismos reconhecidos na mensuração da qualidade dos cuidados, como o NQF e o JC, como referimos anteriormente no estudo teórico, é o PES-NWI.

O instrumento permite a uniformização na colheita de dados, possibilitando comparações e extrapolações que visem o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão hospitalar baseadas em evidência.

Patrician *et al.* (2010) usando o instrumento referido, e um único item de avaliação da qualidade dos cuidados no serviço (1= pobre a 4=excelente) também obtiveram resultados no sentido da influência positiva do ambiente de prática de enfermagem na percepção da qualidade dos cuidados pelos enfermeiros. Das diversas questões de investigação realça-se: *Quais os contributos das dotações de enfermeiros e ambiente de prática de enfermagem na predição dos resultados de enfermagem e percepção sobre a qualidade dos cuidados?* Os autores concluíram que comparando com os enfermeiros que descrevem o ambiente de prática de enfermagem favorável (Lake & Friese, 2006), com os que o descrevem desfavoravelmente, os últimos são onze vezes mais propensos a classificar de razoável para pobre a qualidade dos cuidados no serviço (análise realizada a nível individual dos enfermeiros). O estudo foi realizado no departamento médico-militar dos EUA, porém em contextos não militares resultados semelhantes foram obtidos. Um exemplo foi o estudo desenvolvido por Nantsupawat *et al.* (2011) na Tailândia, em 39 hospitais públicos, usando do mesmo modo o PES-NWI (29 itens), porém a qualidade avaliada era a do último turno usando um único item (1=

excelente a 4= pobre), constatando-se que enfermeiros que relataram ambientes de trabalho favoráveis eram cerca de 30% menos propensos a classificar de razoável para pobre a qualidade dos cuidados no serviço, em comparação com os enfermeiros que classificaram os ambientes de prática desfavoravelmente. Ainda, Anzai *et al.* (2014) que desenvolveram um estudo em 12 serviços de cuidados a clientes agudos, com especialidades médicas, cirúrgicas ou mistas de um grande hospital de ensino localizado no Japão, verificaram que o ambiente de prática de enfermagem, do referido hospital, era favorável (Lake & Friese, 2006) constatando-se que quando aumenta a qualidade deste os enfermeiros reportam maior qualidade dos cuidados ao cliente. A medida usada para avaliar a qualidade dos cuidados ao cliente consistiu num único item avaliado por uma escala de 11 pontos (0 = pobre a 10 = excelente). Previamente You *et al.* (2013) obtiveram resultados também no mesmo sentido, constatando que no quartil dos hospitais com melhor ambiente de prática os enfermeiros (PES-NWI: excluída subescala adequação dos recursos humanos e materiais) eram menos propensos a classificar a qualidade como pobre ou razoável nos serviços médico-cirúrgicos, pós-anestésicos e unidades de cuidados intensivos da China.

Analisando a qualidade e segurança, Coetzee *et al.* (2013) num estudo comparativo entre hospitais públicos e privados da África do Sul (serviços médico-cirúrgicos), onde pretendiam examinar o ambiente de prática de enfermagem, a classificação da qualidade dos cuidados, segurança dos clientes e resultados de enfermagem, bem como determinar a associação de características modificáveis do hospital (ambiente de prática e a carga de trabalho dos enfermeiros), sobre esses resultados, constataram que enfermeiros em hospitais com ambiente de prática de enfermagem mais favoráveis apresentavam metade de probabilidade de classificar como pobre ou razoável a qualidade dos cuidados, sendo os dados significativos para a variável anterior mas não o sendo para a segurança dos clientes. De realçar que o ambiente de prática de enfermagem foi medido por um único item (como avalia o ambiente de trabalho da sua profissão neste hospital? (1= pobre a 4=excelente), sendo o PES-NWI usado como preditor neste estudo.

Usando o PES-NWI com a globalidade das subescalas e medida a qualidade dos cuidados no serviço com um único item (1=pobre a 4=excelente) Aiken *et al.* (2012) obteve resultados semelhantes aos apresentados para a Europa e EUA.

Conclui-se deste modo, que existe uma vasta investigação a nível internacional que comprova a relação positiva entre ambiente de prática de enfermagem favorável e melhor nível de classificação da qualidade dos cuidados prestados.

Se nos anos 90 a preocupação com o estudo do conceito do ambiente de prática de enfermagem dirige-se para a qualidade dos cuidados e dos resultados obtidos nos clientes, com a publicação do relatório do IOM (2004), também a segurança foi interligada aos ambientes de prática de enfermagem, existindo ampla evidência científica atual que continua a comprovar o impacto significativo do ambiente de prática de enfermagem na segurança dos clientes.

Van Bogaert *et al.* (2014) constatou a referida significância num estudo apresentado anteriormente, concretamente nas queixas dos clientes e familiares, infeções nosocomiais e erros de medicação. Todavia não foram comprovadas associações com os abusos verbais de clientes ou familiares, quedas dos clientes, quer nos modelos não ajustados ou ajustados, sendo exceção na dimensão gestão hospitalar e suporte organizacional, para os abusos verbais. O contexto do estudo foi em serviços médico-cirúrgico, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermédios, sala de emergência, bloco operatório e unidade de cuidados pós anestésicos, quer de adultos quer de crianças, na Bélgica.

Num contexto geográfico longínquo e de atuação nos cuidados de enfermagem mais restrito, como unidades de cuidados intensivos, e circunscrevendo às infeções associadas aos cuidados de saúde, Kelly *et al.*, 2013, obtiveram resultados similares. Um maior detalhe é produzido neste estudo, pela delimitação colocada na problemática, aferindo-se no final que a probabilidade de classificar as infeções associadas aos cuidados é significativamente mais baixa para enfermeiros que trabalham em hospitais com melhor ambiente de prática de enfermagem do que aqueles que trabalham em ambientes mistos para os três resultados estudados: infeção do trato urinário, pneumonia associada ao ventilador, infeção por cateter (variando de 0,80 para os dois primeiros e 0,77 no ultimo). Enfermeiros com melhor ambiente de prática de enfermagem reportam infeções de 36% a 41% mais baixas do que enfermeiros que trabalham em ambientes piores.

O impacto de algumas características da equipa de enfermagem e fatores associados ao nível do serviço no relato formal de eventos adversos, também foi estudado (Kirwan *et al.*, 2013) recorrendo-se a uma abordagem multinível (Maroco, 2014) em 108 serviços médico-cirúrgicos de 30 hospitais da Irlanda. Constatou-se que o

ambiente de prática de enfermagem está significativamente relacionado com o número de eventos adversos formais reportados pelos enfermeiros, verificando-se uma redução da variação entre os serviços de 6,91 para 4,27. Conclui-se, deste modo, que cerca de dois quintos (38%) da variação dos eventos adversos formalmente reportados, dentro dos serviços, poderiam ser explicados pelo ambiente de prática de enfermagem dos enfermeiros que trabalham nesses mesmos serviços.

Numa perspetiva global de segurança do cliente no serviço, Smeds Alenius *et al.* (2013) constataram que alguns fatores do ambiente de prática de enfermagem estão relacionados com as classificações da segurança dos clientes, reportadas pela enfermagem. De forma mais concreta, verificaram uma melhoria na classificação atribuída à segurança de pelo menos duas vezes e meia aquando da perceção de uma adequação dos recursos humanos e materiais, encontrando-se também melhoria, cerca de uma vez e meia, aquando da perceção de boas relações entre médicos e enfermeiros ou gestão, liderança e suporte aos enfermeiros adequada nos serviços médico-cirúrgicos da Suíça.

Mais abrangente foi o estudo de Aiken *et al.* (2012), anteriormente referido para a qualidade dos cuidados, sendo que também cerca de metade dos enfermeiros tinha metade da probabilidade de classificar com falhas ou pobre a segurança dos clientes.

A introdução de mudanças comportamentais com vista a alcançar melhores resultados de qualidade e segurança nos cuidados prestados aos clientes é urgente, todavia é uma tarefa árdua que não pode decorrer pontualmente, mas sim de forma organizacional, incutindo e trabalhando diferentes culturas de segurança onde seja premente o compromisso organizacional, envolvimento da gestão, capacitação dos colaboradores, sistemas de recompensa e sistemas de notificação de ocorrências, uma vez que esta é um atributo intrínseco de ambientes favoráveis (Baumann, 2007), verificando-se relações significativas entre ambiente de prática e cultura de segurança (Al-Ateeq, 2008).

Apesar das diferentes formas de medida que possam ser utilizadas, constatámos que é extensa a literatura internacional que demonstra a influência positiva do ambiente de prática de enfermagem sobre a segurança e qualidade dos cuidados, todavia não são conhecidos estudos que façam a referida análise para Portugal. Deste modo, propomos desenvolver um estudo que proporcione evidência científica que fomente e justifique o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão, em Portugal, que garantam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes

através da promoção de ambiente de prática favorável. Considerámos pertinente este estudo uma vez que permitirá gestão baseada em evidência, a qual tem especial relevância na saúde pelo seu ambiente turbulento, de caos e instabilidade, contribuindo deste modo para a “um sistema de saúde que responda com rapidez às necessidades, utilizando da melhor forma os recursos disponíveis para evitar o desperdício” (DGS, 2015b, p.9) criando medidas que sejam sustentáveis a longo prazo, uma vez que segundo Aiken *et al.* (2012) melhorias do ambiente de prática de enfermagem pode ser uma estratégia de custo relativamente baixo para melhorar a segurança e qualidade dos cuidados aos clientes.

Sendo a segurança uma prioridade de intervenção defendida por vários organismos, quer a nível internacional, quer nacional (OMS, 2012; OE, 2006; DGS & APDH, 2011; MS, 2012), assumindo-se como elemento basilar da qualidade em saúde (IOM, 1999; Mitchell, 2008; MS, 2015) e não podendo ser o papel da Enfermagem negligenciado para alcançar a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes, bem como localizando-se esta numa posição privilegiada para avaliar as mesmas (Kelly *et al.*, 2013; Coetzee *et al.*, 2013; McHugh & Stimpfel, 2012), deve-se controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional de forma a promover a qualidade dos cuidados (OE, 2006) agindo “de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando ativamente na identificação, análise e controle de potenciais riscos num contexto de prática circunscrita, tendo particular atenção à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade (OE, 2006, p. 9).

Existindo evidência publicada, apesar que não portuguesa, comprovando a influência do ambiente de prática de enfermagem na segurança dos cuidados prestados ao cliente, originando diferentes relatórios de recomendações/orientações, como apresentado no capítulo anterior, emerge o presente estudo visando a obtenção de dados nacionais representativos das práticas em Portugal. Pretendemos realizar uma abordagem multinível, justificada pela responsabilidade ética de cada nível em promover e salvaguardar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, reduzindo os riscos e prevenindo os eventos adversos (OE, 2006).

Deste modo, com o presente estudo pretendemos identificar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados, nos serviços médico-cirúrgicos de adultos dos hospitais portugueses. Assim, emerge a nossa questão de partida: *Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados prestados?*

Deste modo, considerámos necessário primeiramente descrever a realidade em que vivemos pelo que levantámos as questões:

- Como é percecionado pelos enfermeiros o ambiente de prática de enfermagem?
- Como é percecionado pelos enfermeiros a qualidade dos cuidados prestados?
- Como é percecionado pelos enfermeiros a segurança dos clientes?
- Como é percecionado pelos enfermeiros a cultura de segurança?
- Como é percecionado pelos enfermeiros a ocorrência de eventos adversos com os clientes?
- Como é percecionado pelos enfermeiros a ocorrência de incidentes com os enfermeiros?

Uma vez conhecida a realidade, propusemo-nos ir mais além e desocultar as relações previstas entre as variáveis, emergindo novas questões:

- Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados prestados?
- Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na segurança dos clientes?
- Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na cultura de segurança?
- Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na ocorrência de eventos adversos com os clientes?
- Qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na ocorrência de incidentes com os enfermeiros?

Deste modo, atendendo aos resultados da revisão sistemática elaborada por Roque *et al.* (2016) e face às questões delineadas, definimos como hipóteses a testar:

- Relação entre os ambientes de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, e a ocorrência de eventos adversos com os clientes e de incidentes com os enfermeiros
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados

aos clientes. A hipótese apresentada foi estudada decompondo-se em três sub-hipóteses:

- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados no serviço
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a segurança dos clientes.
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança. A hipótese apresentada foi estudada decompondo-se em duas sub-hipóteses:
  - A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, concretamente nas atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes;
  - A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, concretamente nas atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes;
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de eventos adversos com os clientes.
- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

As hipóteses de trabalho apresentadas tomam em consideração o quadro teórico, anteriormente exposto, estabelecendo enunciados que permitem validar relações entre as

variáveis, que requerem uma verificação empírica no nosso país. Pretende-se, com as mesmas, constituir sugestões de resposta às questões de investigação levantadas.

A génese das nossas hipóteses emerge dos esforços realizados, a nível internacional, para entender como se desenvolve equipas de enfermagem estáveis, que alcancem níveis de excelência na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes. Estudos empíricos, têm sido desenvolvidos um pouco por todo o mundo, em diversos contextos, mas com uma incidência muito marcante nos hospitais com serviços de agudos do foro médico-cirúrgico de adultos, face ao projeto RN4Cast, anteriormente apresentado.

Deste modo, as hipóteses foram delineadas congregando o constructo de ambiente de prática de enfermagem (Lake, 2002) e as diferentes medidas associadas à qualidade e segurança dos cuidados presentes no estudo do projeto RN4Cast, o qual foi replicado em Portugal. Esta opção fundamenta-se com o reconhecimento a nível internacional do projeto o qual permite ilustrar o que acontece à qualidade dos cuidados e resultados de enfermagem, quando diferentes aspetos das equipas são alterados, como anteriormente referido.

## **Capítulo 3 - O percurso metodológico**

Neste capítulo, descreveremos e justificaremos as opções metodológicas que seguimos no plano de investigação, com vista a alcançar respostas às questões formuladas com fiabilidade e qualidade. Deste modo, apresentaremos o conjunto de opções sistémicas que considerámos ser o mais adequado para descrever, analisar e explicar a problemática em causa testando as diferentes hipóteses levantadas. Assim, procedimentos gerais, de recolha de dados e análise serão expostos em diferentes subcapítulos.

### **1.3. Tipo de estudo**

O presente estudo insere-se num paradigma positivista, uma vez que é orientado para os resultados e a sua generalização (Polit & Beck, 2011).

Num único ponto de tempo foram observadas as características/perceções dos enfermeiros, sem que existisse algum tipo de manipulação/ intervenção direta.

Não só descrevemos as variáveis em estudo, como também, tentamos explicar/predizer um fenómeno. Assim, recorrendo a um método de investigação quantitativo, desenvolvemos um estudo transversal e analítico (Last, 2001; Polit & Beck, 2011).

### **1.4. Contexto e obtenção de dados**

O estudo consiste numa análise de dados emergentes do projeto RN4Cast em Portugal, promovido por uma equipa de investigação da Universidade Católica Portuguesa (UCP), Universidades Nova e de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e *Catholic University Leuven*, cujos objetivos foram:

- Descrever os ambientes de prática de enfermagem nos hospitais portugueses quanto a recursos humanos e materiais, participação dos

enfermeiros nas políticas do hospital, apoio da gestão, fundamentos para a qualidade dos cuidados e relação entre médicos e enfermeiros;

- Analisar os recursos de enfermagem nos hospitais de Portugal no que se refere a dotações, qualificação, satisfação, experiência profissional e *skill mix*;
- Identificar relações entre os recursos de enfermagem (qualificações/características dos enfermeiros) e os resultados nos enfermeiros e nos clientes, em termos de satisfação profissional, *burnout*, *engagement*, intenção de abandonar o hospital ou profissão, qualidade de cuidados e segurança dos clientes;
- Determinar em que medida as características dos ambientes de prática nos hospitais se relacionam com o recrutamento, a retenção, o *burnout* e o *engagement* dos enfermeiros e os resultados/experiências dos clientes.

O projeto é uma réplica em Portugal do estudo observacional multicêntrico sobre recursos e cuidados de enfermagem, RN4Cast, seguindo a metodologia definida pelo consórcio internacional (Sermeus *et al.*, 2011).

Integraram o estudo, de forma voluntária 31 hospitais<sup>2</sup>, dos 38 que reuniam critérios de inclusão (ser hospitais gerais dos setores público, privado e social de Portugal continental e regiões autónomas, com financiamento público e mais de 100 camas de internamento, com um mínimo de quatro valências médicas e/ou cirúrgicas de adultos ou similares). Nos serviços aleatoriamente selecionados, 4 a 6 (variável de acordo com a dimensão do hospital), solicitou-se aos enfermeiros e enfermeiros especialistas que prestavam cuidados de enfermagem diretos aos clientes, que preenchessem o questionário, num prazo de 2 semanas (entre a última semana de outubro de 2013 e a primeira de abril de 2014, conforme autorização de cada organização para iniciar a recolha dos dados).

Os serviços selecionados foram médicos, cirúrgicos ou mistos, por serem os que integram um maior número de clientes agudos no sistema de saúde português, permitindo-nos, desde modo, uma maior abrangência no estudo. Não obstante o referido, a nível internacional a análise do fenómeno em causa no presente trabalho tem

---

<sup>2</sup> Considerou-se hospital toda a organização hospitalar que tivesse um conselho de administração, pelo que foram integrados hospitais, centros hospitalares e unidades locais de saúde. Deste modo, a selecção foi feita entre todos os serviços de uma mesma organização, podendo incluir ou não serviços de vários edifícios hospitalares.

sido explorado no mesmo contexto (Rochefort & Clarke, 2010), favorecendo deste modo a discussão dos resultados.

Considera-se que foram cumpridos todos os aspetos éticos inerentes ao processo de recolha de dados (parecer da Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da UCP- anexo 1, autorização pelos conselhos de administração das organizações participantes, participação voluntária, consentimento informado e anonimato dos enfermeiros e organizações).

Para o desenvolvimento do estudo que se apresenta, os dados foram solicitados aos responsáveis pelo RN4Cast em Portugal, sendo cedidos mediante inscrição no projeto, teve-se em conta todos os aspetos éticos inerentes a esse procedimento.

## **1.5. População**

À semelhança do RN4Cast internacional, o estudo em Portugal abrange dois tipos de populações: enfermeiros e clientes. Todavia, face às nossas perguntas de investigação, a população alvo do presente estudo constitui-se apenas pelos enfermeiros, sendo estes considerados fidedignos para reportar a segurança e qualidade dos cuidados (Kelly *et. al.*, 2013; Coetzee *et. al.* 2013; McHugh & Stimpfel, 2012).

Como critérios de inclusão os enfermeiros deveriam prestar cuidados de enfermagem diretos aos clientes, como enfermeiro ou enfermeiro especialista nos serviços selecionados, nos hospitais que aceitaram participar no estudo, independentemente do seu vínculo laboral com a instituição, bem como estar a desempenhar a sua função profissional no período de colheita de dados.

Todos os hospitais participantes foram responsáveis por proceder à codificação dos serviços e questionários, assumindo-se este como um critério para a integração no presente estudo, bem como o mínimo de pelo menos 5 respostas por serviço, seguindo a mesma premissa de Kirwan *et al.* (2013) para uma maior representatividade por serviço.

## 1.6. Medidas

As medidas que utilizámos no presente estudo integram o instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)* (anexo 2) desenvolvido pelo consórcio internacional RN4Cast.

O instrumento é constituído por um conjunto de escalas e itens amplamente aplicados em estudos internacionais, mas também em nacionais, sobre resultados hospitalares, facto que nos motivou para esta opção.

Segundo Squires, Aiken, Van den Heede, Sermeus, Bruyneel, Lindqvist, *et al.* (2013) a produção do instrumento teve origem no centro de resultados da saúde e investigação política da Universidade da Pensilvânia, sendo utilizado nos EUA e Europa. Todavia, a necessidade de harmonizar as diferentes medidas, de forma que fossem produzidos resultados comparáveis entre os países, era necessário, pelo que se desenvolveu uma abordagem abrangente e sistemática entre os parceiros do consórcio para o referido fim.

Através de reuniões plenárias com painéis de peritos de cada país (investigadores e estatísticos), foi possível aos coordenadores estruturar o instrumento em 4 secções:

1. PES-NWI; *Maslach Burnout Inventory* (MBI); características do trabalho dos enfermeiros;
2. Qualidade e segurança dos clientes nas suas organizações;
3. Avaliação da natureza e carga de trabalho no último turno;
4. Características sociodemográficas e profissionais.

Uma segunda etapa passou pela produção de um guia de tradução, com objetivo de eliminar as possíveis variações que poderiam decorrer da experiência ou habilidades de cada tradutor. Deste modo, foram identificadas (pelo gestor de tradução do projeto), perguntas, frases ou termos que suscitarão ser de difícil tradução de inglês para outra língua. A cinco enfermeiros nativos dos EUA, com experiência clínica recente, foi solicitado que fornecessem termos/frases equivalentes, tendo sido registado. Este grupo constitui-se como o segundo painel de peritos do processo.

A etapa seguinte foi a tradução e tradução reversa. Nem todos os países participaram na íntegra nesta etapa, uns porque parte das medidas tinham passado anteriormente por esse processo (Alemanha no MBI e NWI-R), outros por usarem a

tradução alemã (bélgica), outros por participarem apenas na avaliação de relevância (Espanha e Noruega).

Uma vez o processo de tradução terminado, o gestor do projeto fez recomendações a cada país para modificações. Incorporadas as recomendações foi preparada a versão para a avaliação *on-line* de avaliadores especializados.

A penúltima etapa passou pela avaliação de um painel de peritos, usando a indexação de validade de conteúdo (CVI). Esta técnica permitiu avaliar e julgar a relevância de potenciais questões do estudo para a criação do instrumento final. Assim, foi solicitado, de 7 a 11 avaliadores, (os quais teriam que ter conhecimento metodológicos e de conteúdo) que analisassem: se as questões eram adequadas e relevantes para a população; se o formato era apropriado; e sugestões de melhoria. As características dos referidos avaliadores eram: ser bilingue (língua de origem e Inglês), prestador de cuidados no sistema de saúde do país nos últimos 5 anos e ter familiaridade com processos de investigação.

Através de um sistema *on-line* a avaliação era feita por uma escala de 4 pontos (1- nada relevante; 2- pouco relevante; 3- muito relevante; 4- altamente relevante). Apesar de não integrar a CVI foi criada uma segunda pergunta, de forma que os avaliadores pudessem expressar se os itens eram semântica e tecnicamente equivalentes (Sim/Não).

A última etapa consistiu na análise dos dados obtidos, obedecendo a critérios rigorosos.

Conclui-se que o processo de avaliação inter-cultural produziu pontuações CVI para o instrumento, as quais variaram de 0,61 a 0,95. Foram identificados itens potencialmente problemáticos e erros com tradução: o critério para item potencialmente problemático era receber um item de indexação de validade de conteúdo (I-CVI) ou tradução (TI- CVI) abaixo de 0,59; e onde uma tradução abaixo de 0,73 requer revisão com coordenação da equipa do país e grupo de tradução.

Quando os itens receberam relevância inferior a 0,59, primeiro analisou-se a pontuação da tradução para verificar se foi essa a causa, sinalizando-se o item para observação de resposta atípicas na pesquisa final.

Itens com nível de relevância entre 0,60 e 0,73 seriam marcados para observação durante análise de dados.

A equipa concluiu que seria necessário a realização de um estudo piloto se os scores da relevância e tradução de 50% dos itens não recebessem boas classificações. Uma vez resolvidos os aspetos problemáticos produziu-se o documento final.

Em Portugal o instrumento foi aceite com a estrutura definida pelo consórcio internacional RN4Cast, sendo submetido à tradução e adaptação pela equipa de investigação, tradutor profissional, dois enfermeiros com experiência profissional em países de língua Inglesa e por dois enfermeiros de contextos medico-cirúrgicos de cada uma das regiões do país – Norte, Centro, Sul, Madeira e Açores. Não foi calculado o CVI. Foram efetuadas algumas adaptações culturais, particularmente na parte dos dados sociodemográficos, como por exemplo, a inclusão de uma questão relativa ao título profissional de Enfermeiro Especialista e retirada a questão sobre os *Bank Nurses* por não existirem, pelo menos nos locais da colheita de dados.

Apesar de não fazer parte da versão original do *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*, foi integrada a tradução portuguesa da *Utrecht Work Engagement Scale (UWES)*, efetuada pela Professora Alexandra Marques Pinto, da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, como forma de avaliar o constructo “*Engagement*” (Marques Pinto, 2002).

No que concerne à PES-NWI (Lake, 2002) foi usada a tradução portuguesa por Amaral *et al.* (2012), anteriormente apresentada no estudo teórico.

Atendendo às questões de investigação por nós levantadas para o presente estudo, usamos a PES-NWI (Lake, 2002), traduzida e validada para a população portuguesa por Amaral *et al.* (2012), questões sobre a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem na organização e algumas das características demográficas dos enfermeiros, constantes da versão portuguesa do instrumento utilizado no âmbito do programa RN4Cast *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*,

Na senda das metodologias usadas internacionalmente para o estudo das variáveis em análise utilizámos compósitos ou itens únicos para a medição dos constructos, assumindo tal como Patrician (2004) citada por Patrician *et al.* (2010) que itens únicos também são apropriados para medir constructos globais.

### 1.6.1. Ambiente de prática de enfermagem

A PES-NWI (Lake, 2002) foi a escala eleita, sendo a mais referenciada internacionalmente para a avaliação dos ambientes de prática de Enfermagem (Warszewsky & Havens, 2011, NQF, 2012).

Como anteriormente referimos, a validação para a população portuguesa da escala, foi elaborada por Amaral, *et al.* (2012) no contexto hospitalar, também para o grupo profissional de enfermeiros, única existente à data da colheita de dados do RN4Cast em Portugal.

Das 31 questões do tipo *Likert* (sendo o valor mais baixo atribuído ao discordo totalmente e o mais alto ao concordo totalmente, pontuando de 1 a 4) emerge então a escala multidimensional com 5 subescalas, também referidas previamente no estudo teórico deste trabalho, concretamente: Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital; Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados; Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros; Adequação de Recursos Humanos e Materiais; e, Relação entre Médicos e Enfermeiros.

No que concerne aos resultados obtidos aceitamos as classificações onde os ambientes favoráveis são considerados se o cálculo do valor médio dos itens que compõem a escala ou subescalas for superior a 2,5 (Lake, 2002), tal como mencionado anteriormente. Todavia, outra classificação foi aceite, esta em três níveis: favoráveis (se quatro ou cinco subescalas apresentarem valores médios superiores a 2,5), desfavoráveis (se nenhuma ou uma das cinco subescalas apresenta valores médios superiores a 2,5) e mistos (se duas ou três escalas apresentam valores médios superiores a 2,5) (Lake & Friese, 2006).

A escala foi usada por vários autores, em diferentes contextos, associada às variáveis do presente estudo (Patrician *et al.*, 2010; Nantsupawat *et al.*, 2011; Anzai *et al.*, 2014; You *et al.*, 2013; Coetzee *et al.*, 2013; Kelly *et al.*, 2013; Kirwan *et al.*, 2013; Smeds Alenius *et al.*, 2013; Aiken *et al.*, 2012), apresentando boas características psicométricas não só na fidelidade como na validade de constructo.

A validação para a população portuguesa, efetuada por Amaral *et al.*, (2012) apresenta uma consistência interna boa na globalidade, sendo a distribuição dos itens pelas subescalas idêntica à escala original de Lake (2002), estrutura adotada, de igual modo, para o nosso estudo.

### 1.6.2. Qualidade dos cuidados prestados

No sentido de identificar a qualidade dos cuidados prestados, nos hospitais portugueses, bem como verificar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na perceção dessa qualidade, utilizámos questões do grupo B do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*, concretamente:

- B1: qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes na sua unidade/serviço, com resposta fechada numa escala de *Likert* de 4 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao pobre e o mais alto a excelente);
- B2: grau de confiança relativamente à capacidade dos clientes para a gestão dos cuidados após a alta, com resposta fechada numa escala de *Likert* de 4 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao nada confiante e o mais alto ao muito confiante);
- B3: grau de confiança na direção hospitalar para a resolução de problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros; com resposta fechada numa escala de *Likert* de 4 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao nada confiante e o mais alto muito confiante).
- B5: qualidade dos cuidados prestados no hospital durante o ultimo ano, com resposta fechada numa escala de *Likert* de 3 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao piorou e o mais alto a melhorou);

A utilização destes itens foi igualmente empregada, por exemplo, nos estudos de Aiken *et al.* (2012), You *et al.* (2013), Coetzee *et al.* (2013), Rochefort e Clarke (2010), Patrician *et al.* (2010) de forma isolada, onde os primeiros três autores usaram o B1, B2 e B3, e os últimos 2 apenas o B1.

Atendendo ao exposto, verifica-se de forma mais frequente a análise da qualidade dos cuidados prestados pelo item B1, o que nos parece coerente aquando o uso de um único item, uma vez que este apesar de âmbito de aplicação local (serviço) integra a conceptualização global da qualidade dos cuidados prestados. Considerando o aspeto *major* do conceito, e que este é do pleno conhecido dos enfermeiros, não só pela

formação que decorreu e decorre atualmente sobre a temática, bem como pela valorização atribuída no momento, despertando a curiosidade e dever de conhecimento, optámos, à semelhança de todos os autores anteriormente referidos, integrar este item para a nossa análise.

Considerámos também os itens B2 e B3, interessantes de analisar, uma vez que refletindo, mais uma vez, nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, considerámos que o B2 poderá estar associado à categoria do enunciado descritivo relativo à readaptação funcional, enquanto promotor da adaptação aos problemas de saúde ainda presentes e continuidade dos cuidados necessários. No que concerne ao B3, a associação encontrada foi com a organização dos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma maior eficácia dessa organização, através de métodos promotores da qualidade. Os factos mencionados fundamentam, na nossa perspetiva, a utilização destes itens na análise da qualidade dos cuidados prestados.

No que concerne ao item B5, o mesmo não foi encontrado em nenhuma investigação pelo que também não integramos na análise.

### **1.6.3. Segurança dos clientes**

No sentido de identificar a segurança dos clientes nas unidades/serviços, bem como verificar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na perceção dessa segurança, utilizámos a questão B4 do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*.

O item apresenta uma resposta fechada, numa escala de *Likert* de 5 pontos (onde o valor mais baixo corresponde a com falhas e o mais alto a excelente).

Smeds Alenius *et al.* (2013), Coetzee *et al.* (2013), Aiken *et al.* (2012) e Kirwan *et al.* (2013) consideraram também este item nas suas análises. Tal como mencionamos anteriormente, itens únicos são considerados por diferentes autores apropriados para medir constructos globais (Patrician *et al.*, 2010; McHugh & Stimpfel, 2012). Sendo a segurança uma temática do topo das agendas de todos os profissionais de saúde, com vasta quantidade de informação disponível e bastante formação a ser realizada atualmente, considerámos que é conhecimento profundo de todos a conceptualização de segurança do cliente, não constituindo tal facto uma limitação para a utilização de um item único neste estudo.

#### 1.6.4. Cultura de segurança

No sentido de identificar a cultura de segurança, bem como verificar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na perceção dessa cultura, utilizámos a questão B6, composta por 7 itens.

As respostas aos itens eram fechadas, numa escala de *Likert* de 5 pontos (onde o valor mais baixo corresponde ao discordo totalmente e o mais alto ao concordo totalmente).

Smeds Alenius *et al.* (2013) utilizaram também esta medida, analisando os 7 itens de forma isolada, por outro lado, Kirwan *et al.* (2013) realizaram uma análise fatorial de componentes principais para redução de dados obtendo uma escala de 5 itens.

No presente estudo, pelos resultados obtidos, e no sentido de reduzir a informação, estes itens foram analisados em dois compósitos distintos, tendo sido excluído o item B6.1 pela baixa comunalidade (Maroco, 2014), como apresentaremos mais à frente, o que vai de encontro com a análise de Kirwan *et al.* (2013).

Pelos resultados obtidos que associam os itens B6.2 - Perdem-se frequentemente informações importantes, relacionadas com os cuidados prestados aos doentes, durante as mudanças de turno e B6.3 - Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços, num só fator (fator 2) e os itens B6.4 - Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores, B6.5 - Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam, B6.6 - Recebemos o feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos, e B6.7 - As intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima, em outro fator, atendendo ao seu conteúdo e definição de cultura de segurança de Sorra e Nieva (2004), designámos o fator 1 como atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes e o fator 2 como atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes.

De realçar que antes de realizar a análise fatorial procedemos à recodificação dos itens B6.1, B6.2 e B6.3, uma vez que os mesmos apresentavam um sentido contrário aos restantes itens, isto é, o desejável é uma discordância máxima. Deste modo, a escala foi invertida onde o discordo totalmente codificado com 1 foi recodificado com 5, o discordo codificado com 2 recodificado com 4, o Nem concordo nem discordo manteve a mesma codificação de 3, o concordo codificado com 4 foi

recodificado com 2, e por fim, o concordo totalmente codificado com 5 foi recodificado com 1.

#### **1.6.5. Ocorrência de incidentes com os enfermeiros e de eventos adversos decorridos com os clientes**

No sentido de identificar a ocorrência de incidentes e dos eventos adversos decorridos, bem como verificar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na percepção dos mesmos, tivemos em conta os 8 itens, da questão B7 do instrumento *Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*.

Três dos itens apresentam subalíneas, sendo o caso da infecção associada aos cuidados de saúde, agressão verbal e física aos enfermeiros. Os restantes itens são os erros de medicação, úlceras de pressão, quedas, reclamações dos clientes ou familiares e lesões físicas relacionadas com o trabalho.

Os itens são pontuados de 0 a 6, onde o valor mais baixo é nunca e o mais alto todos os dias.

Alguns dos itens foram também explorados, por exemplo, nos estudos de Prezerakos, Galanis e Moisoglou (2015), Van Bogaert *et al.* (2014) e Kelly *et al.* (2013).

O presente estudo deu origem a 2 compósitos (ocorrência de incidentes com os enfermeiros/ ocorrência de eventos adversos com os clientes,) sendo eliminado o item B7.1 (erros de medicação), mais uma vez pela baixa comunalidade, tal como teremos oportunidade de verificar na análise de dados que apresentaremos, e pelo mesmo motivo foi também eliminado o B7.7.2 (agressão física aos enfermeiros por funcionários), pertencendo cada um a um compósito distinto.

### **1.7. Procedimentos para a análise de dados**

O tratamento estatístico descritivo, inferencial e preditivo foi elaborado através da utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 17.

Usámos dois tipos de análise, indo de encontro com a metodologia definida pelo consórcio internacional RN4Cast (Sermeus *et al.*, 2011).

Na descrição das características da amostra, em estudo, as variáveis quantitativas<sup>3</sup> foram descritas pela média, desvio padrão, mínimo e máximo. As variáveis qualitativas<sup>4</sup> foram descritas pela frequência absoluta (n) e relativa (%).

A análise da distribuição normal das variáveis quantitativas foi realizada pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*. Algumas das variáveis da amostra não apresentaram distribuição normal, mas devido ao elevado tamanho amostral e pelo teorema do limite central ( $n > 30$ ), podemos afirmar que em amostras grandes a distribuição tende a ser normal, independentemente das distribuições que estas apresentem. Assim, optou-se pela realização de testes paramétricos, pela sua robustez ser superior à dos testes não paramétricos (Maroco, 2014).

Como referido, a estrutura do PES-NWI no que confere à escala global e subescalas desta, foi utilizada conforme validação de Amaral *et al.* (2012), tendo a consistência interna sido analisada pelo *Alpha de Cronbach*, uma vez que é das medidas mais usadas tal como refere Pestana e Gageiro (2014), usando a classificação dos valores apresentada pelos mesmos autores.

No sentido de reduzir informação, procedemos à avaliação da estrutura relacional de grupos de variáveis qualitativas através da análise fatorial exploratória sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método de componentes principais, seguido de uma rotação *varimax*. A escolha da rotação esteve associada ao objetivo de obter uma estrutura fatorial, na qual cada variável original esteja fortemente associada a um único fator e pouco com os restantes. Verificámos se existia correlação entre as variáveis, bem como se os dados se adequavam à análise fatorial pelo teste de esfericidade de Bartlett e a medida de adequação da amostragem de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), respetivamente, classificando os valores deste último segundo *Kaiser* citado por Pestana e Gageiro (2014).

No que concerne ao número de fatores a reter foi seguido, mais uma vez, o critério de *Kaiser* mencionado por Pestana e Gageiro (2014), o qual refere que valores próprios maiores que 1 geram soluções credíveis, quando o número de casos é elevado (superior a 250).

---

<sup>3</sup> “Variáveis cuja escala de medida permite a ordenação e quantificação de diferenças entre elas” (Maroco, 2014:p.7)

<sup>4</sup> “Variáveis cuja escala de medida apenas indica a sua presença em categorias de classificação discreta exaustiva e mutuamente exclusiva” (Maroco, 2014:p.7)

A análise fatorial pelo método das componentes principais foi realizada para obter as variáveis: cultura de segurança; ocorrência de eventos adversos com os clientes; e ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

A consistência interna destas variáveis foi analisada pelo *alpha de cronbach* e classificada, tal como apresenta Pestana e Gageiro (2014).

Na análise estatística inferencial, usámos também testes paramétricos pelos motivos apresentados anteriormente. A análise da correlação das variáveis quantitativas foi realizada pelo coeficiente de Pearson ( $r$ ), novamente classificada de acordo com os autores Pestana e Gageiro (2014).

Os testes estatísticos foram efetuados bilateralmente, considerando um nível de significância de 5%.

O segundo tipo de análise envolveu relações entre as variáveis independentes e dependentes<sup>5</sup>.

Os dados que recolhemos provêm de enfermeiros, que como sabemos, desempenham a sua atividade profissional integrados numa equipa de um serviço, pertencente a um hospital.

Os enfermeiros interagem com a equipa do serviço a que pertencem, influenciando as propriedades dessa equipa, que por sua vez pode influenciar os comportamentos dos enfermeiros que pertencem à equipa. Não obstante o referido, a equipa do serviço interage com outras equipas de serviços do hospital, influenciando as propriedades desse hospital, que por sua vez pode influenciar os comportamentos dos serviços que pertencem ao hospital. Constata-se, deste modo, uma estrutura hierárquica que pode ser organizada em diferentes níveis: enfermeiro, serviço e hospital.

Considerando, o facto de as observações apresentarem uma estrutura hierárquica, onde as variáveis de um nível inferior podem interagir com as variáveis de um nível superior, não se perdendo nenhum efeito, adotámos, sempre que possível, como ferramenta principal de análise os modelos multinível, para o uso mais eficiente dos dados, tal como defende Maroco (2014), Puente-Palacios e Laros (2009), Lake (2006a, 2006b).

---

<sup>5</sup> “Uma variável independente é um elemento que é introduzido e manipulado numa situação de investigação com vista a exercer um efeito sobre uma outra variável. (...) Uma variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, é o resultado predito pelo investigador. A variável dependente é muitas vezes chamada de variável critério” (Fortin, 2009: p. 171). Neste documento iremos usar a terminologia de variável dependendo e independente.

Tivemos como objetivo relacionar cada variável dependente no nível 1 (enfermeiros), com as variáveis independentes medidas ao nível dos enfermeiros, mas assumindo que este efeito pode variar no nível 2 (serviço) ou 3 (hospital).

Atendendo às questões de investigação levantadas, as nossas variáveis dependentes são: segurança dos clientes; qualidade dos cuidados prestados; capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta; confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros; cultura de segurança: atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes; cultura de segurança: atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes; ocorrência de eventos adversos com os clientes; e ocorrência de incidentes com os enfermeiros. Estas variáveis são oriundas do nível 1 (enfermeiros), o nível mais baixo, tal como indica Puentes-Palacios e Laros, (2009).

As variáveis independentes são representativas dos níveis contidos nos modelos, e a sua escolha teve por base evidência científica empírica apresentada internacionalmente, conforme indica Puentes-Palacios e Laros, (2009), por um lado, e por outro, o facto de estar associado a um estudo de perceção como abordaremos mais à frente.

Mais do que definir os níveis e as variáveis contempladas, será também importante explicitar a forma como estas últimas se organizam na estrutura do modelo adotado. Deste modo, no primeiro nível para além da variável *major* das nossas hipóteses: ambiente de prática de enfermagem percecionado pelos enfermeiros, considerámos, ainda, ser importante integrar variáveis que caracterizavam os enfermeiros e/ou que fossem importantes na compreensão do ambiente de prática de enfermagem. A opção apresentada, justifica-se pelas recomendações emanadas pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD) para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, em Portugal, onde uma maior atenção para o nível micro da qualidade dos cuidados é exaltado como reforço da governação de qualidade no sistema de saúde português (OECD, 2015).

Tendo em conta a revisão da literatura por nós elaborada (Roque *et al.*, 2016), as variáveis estudadas por outros autores a nível internacional, associadas ao ambiente de prática de enfermagem e às nossas variáveis dependentes, encontram-se expostas no quadro seguinte:

**Quadro n.º3-** Variáveis estudadas na relação entre o ambiente de prática de enfermagem e a variáveis dependentes em estudo (Fonte: Roque *et al.*, 2016)

Variável dependente	Variável (Autor)
Qualidade dos cuidados prestados no serviço	Idade (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Sexo (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Rochefort & Clark, 2010) Origem étnica (Rochefort & Clark 2010) Formação (Coetzee <i>et. al.</i> 2013; Rochefort & Clark 2010) Se trabalha a tempo integral no hospital (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013; Rochefort & Clark 2010) Tempo de serviço (Coetzee <i>et. al.</i> 2013; You <i>et. al.</i> 2013; Rochefort & Clark 2010) Trabalho temporário ou permanente (Rochefort & Clark 2010) Tipo de Unidade (You <i>et. al.</i> 2013) Número de camas (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Tamanho do Hospital (You <i>et. al.</i> 2013) Localização do Hospital (You <i>et. al.</i> 2013) <i>Status teaching</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) <i>High technology</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012)
Capacidade de gestão dos cuidados pelos clientes após a alta	Idade (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Sexo (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Formação (Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Se trabalha a tempo integral no hospital (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Tempo de serviço (Coetzee <i>et. al.</i> 2013) <i>Status teaching</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) <i>High technology</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Número de camas (Aiken <i>et. al.</i> 2012)
Confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros	Idade (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Sexo (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Formação (Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Se trabalha a tempo integral no hospital (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Tempo de serviço (Coetzee <i>et. al.</i> 2013) <i>Status teaching</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) <i>High technology</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Número de camas (Aiken <i>et. al.</i> 2012)
Segurança dos clientes	Idade (Aiken <i>et. al.</i> 2012; Coetzee <i>et. al.</i> 2013) Sexo (Smeds Alenius <i>et. al.</i> 2013; Aiken <i>et. al.</i> 2012) Formação (Smeds Alenius <i>et. al.</i> 2013; Coetzee <i>et. al.</i> 2013; Kirwan <i>et. al.</i> 2013) Se trabalha a tempo integral no hospital (Coetzee <i>et. al.</i> 2013; Aiken <i>et. al.</i> 2012) Cultura de Segurança (Kirwan <i>et. al.</i> 2013) Burnout (Kirwan <i>et. al.</i> 2013) <i>Status teaching</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) <i>High technology</i> (Aiken <i>et. al.</i> 2012) Número de camas (Aiken <i>et. al.</i> 2012)

**Quadro n.º3-** Variáveis estudadas na relação entre o ambiente de prática de enfermagem e a variáveis dependentes em estudo (Fonte: Roque *et al.*, 2016) (continuação)

Variável dependente	Variável (Autor)
Cultura de segurança	Sexo (Smeds Alenius <i>et. al.</i> 2013) Formação (Smeds Alenius <i>et. al.</i> 2013)
Ocorrência de eventos adversos com os clientes	Idade (Kelly <i>et. al.</i> 2013); Sexo (Kelly <i>et. al.</i> 2013; Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014); Formação (Kelly <i>et. al.</i> 2013; Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Se trabalha a tempo integral no hospital Tempo de serviço (Kelly <i>et. al.</i> 2013; Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Tipo de Unidade (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Rácios enfermeiros/cliente (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014)
Ocorrência de incidentes com os enfermeiros	Sexo (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Formação (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Tempo de serviço (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014) Tempo no serviço (Van Bogaert <i>et. al.</i> 2014)

A maioria dos estudos usam como método de análise modelos lineares ou categoriais<sup>6</sup>, todavia iremos ter em conta as variáveis apresentadas anteriormente, para cada variável dependente, uma vez que são escassos os estudos com modelos multinível que analisam as variáveis independentes e dependentes do presente trabalho.

Identificámos, na análise elaborada, que a maioria das variáveis integram o nível 1, com grande incidência na: idade, sexo, formação<sup>7</sup>, se tempo integral no serviço, assumindo também o tempo de serviço uma representação significativa. No que concerne ao nível 2, o tipo de serviço é a variável estudada, sendo o número de camas no nível 3.

Para além do estudado, mesmo que não hierarquicamente, considerámos ser necessário integrar outras variáveis, atendendo ao facto de este trabalho ser um estudo de perceção.

<sup>6</sup> Estes modelos de regressão servem os mesmos propósitos, nomeadamente os inferenciais e os de estimação, todavia as diferenças residem nos pressupostos de aplicação e no método de obtenção das estimativas dos coeficientes do modelo. Na regressão linear a variável dependente é do tipo quantitativa (intervalar ou de razão) na regressão categorial a variável dependente é qualitativa (nominal ou ordinal) e as variáveis independentes podem ser quantitativas ou qualitativas, tomando diferentes designações consoante o tipo de variável dependente.

<sup>7</sup> Apesar da literatura referir-se sobretudo a nível académico de formação, iremos considerar esta variável no nosso estudo centrando-nos no título de especialista, atendendo aos dados disponíveis.

Como sabemos, a percepção é a função cognitiva complexa que atribui significado a estímulos sensoriais através de estruturas cerebrais interligadas, que segundo Vigotski (2001) considera o todo de forma precedente às partes isoladas (Pimenta & Caldas, 2014).

Todavia, existem fatores internos e externos que influenciam o processo de percepção, próprios do indivíduo e próprios do meio ambiente, respetivamente, conferindo alguma subjetividade à percepção.

Tendo em conta o atual cenário da Enfermagem em Portugal, fruto das medidas de austeridade económica implementadas, resultando por exemplo em cortes salariais, mais desemprego, rácios enfermeiro/cliente considerados de elevado risco, e constatando-se que cerca de 4 em cada 10 enfermeiros ponderam abandonar a organização onde trabalham no próximo ano devido à insatisfação laboral (Leone *et. al.* 2015), logo vários fatores externos com repercussões individuais ao nível da motivação, considerámos ser pertinente integrar a variável satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira. Por outro lado, a percepção é também influenciada por estímulos que se apresentam com grande intensidade (fator externo), tendo em conta que quanto maior o tempo de serviço no hospital maior a possibilidade de exposição ao referido estímulo, optamos por integrar também a variável tempo de serviço no hospital.

Considerámos que as nossas variáveis dependentes seriam melhor compreendidas (maior percentagem de variância explicada) se investigada a influência de variáveis relativas tanto ao nível dos enfermeiros, como serviços ou mesmo hospitais (estrutura hierárquica).

No sentido de validar se as variáveis independentes estavam fortemente correlacionadas entre si (multicolineariedade), entendemos ser pertinente analisá-las previamente.

Maroco (2014) e Pestaga e Gageiro (2014) referenciam que o diagnóstico da multicolinearidade pode ser detetado de diferentes formas, nomeadamente pela tolerância, *variance inflation fator* (VIF), valores próprios, *condition index* e proporção da variância.

Foram identificados VIF elevados (superior a 10) nas variáveis independentes a ser estudadas nas variáveis dependentes: confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros e ocorrência de eventos adversos com os clientes, concretamente nas variáveis independentes idade e tempo de serviço como enfermeiro

(11,937 e 12,022; 11,765 e 11,839, respectivamente). Deste modo, as variáveis idade e tempo de serviço como enfermeiro são colineares, o que indica que a informação é redundante e uma delas pode ser eliminada da análise. Optámos pela eliminação da variável tempo de serviço, uma vez que era aquela que apresentava o valor mais afastado de zero (indicativo de menor multicolinearidade). Com este procedimento, obtivemos tolerância superior a 0,1, valores próprios mais distantes de zero e *condition index* inferiores a 30, tal como proporção da variância em cada um dos coeficientes de regressão inferiores a 0,9.

Atendendo ao exposto, a referida variável não foi integrada no modelo multinível, no que concerne às variáveis dependentes em estudo.

Uma vez definido as variáveis a integrar em cada modelo, principiámos por validar a relevância dos modelos multinível, construindo os modelos nulos. Estes comprovaram que as variáveis dependentes eram estimadas por valores constantes médios, as quais variavam por hospital e por um erro aleatório de cada enfermeiro em cada hospital. Com os referidos modelos, pudemos assumir que nenhuma variável independente influenciava as variáveis dependentes ao nível do enfermeiro, mas que o valor residual dessas variáveis variava nos diferentes hospitais.

A variância total foi atribuída ao 3º nível (hospital) podendo ser estimada pelo *Coefficiente de Correlações Intraclasses* (ICC), ou pela significância de variância entre os hospitais, tal como refere Maroco (2014). Optámos, nesta análise, por usar este último método de forma a verificarmos se existe um efeito considerável de nível 3.

Uma vez validada a relevância da análise multinível, com os modelos nulos, recorremos a uma estratégia exploratória *step-up*, desde o modelo mais simples e sem variáveis independentes, até ao modelo mais complexo (referência), adicionando variáveis independentes.

A escolha da estratégia referida é apontada como a mais adequada por Hox (2010) e Tarling (2009), citado por Maroco (2014) para modelos complexos, pelo que considerámos a mesma no nosso estudo, uma vez que não é possível predizer qual ou quais as variáveis independentes que permitiam estimar as nossas variáveis dependentes.

A significância do ganho de qualidade do ajustamento dos modelos mais complexos foi avaliada pelo teste da diferença do -2LL tal como *Akaike Information Criterion* (AIC) e/ou o *Bayes Information Criterion* (BIC). O melhor modelo era aquele

que apresentava menor valor de -2LL e AIC ou BIC, uma vez que Maroco (2014) refere que não há critério de informação do modelo consistentemente superior um ao outro.

Outra alternativa que foi usada para a validação da qualidade do ajustamento do modelo, foi o teste de significância dos parâmetros. A significância dos parâmetros fixos foi avaliada com o teste *t-student*, por este ser mais informativo do que o teste *F*, segundo Maroco (2014). A significância dos efeitos aleatórios foi avaliada pelo teste *Z Wald*, uma vez que a nossa amostra é de grande dimensão.

Foi considerado o nível de significância de 5%.

Tendo em consideração os critérios para a qualidade do ajustamento do modelo, adicionámos as variáveis independentes de 1º nível ao modelo nulo, no sentido de verificar se o mesmo explica a variância das observações no nível 1, para as variáveis dependentes em estudo.

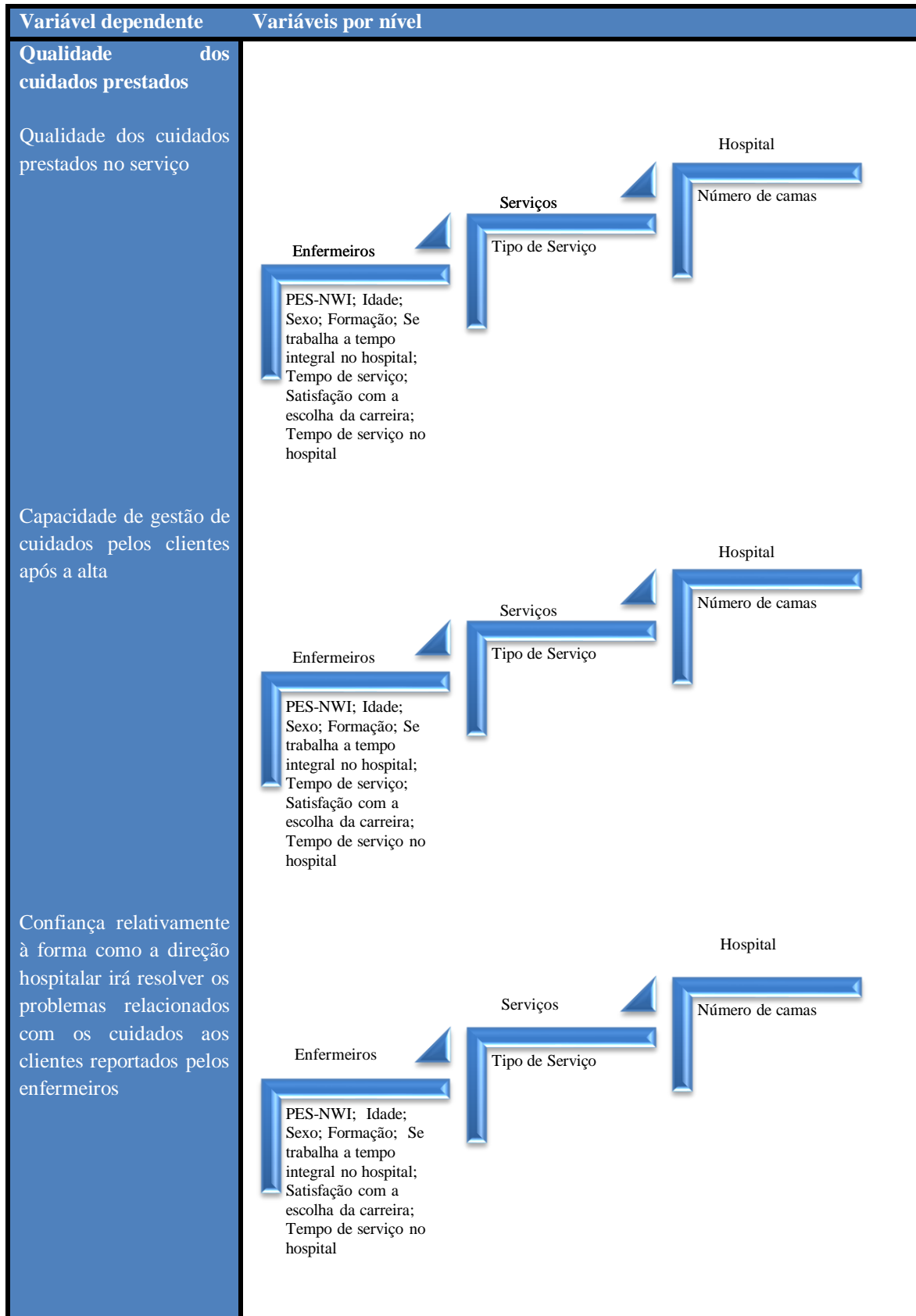
Quando se identificou simultaneamente significância das variáveis independentes de 1º nível e das estimativas das variâncias dos efeitos aleatórios, adicionámos as variáveis independentes para o 2º nível.

No sentido de compreender o possível impacto do ambiente de prática de enfermagem sobre as variáveis dependentes por serviço, integrámos em todos os modelos a variável *tipo de serviço* no 2º nível. Tal procedimento serviu para analisar quais os serviços medico-cirúrgicos em que o impacto do ambiente de prática de enfermagem é significativo para as variáveis dependentes. A mesma variável foi utilizada também em alguns estudos internacionais para algumas das nossas variáveis dependentes, como apresentámos anteriormente no quadro n.º 3.

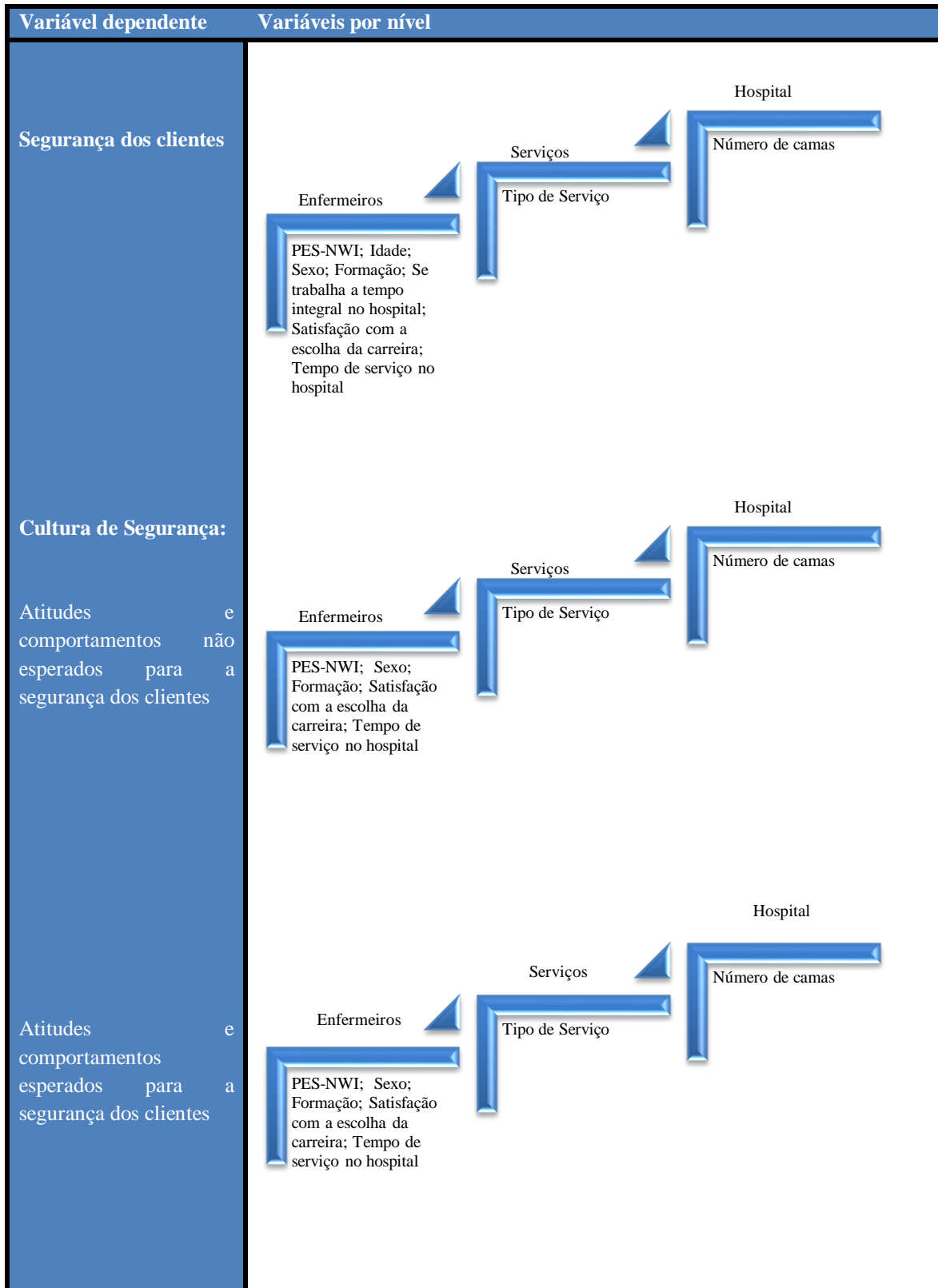
Aprofundada a análise, no que concerne ao 3º nível foi introduzido a variável *número de camas*, que caracteriza o hospital. Esta variável, à semelhança daquela que foi introduzida no 2º nível, também foi usada em outros estudos internacionais, mas que na presente análise nos poderá permitir compreender ainda melhor a variável dependente em estudo.

No sentido de apresentar as relações específicas entre as variáveis inseridas nos modelos, resultantes da revisão da literatura, dados disponíveis para o estudo e resultados da análise da multicolineariedade, apresentamos o quadro abaixo:

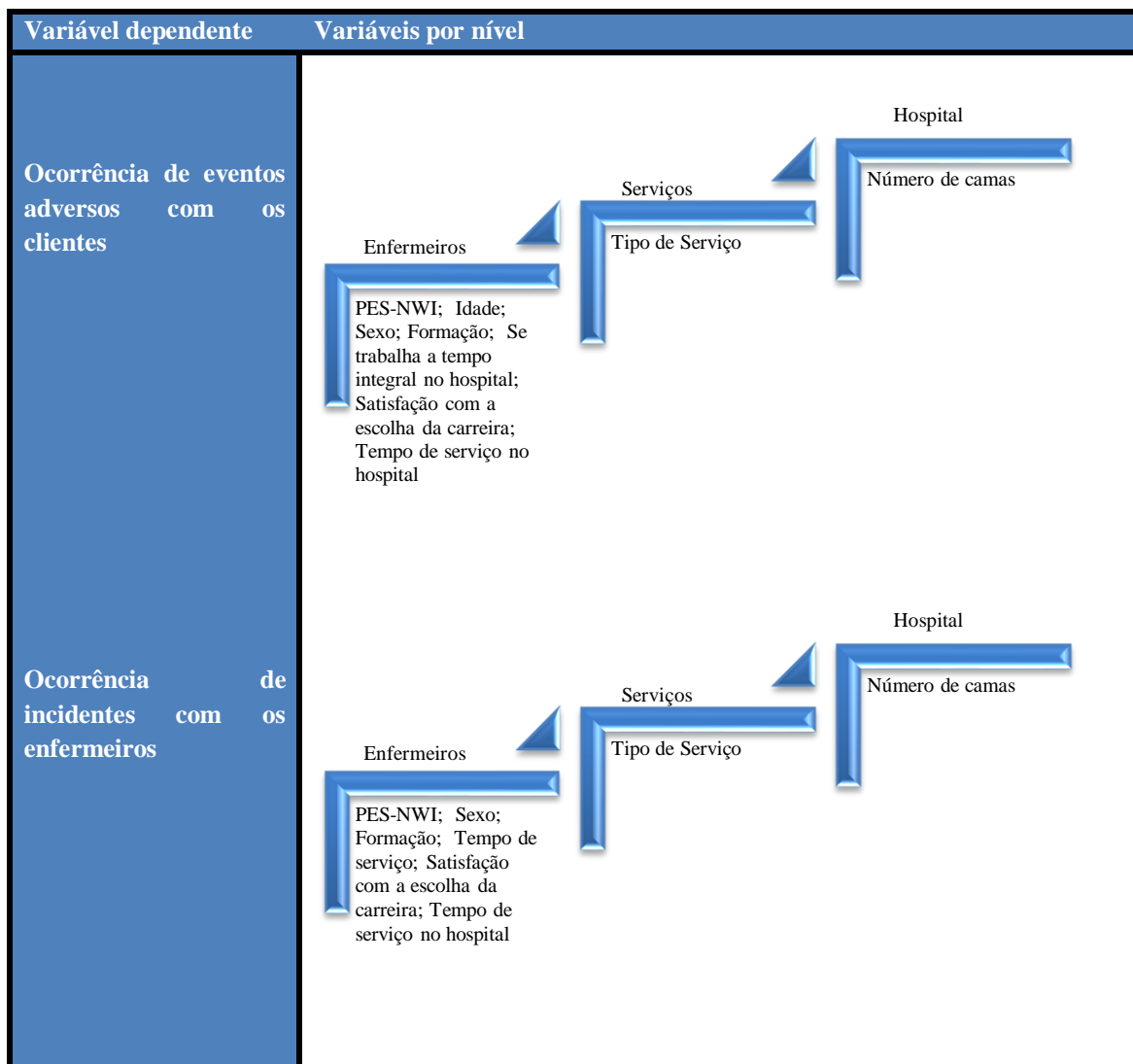
**Quadro n.º4-** Relações entre as variáveis integradas nos modelos (Fonte: própria, 2016).



**Quadro n.º4-** Relações entre as variáveis integradas nos modelos (Fonte: própria, 2016) (continuação).



**Quadro n.º4-** Relações entre as variáveis integradas nos modelos (Fonte: própria, 2016) (continuação).



Quando não foi possível a análise para a testagem de hipóteses, por modelos multinível, e apesar de não se ter em conta as diferenças entre os grupos definidos pelo nível 3 (no nosso caso hospitais), procedemos à análise com uma regressão categorial ordinal, quando a variável dependente fosse ordinal, o que se verificou para a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros. Neste caso, as variáveis independentes eram quantitativas (idade, tempo de serviço no hospital, satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, ambiente de prática de enfermagem) e qualitativas (sexo, formação, se trabalha a tempo integral no hospital).

A significância dos modelos da regressão categorial foi analisada pelo teste do rácio de verosimilhanças e a significância prática pelo pseudo-  $R^2$ . A escolha do tipo de

modelo ordinal decorreu por um exploratório das 5 funções, elegendo o que menor -2LL apresentasse, de forma significativa no modelo final.

Por outro lado, quando a variável dependente era quantitativa (intervalar), o que se verificou para as atitudes e comportamentos esperados, e não esperados, para a segurança do cliente, referente à cultura de segurança, utilizamos a regressão linear múltipla, uma vez que esperávamos ter várias variáveis independentes no modelo. A seleção de variáveis nos modelos de regressão múltipla foi realizada pelo método *Enter*.

Analisaram-se os pressupostos do modelo, nomeadamente o da distribuição normal, homogeneidade e independência dos erros. Os dois primeiros pressupostos foram analisados graficamente e o pressuposto da independência foi validado com a estatística de *Durbin-Watson* ( $d = 1,861$ ;  $d = 1,849$ ). Utilizou-se o VIF para analisar a multicolinearidade.

## **1.8. Considerações éticas**

Uma vez integrado no projeto RN4Cast em Portugal, foram seguidos todos os aspetos éticos e legais estabelecidos pela equipa de investigação, que por sua vez segue os aspetos éticos e legais estabelecidos pelo consórcio internacional, o qual desenvolveu critérios rigorosos em relação à amostragem de enfermeiros e clientes, do armazenamento, fluxos e acesso dos dados para garantir a segurança, privacidade e confidencialidade de todos os envolvidos.

O projeto foi previamente submetido à Comissão de Ética do Instituto de Ciência da Saúde da UCP, não tendo esta suscitado objeção à sua realização do ponto de vista ético.

No que concerne aos aspetos éticos associados ao meio, a equipa de investigação do RN4Cast de Portugal solicitou autorização aos conselhos de administração das organizações participantes, obtendo também parecer favorável.

Os enfermeiros participaram após o seu livre e esclarecido consentimento, sendo garantido o *feedback* dos resultados de forma particular através das organizações de saúde e de forma geral pela publicação dos resultados do estudo, uma vez que é nossa intenção cumprir os princípios da beneficência e avaliação da maleficência, conforme emanado nas *Diretrizes Éticas para a investigação em Enfermagem*.

Temos como desígnio a melhoria da prestação de cuidados por intermédio de melhoria do ambiente de prática de enfermagem, não se identificando qualquer tipo de risco para os participantes, uma vez que foram tomadas todas as precauções para suprimir os inconvenientes que a investigação possa apresentar, evitando expor os participantes, não utilizando a reprovação ou ameaça à entidade.

Também a confidencialidade e anonimato foram tidos em conta, sendo os instrumentos de colheita de dados codificados nas próprias organizações previamente ao envio para a equipa de investigação do projeto RN4Cast em Portugal.

Relativamente à análise dos dados e conclusões, prevemos uma análise rigorosa, de forma agregada, isenta e cuidadosamente confrontada com o produzido por outros autores a nível nacional e internacional.

Tentámos, deste modo, cumprir todos os princípios éticos para a investigação em enfermagem definidos pelo ICN (2007) a nível internacional e por Nunes (2013) e Fernandes (2010) a nível nacional, sendo os mesmos baseados na declaração de Helsínquia, a qual foi revista pela última vez em 2013 na 64<sup>a</sup> Assembleia Geral da Associação Médica Mundial, também por nós consultada.

O estudo não acarreta quaisquer custos ou benefícios monetários para as organizações ou enfermeiros.

Não existem conflitos de interesse a declarar.

## **Capítulo 4 – Análise dos Resultados**

O presente capítulo consiste na apresentação dos resultados obtidos com o estudo, tendo por base os pressupostos anteriormente descritos no subcapítulo procedimentos para a análise de dados.

Apresentaremos, primariamente, os resultados descritivos, caracterizando os participantes no estudo, descrevendo a realidade Portuguesa do ambiente de prática de enfermagem, bem como a perceção dos enfermeiros no que respeita à qualidade e segurança dos cuidados, permitindo conhecer os seus principais atributos e particularidades, aspetos determinantes para uma adequada interpretação dos dados obtidos (Polit & Beck, 2011). Uma vez transposta a referida caracterização, o procedimento seguinte, apresentado na análise estatística, será a validação das hipóteses, cujo objetivo será refutar, ou não, as que traçamos para este estudo.

A apresentação dos resultados segue a estrutura sugerida por Maroco (2014).

### **4.1. Resultados descritivos**

#### **4.1.1. Caracterização dos participantes**

Dos 31 hospitais que aceitaram participar no estudo, obteve-se resposta de 2235 enfermeiros, correspondendo a taxa global de resposta a 76,9%. Todavia, tal como referido e justificado anteriormente, foram integrados apenas os serviços de onde se obteve cinco ou mais respostas, bem como hospitais que tivessem procedido efetivamente à codificação dos serviços. Deste modo, o número de participantes final foi 2188 enfermeiros, de 130 serviços médico-cirúrgicos, pertencentes a 30 hospitais a nível nacional.

A maioria (48,2%) dos hospitais tem número inferior a 500 camas e pertence à Administração Regional de Saúde do Norte (ARS) (40,1%), variando de forma particularmente idêntica entre as especialidades cirúrgicas (48,6 %) e médicas (47,2%),

constatando-se também serviços com especialidades mistas em cerca de 3,2%. O tipo de serviços que responderam em maioria (31,9%) foram as medicinas.

A idade média dos participantes no estudo foi de 34,6 (8,0), variando entre os 22 e os 61 anos, sendo a maioria do sexo feminino (80,3%). Ainda relativamente à idade, mas concretamente à idade que tinham no início da atividade laboral, verificámos que a maioria dos enfermeiros (28,5 %) iniciou com 22 anos e que o tempo de serviço oscila entre os 55 anos e cerca de 6 meses, tendo praticamente todos (98,2%) realizado a formação básica de enfermagem em Portugal. Todavia, dos enfermeiros que responderam, apenas 19,4 % possui uma especialidade em Enfermagem.

Maioritariamente (98,5%) os enfermeiros trabalham a tempo inteiro no hospital em que responderam ao questionário, variando o tempo de serviço entre meses e 39 anos, sendo que 25,3% trabalha também em outros locais.

Cerca de 40,3 % dos enfermeiros está muito insatisfeito/insatisfeito com a escolha da enfermagem como carreira. A tabela n.º 2 apresenta a caracterização dos participantes.

**Tabela n.º2-** Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes.

Variável	n	%
<b>Sexo:</b>		
Masculino	419	19,7
Feminino	1 711	80,3
<b>Licenciatura em Enfermagem</b>		
Sim	2 100	98,2
Não	38	1,8
<b>Formação Básica de Enfermagem em Portugal</b>		
Sim	2 088	98,2
Não	39	1,8
<b>Título Profissional:</b>		
Enfermeiro	1 694	80,6
Enfermeiro Especialista	407	19,4
<b>Tipo de Serviço:</b>		
Medicina	697	31,9
Cirurgia	382	17,5
Ortopedia	318	14,5
Especialidades Médicas	358	16,4
Especialidades Cirúrgicas	364	16,6
Mistos	69	3,2
<b>Tipo de Especialidade</b>		
Cirúrgica	1064	48,6
Médica	1055	48,2
Médica-Cirurgica	69	3,2

**Tabela n.º2-** Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes (continuação).

Variável	n	%
<b>Dimensão do hospital:</b>		
Inf. a 500 camas	1 054	48,2
Entre 500 e 1000 camas	831	38,0
Sup. a 1000 Camas	303	13,8
<b>Local de Trabalho (Região):</b>		
Norte	877	40,1
Centro	287	13,1
Lisboa e VT	632	28,9
Sul	221	10,1
Regiões Autónomas	171	7,8
<b>Trabalha em outros locais:</b>		
Sim	538	25,3
Não	1 588	74,7
<b>Satisfação com a escolha da enfermagem como carreira</b>		
Muito Insatisfeito	209	9,8
Insatisfeito	651	30,5
Satisfeito	1047	49,0
Muito Satisfeito	228	10,7
	<b>Média (DP)</b>	<b>Mín – máx.</b>
<b>Idade (anos)</b>	34,59 (8,0)	22-61
<b>Antiguidade (anos):</b>		
Na Profissão	11,47 (7,94)	0,66-55
No Hospital	9,7 (7,49)	0,00-39

DP- Desvio Padrão

#### 4.1.2. Caracterização dos ambientes de prática de enfermagem

A escala PES-NWI apresenta uma muito boa consistência interna para a presente população, constatando-se um *alfa de cronbach* de 0,90 para a escala global, variando de razoável a boa pelas diferentes subescalas, conforme tabela n.º 3.

**Tabela n.º3-** Alfa de cronbach das subescalas do PES-NWI.

Subescala PES-NWI	Nº de itens	Alfa de Cronbach
Participação dos enfermeiros na governação interna dos hospitais	9	0,83
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	10	0,75
Adequação de recursos humanos e materiais	4	0,74
Relação entre médicos e enfermeiros	3	0,80
Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros	5	0,76

O valor médio da qualidade do ambiente de prática, percebida pelos enfermeiros nos 30 hospitais integrados no estudo é 2,44 (0,12), onde 72,9% dos participantes

identifica ambientes desfavorável e 27,1% favorável, segundo classificação proposta por Lake (2002). O hospital onde os enfermeiros em média identificaram melhor ambiente de prática foi o número 21 ( $\bar{x} = 2,73$ ) e o pior ambiente de prática no hospital 26 ( $\bar{x} = 2,16$ ).

Os enfermeiros pontuaram de forma mais favorável a subescala fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, obtendo uma média de 2,85 (0,38), por outro lado, a subescala que obteve uma menor pontuação foi adequação de recursos humanos e materiais alcançando uma média de 2,04 (0,54), conforme tabela n.º4

**Tabela n.º4-** Pontuação média das subescalas do PES-NWI.

Subescala PES-NWI	n	Média	Desvio Padrão
Participação dos enfermeiros na governação interna dos hospitais	2187	2,13	0,46
Fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados	2186	2,85	0,38
Adequação de recursos humanos e materiais	2187	2,04	0,54
Relação entre médicos e enfermeiros	2187	2,55	0,54
Gestão, liderança e suporte dos enfermeiros	2187	2,42	0,54

Usando a classificação de Lake e Friese (2006), podemos considerar os ambientes como mistos (2 subescalas apresentam valores médios superior a 2,5). A maioria dos enfermeiros (57,6%) identifica os ambientes de prática de enfermagem como mistos e apenas 2,4% identifica como favorável, correspondendo esta percentagem aos enfermeiros do hospital n.º 11, o único dos 30 hospitais que identifica a qualidade do ambiente de prática de enfermagem como favorável, tal como se pode verificar na tabela n.º 5.

**Tabela n.º5-** Pontuação média das subescalas do PES-NWI por hospital bem como classificação do compósito por hospital.

Org.	Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital	Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados	Adequação de Recursos Humanos e Materiais	Relação entre Médicos e Enfermeiros	Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros	Classificação
1	2,14	2,89	2,40	2,59	2,58	Misto
2	1,94	3,00	1,84	2,31	2,28	Desfavorável
3	2,08	2,84	1,94	2,45	2,42	Desfavorável
4	2,13	2,94	2,21	2,61	2,56	Misto
5	1,93	2,65	1,80	2,47	2,14	Desfavorável
6	2,17	2,72	2,08	2,63	2,31	Misto
7	2,12	2,77	2,09	2,79	2,28	Misto
8	1,89	2,93	1,98	2,52	2,13	Misto
9	2,19	2,87	2,20	2,67	2,19	Misto
10	2,31	2,95	2,17	2,68	2,63	Misto
11	2,61	2,91	2,01	2,74	2,73	Favorável
12	2,03	2,84	1,80	2,69	2,59	Misto

**Tabela n.º5-** Pontuação média das subescalas do PES-NWI por hospital bem como classificação do compósito por hospital (continuação).

Org.	Participação dos Enfermeiros na Governação Interna do Hospital	Fundamentos de Enfermagem para a Qualidade dos Cuidados	Adequação de Recursos Humanos e Materiais	Relação entre Médicos e Enfermeiros	Gestão, Liderança e Suporte dos Enfermeiros	Classificação
13	2,34	2,90	2,25	2,78	2,57	Misto
14	2,33	2,73	1,93	2,57	2,57	Misto
15	2,10	2,98	2,18	2,67	2,53	Misto
16	1,90	2,70	2,07	2,48	2,30	Desfavorável
17	1,96	2,64	2,22	2,32	2,19	Desfavorável
18	2,29	2,92	1,99	2,62	2,55	Misto
19	1,84	2,86	1,75	2,60	2,35	Misto
20	2,30	2,92	2,35	2,72	2,56	Misto
21	2,47	3,19	2,32	2,61	2,70	Misto
22	2,14	2,73	1,98	2,41	2,36	Desfavorável
23	2,18	2,76	2,13	2,79	2,57	Misto
24	2,11	2,90	2,07	2,41	2,42	Desfavorável
26	1,80	2,46	1,90	2,51	2,24	Desfavorável
27	2,16	2,86	2,11	2,51	2,30	Misto
28	2,16	2,85	2,18	2,27	2,39	Desfavorável
29	2,05	2,93	1,89	2,44	2,41	Desfavorável
30	2,22	2,73	2,02	2,56	2,50	Misto
31	2,10	3,04	2,02	2,55	2,32	Desfavorável

#### 4.1.3. Caracterização da qualidade dos cuidados prestados

Verificámos que 22,3% dos enfermeiros descreve a qualidade dos cuidados prestados nos serviços como razoável/pobre, tal como podemos analisar em mais detalhe na tabela n.º6.

**Tabela n.º6-** Frequência absoluta e relativa da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos clientes na unidade/serviço.

Itens	Escala	n	%
B1 - De uma forma geral, como descreveria a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço?	Pobre	38	1,8
	Razoável	440	20,5
	Boa	1381	64,2
	Excelente	292	13,6

Em média, a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados nos hospitais é muito próximo de boa ( $\bar{x} = 2,90$ ; 0,17), sendo os hospitais 12 e 14 aqueles que apresentam pior nível de qualidade dos cuidados prestados ( $\bar{x} = 2,67$ ) e o 15 o melhor nível ( $\bar{x} = 3,19$ ). Em nenhum hospital a média da qualidade dos cuidados prestados foi considerada excelente, sendo que 62,5% destes classificam-na como razoável/pobre.

No que concerne à capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta, apurámos que 28,6% dos enfermeiros está nada/pouco confiante, conforme se constata na tabela n.º 7.

**Tabela n.º7-** Frequência absoluta e relativa do grau de confiança relativamente à capacidade dos clientes para a gestão dos seus cuidados após a alta.

Itens	Escala	n	%
B2 - Qual o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta?	Nada confiante	27	1,3
	Pouco confiante	587	27,4
	Confiante	1459	68,0
	Muito Confiante	72	3,4

Em média, a perceção dos enfermeiros sobre a capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta nos hospitais é muito próximo de confiante ( $\bar{x} = 2,73$ ; 0,14), sendo os hospitais 3 e 5 os que apresentam pior nível de confiança ( $\bar{x} = 2,42$ ) e o 7 o melhor nível ( $\bar{x} = 3,09$ ). Em nenhum hospital a média da confiança na capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta foi muito confiante, sendo que 96,5% destes estão nada/pouco confiantes na capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta.

Relativamente à confiança na forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros, cerca de 53, 5 % dos enfermeiros está nada/pouco confiante, tal com apresentamos na tabela n.º 8.

**Tabela n.º8-** Frequência absoluta e relativa do grau de confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes.

Itens	Escala	n	%
B3 - Qual o seu grau de confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados?	Nada confiante	177	8,3
	Pouco confiante	961	45,2
	Confiante	959	45,1
	Muito Confiante	30	1,4

Em média, os enfermeiros estão pouco confiantes sobre a forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes por si reportados ( $\bar{x} = 2,39$ ; 0,14), sendo os hospitais 12 e 26 os que apresentam pior nível de confiança ( $\bar{x} = 2,14$ ) e o 7 o melhor nível ( $\bar{x} = 2,73$ ). Em nenhum hospital a média da confiança foi nada confiante/confiante/muito confiante.

#### 4.1.4. Caracterização da segurança dos clientes

Constatámos que cerca de 11,1% dos enfermeiros considera que a segurança dos clientes é pobre/com falhas, tal como se demonstra a tabela n.º9.

**Tabela n.º9-** Frequência absoluta e relativa da classificação da segurança dos clientes na unidade/serviço.

Item	Escala	n	%
B4 – Por favor atribua uma classificação geral à sua unidade/serviço em termos de segurança dos doentes?	Com falhas	83	3,9
	Pobre	155	7,2
	Aceitável	1039	48,4
	Muito Bom	792	36,9
	Excelente	76	3,5

Em média a perceção dos enfermeiros sobre a segurança dos clientes nos hospitais é aceitável ( $\bar{x} = 3,29$ ; 0,23), sendo os hospitais 5 o que apresenta pior nível de segurança ( $\bar{x} = 2,90$ ) e o 13 o melhor nível ( $\bar{x} = 3,80$ ). Em nenhum hospital a segurança dos clientes foi classificado como muito bom ou excelente, sendo que 11,3% classifica a segurança com falhas ou pobre.

#### 4.1.5. Caracterização da cultura de segurança dos clientes

A cultura de segurança foi medida através de duas variáveis, resultantes de uma análise fatorial, considerada média por Pestana e Gageiro (2014) ( $KMO=0,731$ ), verificando-se uma significância associada ao Teste de Esfericidade de *Bartlett* ( $p < 0,001$ ).

Os pesos fatoriais de cada item, os *eigenvalues*, as comunalidades e a variância explicada, apresentam-se na tabela n.º 10.

**Tabela n.º10-** Resultados da análise fatorial para os itens da cultura de segurança.

Itens	Fator 1	Fator 2	Comunalidade
B6.1 - Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles		0,45	0,35
B6.2 - Perdem-se frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno		0,85	0,72
B6.3 - Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços		0,84	0,72
B6.4 - Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	0,68		0,47
B6.5 - Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam	0,74		0,56
B6.6 - Recebemos o feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos	0,80		0,64
B6.7 - As intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima	0,64		0,44
<i>Eigenvalues</i>	2,572	1,325	
Variância explicada	31,58%	24,09%	

Face ao baixo valor da comunalidade do item B6.1, optou-se, tal como referimos anteriormente, por eliminar este item, constatando-se deste modo um KMO mais baixo (0,691), mas com valores para as comunalidade e pesos fatoriais mais elevados em todos os itens, exceto no B6.4. Também a variância explicada de cada fator aumentou, tal como podemos analisar pela tabela n.º11.

**Tabela n.º11-** Resultados da análise fatorial para os itens da cultura de segurança após eliminação de itens com baixas comunalidades.

Itens	Fator 1	Fator 2	Comunalidade
B6.2 - Perdem-se frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno		0,86	0,75
B6.3 - Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços		0,86	0,75
B6.4 - Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	0,68		0,46
B6.5 - Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam	0,75		0,58
B6.6 - Recebemos o feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos	0,81		0,66
B6.7 - As intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima	0,66		0,46
<i>Eigenvalues</i>	2,351	1,308	
Variância explicada	35,39%	25,58%	

A avaliação do *alfa de cronbach*, para o fator 1 foi de 0,70 e para o fator 2, com a eliminação do item melhorou de 0,61 para 0,68 o que indica uma consistência interna razoável e fraca, respetivamente.

Analisando individualmente cada item dos fatores, concretamente as atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes (fator 2) verifica-se que 31,9 % dos enfermeiros concorda/concorda totalmente que frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno são perdidas, tal como 40,7% dos enfermeiros concorda/concorda totalmente que há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços. No que concerne ao fator 1: atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes, 42,2% dos enfermeiros não sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores ao discordarem/discordarem totalmente da afirmação apresentada; 12,4% discordam/discordam totalmente que são discutidas formas de impedir que os erros se repitam; 27,9% discorda/discorda totalmente que recebem *feedback* sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos; e 31 % discorda/discorda totalmente que as intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima, tal como se pode observar na tabela n.º12.

**Tabela n.º12-** Frequência absoluta e relativa dos itens da cultura de segurança.

Item	Escala	n	%
B6.2 - Perdem-se frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno	Discordo totalmente	172	8,1
	Discordo	912	42,9
	Nem concordo nem discordo	364	17,1
	Concordo	603	28,4
	Concordo totalmente	74	3,5
B6.3 - Há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços	Discordo totalmente	101	4,7
	Discordo	662	31
	Nem concordo nem discordo	505	23,6
	Concordo	773	36,2
	Concordo totalmente	96	4,5
B6.4 - Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores	Discordo totalmente	201	9,5
	Discordo	693	32,7
	Nem concordo nem discordo	609	28,7
	Concordo	560	26,4
	Concordo totalmente	56	2,6
B6.5 - Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam	Discordo totalmente	48	2,2
	Discordo	218	10,2
	Nem concordo nem discordo	338	15,8
	Concordo	1236	57,9
	Concordo totalmente	296	13,9
B6.6 - Recebemos o feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos	Discordo totalmente	105	5
	Discordo	485	22,9
	Nem concordo nem discordo	675	31,9
	Concordo	771	36,4
	Concordo totalmente	82	3,9
B6.7 - As intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima	Discordo totalmente	150	7
	Discordo	514	24
	Nem concordo nem discordo	706	33
	Concordo	644	30,1
	Concordo totalmente	124	5,8

Numa escala de 5 pontos, onde o valor mais baixo corresponde ao discordo totalmente e o mais alto ao concordo totalmente, o valor médio da cultura de segurança nos 30 hospitais é de 3,13 com desvio padrão de aproximadamente 0,13. A média mais alta foi registada no hospital 1 ( $\bar{x} = 3,38$ ) e a mais baixa no 26 ( $\bar{x} = 2,90$ ). Analisando, isoladamente, o fator 1: atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes, constata-se um valor médio de 3,16 (0,17) para este, sendo a média mais alta registada ( $\bar{x} = 3,54$ ) no hospital 11 e a mais baixa ( $\bar{x} = 2,75$ ) no hospital 8. O valor médio do fator 2: atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes, apresenta um valor médio próximo do fator 1, sendo 3,10 (0,18), onde a média mais baixa (2,80) foi registada no hospital 14 e a mais alta (3,52) no hospital 19.

#### 4.1.6. Caracterização da ocorrência dos eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros

As variáveis relativas à ocorrência dos eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros resultaram de uma análise fatorial, de onde emergiram dois fatores que explicam 61,72% da variabilidade. A análise é considerada boa ( $KMO=0,881$ ), verificando-se uma significância associada ao teste de esfericidade de Bartlett. Foram eliminados os itens B7.1 e B7.7.2 face ao baixo valor da comunalidade (0,255; 0,355, respetivamente)

Os pesos fatoriais de cada item, os *eigenvalues*, a comunalidade e a percentagem explicada, apresenta-se na tabela n.º 13.

**Tabela n.º13-** Resultados da análise fatorial para os itens da ocorrência dos eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros.

Itens	Fator 1	Fator 2	Comunalidade
B7.2 - Úlceras de pressão após admissão	0,67		0,49
B7.3 - Quedas de doentes com lesões associadas	0,65		0,50
B7.4_1 - Infecção associada aos cuidados de saúde: Infecções do trato urinário	0,86		0,78
B7.4_2 - Infecção associada aos cuidados de saúde: Infecções da corrente sanguínea	0,85		0,74
B7.4_3 - Infecção associada aos cuidados de saúde: Pneumonia	0,85		0,76
B7.5 - Queixas de doentes ou familiares	0,55		0,55
B7.6_1 - Agressão verbal aos enfermeiros por doentes e/ou familiares		0,84	0,77
B7.6_2 - Agressão verbal aos enfermeiros por funcionários		0,69	0,53
B7.7_1 - Agressão física aos enfermeiros por doentes e/ou familiares		0,78	0,61
B7.8 - Lesões físicas nos enfermeiros relacionadas com o trabalho		0,64	0,46
<i>Eigenvalues</i>	4,764	1,407	
Variância explicada	34,409%	27,306%	

A avaliação do *alfa de cronbach*, para o fator 1 (ocorrência de eventos adversos com os clientes) foi de 0,87 e para o fator 2 (ocorrência de incidentes com os enfermeiros) de 0,78 o que indica uma consistência interna boa e razoável, respetivamente.

Em média, os enfermeiros referem a ocorrência de incidentes com eles próprios e de eventos adversos nos clientes algumas vezes por ano ou menos ( $\bar{x} = 1,35$   $DP= 0,27$ ;  $\bar{x} = 1,34$   $DP= 0,24$ , respetivamente). Os hospitais 8 e 9 são os que apresentam em média menor ocorrência de eventos adversos (1,01) e dos incidentes com os enfermeiros (0,92), respetivamente. Por outro lado, é o hospital 14 o que apresenta maior ocorrência de eventos adversos com os clientes ( $\bar{x} = 1,95$ ) e o hospital n.º 5 maior ocorrência de incidentes com os enfermeiros ( $\bar{x} = 1,90$ ).

## **4.2. Validação das hipóteses**

### **4.2.1. Relação entre os ambientes de prática de enfermagem e a qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, e a ocorrência de eventos adversos com os clientes e de incidentes com os enfermeiros**

Procedendo a uma análise das associações a nível individual, constata-se que quanto mais alta for classificada a qualidade do ambiente de prática de enfermagem nos hospitais, mais baixa é a ocorrência de eventos adversos com os clientes, ocorrência de incidentes com os enfermeiros e a classificação atribuída às atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes. As correlações obtidas foram negativas, embora muito fraca ( $r= -0,12$ ) e fracas ( $r= -0,26$ ;  $-0,29$ ) respetivamente, mas significativas. Por outro lado, quanto mais alta for classificada a qualidade do ambiente de prática de enfermagem, pelos enfermeiros, mais alta é classificada a qualidade dos cuidados prestados (qualidade dos cuidados prestados no serviço; capacidade de gestão dos cuidados pelos clientes após a alta e confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros), apresentando os dois primeiros itens correlações fracas ( $r=0,36$ ;  $r=0,33$ , respetivamente) e o ultimo uma correlação moderada ( $r=0,52$ ).

Também a classificação da segurança dos clientes e atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes apresentam correlações moderadas ( $r=0,42$ ;  $r=0,62$ , respetivamente). Todas as correlações, descritas anteriormente, são estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ), como podemos verificar com mais detalhe na tabela n.º 14.

**Tabela n.º14-** Matriz de correlações entre as variáveis dependentes e o ambiente de prática de enfermagem a nível individual.

Variáveis dependentes	n	PES-NWI
Segurança dos clientes	2145	0,42**
Qualidade dos cuidados prestados no serviço	2151	0,36**
Capacidade de gestão dos cuidados após a alta	2145	0,33**
Confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes reportados pelos enfermeiros	2127	0,52**
Cultura de Segurança: Atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos doentes	2097	-0,29**
Cultura de Segurança: Atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos doentes	2121	0,62**
Ocorrência de Eventos Adversos com os clientes	2005	-0,12**
Ocorrência de Incidentes com os Enfermeiros	2099	-0,26**

\*\* $p < 0,001$

#### **4.2.2. A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados aos clientes**

Como referimos anteriormente, atendendo à revisão da literatura, constatámos que a qualidade dos cuidados prestados aos clientes foi estudada ao longo dos tempos usando diferentes itens únicos, que também usaremos face à justificação apresentada. Deste modo, a hipótese será decomposta em três sub-hipóteses, cujos resultados apresentamos de seguida.

#### 4.2.2.1. A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a qualidade dos cuidados prestados no serviço

Os resultados para o modelo explicativo da variável qualidade dos cuidados prestados no serviço encontra-se na tabela n.º 15.

**Tabela n.º15-** Modelo multinível para a qualidade dos cuidados prestados no serviço.

Efeito Fixo	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p
Ordenadas (intercept)	2,902772	,030658	,000	1,093039	,190054	,000	1,024776	,207299	,000
Especialidade (Sim)				,017029	,034121	,618	,025021	,033990	,462
Especialidade (Não)				0ª	0	.	0ª	0	.
Sexo (Feminino)				,037590	,032788	,252	,037359	,032759	,254
Sexo (Masculino)				0ª	0	.	0ª	0	.
T. Integral Hosp. (Sim)				,093858	,102877	,362	,109189	,102649	,288
T. Integral Hosp.(Não)				0ª	0	.	0ª	0	.
PES-NWI				,623914	,039755	,000	,613079	,039811	,000
Idade				-,000667	,005609	,905	-,000157	,005583	,978
Satisfação c/ carreira				,062590	,017272	,000	,063208	,017235	,000
Tempo serviço de enf				,001318	,006728	,845	,000399	,006721	,953
Tempo serviço hosp.				,000590	,004056	,884	,000243	,004033	,952
S. Medicina							-,000629	,083884	,994
S. Cirurgia							,101526	,088956	,254
S. Ortopedia							,097589	,086384	,259
S. Esp. Médicas							,195680	,089982	,030
S. Esp. Cirúrgicas							,053370	,088948	,549
S. Mistos							0ª	0	.
Efeito aleatório									
Resíduos	,377563	,011591	,000	,319477	,010365	,000	,315893	,010250	,000
Ordenadas				,015967	,005455	,003	,014770	,005172	,004
Qual. Ajustamento									
-2LL		4057,274			3315,139			3291,908	
AIC		4063,274			3337,139			3323,908	
BIC		4080,296			3398,352			3412,945	

O modelo nulo (modelo 0, tabela n.º15) examina a variância da classificação atribuída entre os hospitais, comprovando que estes diferem significativamente no valor médio atribuído à qualidade dos cuidados prestados no serviço, uma vez que as estimativas das variâncias das componentes aleatórias são significativas ( $Z_{Wald}=32,574$ ,  $p < 0,001$ ;  $Z_{Wald}=3,106$   $p < 0,05$ ), não sendo desprezíveis, deste modo, as variâncias entre os enfermeiros e entre os hospitais.

Validada a relevância da análise multinível, fomos adicionando as variáveis independentes de 1º, 2º e 3º nível, sucessivamente, (conforme mencionado anteriormente no quadro n.º 4), dado que as estimativas dos efeitos aleatórios (hospitais)

foram sendo sempre significativas ( $Z_{Wald}=2,927$ ,  $p <0,05$ ;  $Z_{Wald}=2,856$ ,  $p <0,05$ ;  $Z_{Wald}=2,802$ ,  $p <0,05$ ).

Obtivemos, um modelo multinível com 2 níveis (modelo 2, tabela n.º15), sendo a melhoria do ajustamento da qualidade comprovada pela diminuição do valor do -2LL e AIC.

Nem todas as variáveis independentes usadas nos diferentes níveis se revelaram estatisticamente significativas. Apenas o ambiente de prática de enfermagem e a satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, no que concerne ao nível 1 e serviços de especialidades médicas, relativo ao nível 2, assim se demonstraram (ver tabela n.º15).

O modelo com ordenadas aleatórias melhorou significativamente a variância explicada, verificando-se uma redução de 31,82 %. Tal facto indica que as variáveis permitem explicar alguma da variância observada da perceção da qualidade dos cuidados prestados no serviço, entre os hospitais.

Em suma, o aumento da qualidade do ambiente de prática de enfermagem e da satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, tal como trabalhar em serviços de especialidades médicas conduz ao aumento da perceção da qualidade dos cuidados prestados no serviço. Cerca de 32% da variância atribuída à classificação da qualidade dos cuidados prestados no serviço pode ser explicada pelo modelo apresentado. Um bom ambiente de prática de enfermagem aumenta a qualidade dos cuidados prestados nos serviços. Tal resultado vai de encontro com a hipótese que estamos a testar, revelando o impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados prestados.

#### **4.2.2.2- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta**

À semelhança do modelo anterior, também para a perceção da capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta se comprova que a variância da classificação atribuída entre os hospitais difere significativamente, tal como podemos verificar pelo modelo nulo (modelo 0) apresentado na tabela n.º 16.

As estimativas da variância das componentes aleatórias são significativas ( $Z_{Wald}=32,511$ ,  $p < 0,001$ ;  $Z_{Wald}=3,040$ ,  $p < 0,05$ ), não sendo desprezíveis, deste modo, as variâncias entre os enfermeiros e entre os hospitais.

**Tabela n.º16-** Modelo multinível para a capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta.

Efeito Fixo	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p
Ordenadas (intercept)	2,739353	,026892	,000	1,128749	,166432	,000	1,209008	,178616	,000
Sexo (Feminino)				,098786	,028597	,001	,110880	,028218	,000
Sexo (Masculino)				0ª	0	.	0ª	0	.
Especialidade (Sim)				-,026923	,029749	,366	-,012176	,029256	,677
Especialidade (Não)				0ª	0	.	0ª	0	.
T. Integral Hosp. (Sim)				,005728	,091011	,950	,007544	,089690	,933
T. Integral Hosp.(Não)				0ª	0	.	0ª	0	.
PES-NWI				,469389	,034706	,000	,466971	,034264	,000
Idade				,007797	,004891	,111	,009406	,004810	,051
Tempo serviço de enf				-,002225	,005866	,704	-,006124	,005787	,290
Satisfação c/ carreira				,045626	,015100	,003	,045250	,014881	,002
Tempo serviço hosp.				,001736	,003539	,624	,001317	,003475	,705
S. Medicina							-,214435	,071690	,003
S. Cirurgia							,048537	,075791	,522
S. Ortopedia							-,024019	,073898	,745
S. Esp. Médicas							-,172924	,076603	,024
S. Esp. Cirúrgicas							-,024455	,075759	,747
S. Mistos							0ª	0	.
Efeito aleatório									
Resíduos	,271027	,008336	,000	,242742	,007889	,000	,234402	,007619	,000
Ordenadas				,010350	,003805	,007	,007734	,003100	,013
Qual. Ajustamento									
-2LL		3336,945			2774,639			2702,107	
AIC		3342,945			2796,639			2734,107	
BIC		3359,958			2857,823			2823,101	

Uma vez que a estimativa dos efeitos aleatórios (hospitais) foi significativa ( $Z_{Wald}=2,720$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{Wald}=2,495$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{Wald}=2,468$ ,  $p < 0,05$ ), fomos adicionando as variáveis independentes dos diferentes níveis, conforme apresentado no quadro n.º4.

O modelo multinível de referência apresenta-se com 2 níveis (modelo 2, tabela n.º16), sendo a melhoria do ajustamento da qualidade comprovada pela diminuição do valor do -2LL, AIC e BIC.

O ambiente de prática de enfermagem, o sexo feminino, a satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira (nível 1) e serviços de medicina e especialidades médicas (nível 2), revelaram-se estatisticamente significativos para o modelo adotado (ver tabela n.º16).

O modelo com ordenadas aleatórias melhorou significativamente a variância explicada verificando-se uma redução de 52,94 %. Tal facto indica que as variáveis

permitem explicar alguma da variância observada da percepção da capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta, entre os hospitais.

Em suma, o aumento da qualidade do ambiente de prática de enfermagem e da satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, tal como pertencer ao sexo feminino aumentam a percepção da capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta, no entanto pertencer aos serviços de medicina ou especialidade médicas faz o contrário. Cerca de 53 % da variância na classificação atribuída à capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta pode ser explicada pelo modelo apresentado, onde os enfermeiros com melhores ambientes de prática têm uma percepção da capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta superior a outros enfermeiros.

Tais resultados vão de encontro com a hipótese que estamos a testar, revelando o impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados prestados aos clientes.

#### **4.2.2.3- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros**

Para analisar se a qualidade do ambiente de prática de enfermagem influencia a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros, utilizou-se um modelo de regressão ordinal.

O modelo de regressão ajustado (final) (-2 Log Likelihood= 2757,52) é melhor que o modelo nulo (*intercept only*) (-2 Log Likelihood= 3812,22), o que quer dizer que pelo menos uma das variáveis independentes do modelo afeta significativamente as probabilidades de ocorrência das classes da variável dependente (Chi-square=1054,695; p=0,000).

Os coeficientes e a significância do modelo ordinal ajustado são apresentados na tabela n.º17.

**Tabela n.º17-** Modelo de regressão ordinal para a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros.

Parâmetro	Estimativa	Erro-padrão	p	Intervalo de confiança a 95%
Nada confiante	2,540	,429	,000	]1,700; 3,381[
Pouco confiante	4,922	,432	,000	]4,075; 5,770[
Confiante	7,176	,461	,000	]6,272; 8,079[
PES-NWI	1,972	,103	,000	]1,771; 2,173[
Idade	,014	,007	,056	]0,000; ,028[
Satisfação c/ carreira	,078	,039	,046	]0,001; ,154[
Tempo serviço hosp.	-,011	,008	,179	]0,026; ,005[
Sexo(Feminino)	,008	,074	,914	]0,138; ,154[
Sexo (Masculino)	0ª	.	.	.
Especialidade (Sim)	-,219	,076	,004	]0,368; -,070[
Especialidade (Não)	0ª	.	.	.
T. Integral Hosp. (Sim)	,186	,231	,420	]0,267; ,640[
T. Integral Hosp.(Não)	0ª	.	.	.
S. Medicina	-,394	,180	,028	]0,747; -,042[
S. Cirurgia	-,264	,184	,152	]0,626; ,097[
S. Ortopedia	-,048	,186	,798	]0,412; ,317[
S. Esp. Médicas	-,492	,186	,008	]0,856; -,128[
S. Esp. Cirúrgicas	-,473	,186	,011	]0,838; -,108[
Mistos	0ª	.	.	.
< 500 camas	-,063	,096	,509	]0,251; ,125[
500-1000 camas	,010	,096	,913	]0,177; ,198[
>1000 camas	0ª	.	.	.

Os resultados mostraram que o aumento da qualidade do ambiente de prática de enfermagem e da satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira conduzem a uma melhor perceção da confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes, reportados pelos enfermeiros. Relativamente à formação e tipo de serviço, uma pior perceção é observada quando possui especialidade e nos serviços de medicina, especialidade médicas e cirúrgicas.

Neste modelo, os enfermeiros com melhores ambientes de prática atribuem, em média, 1,97 valores que outros enfermeiros à classificação da confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros.

Tal resultado vai de encontro com a hipótese que testámos, revelando o impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem, na qualidade dos cuidados prestados.

Atendendo aos resultados obtidos para cada uma das medidas utilizadas na avaliação da qualidade dos cuidados prestados no serviço, conseguimos validar a nossa hipótese de forma holística para todas as medidas. Esta confirma-se, segundo uma

estrutura multinível, para a medida da qualidade dos cuidados prestados no serviço e capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta. No que concerne à confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes, reportados pelos enfermeiros a hipótese é igualmente confirmada, através de regressão ordinal.

#### 4.2.3- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a segurança dos clientes

No que diz respeito à variável segurança dos clientes, constata-se que a variância da classificação atribuída entre os hospitais difere significativamente (tabela n.º 18). A variância entre os enfermeiros e a variância entre hospitais não são desprezíveis ( $Z_{Wald}=32,513$ ,  $p < 0,001$ ;  $Z_{Wald}=3,176$   $p < 0,05$ ).

**Tabela n.º18-** Modelo multinível para a segurança dos clientes.

Efeito Fixo	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p
Ordenadas (intercept)	3,300661	,044080	,000	1,055009	,205054	,000	,994240	,232115	,000
Sexo (Feminino)				-,085730	,040663	,035	-,080167	,040591	,048
Sexo (Masculino)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
Especialidade (Sim)				-,004937	,042198	,907	,002750	,041968	,948
Especialidade (Não)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
T. Integral Hosp. (Sim)				-,051519	,127895	,687	-,032692	,127521	,798
T. Integral Hosp.(Não)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
PES-NWI				,917830	,049396	,000	,899317	,049406	,000
Idade				-,004525	,004023	,261	-,004928	,004005	,219
Satisfação c/ carreira				,069180	,021441	,001	,071993	,021376	,001
Tempo serviço hosp.				,009806	,004310	,023	,008887	,004294	,039
S. Medicina							,010136	,103957	,922
S. Cirurgia							,065472	,110795	,555
S. Ortopedia							,191499	,107328	,075
S. Esp. Médicas							,246735	,112138	,028
S. Esp. Cirúrgicas							,090840	,110868	,413
S. Mistos							0 <sup>a</sup>	0	.
Efeito aleatório									
Resíduos	,608331	,018710	,000	,493172	,015959	,000	,486643	,015745	,000
Ordenadas				,035271	,011542	,002	,033713	,011008	,002
Qual. Ajustamento									
-2LL		5076,540			4186,666			4160,035	
AIC		5082,540			4206,666			4190,035	
BIC		5099,553			4262,375			4273,599	

Confirmada a possibilidade de análise multinível, variáveis independentes dos diferentes níveis foram integradas (conforme apresentado anteriormente no quadro n.º4), uma vez que a estimativa dos efeitos aleatórios (hospitais) foi sendo sempre significativa ( $Z_{\text{Wald}}=3,056$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{\text{Wald}}=3,063$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{\text{Wald}}=2,996$ ,  $p < 0,05$ ).

O modelo de referência, considerado mais apropriado para explicar o desempenho da segurança dos clientes é constituído por dois níveis, com melhoria de ajustamento da qualidade comprovada pela diminuição do valor do -2LL e AIC.

As variáveis independentes que se revelaram estatisticamente significativas para o modelo foram o sexo feminino, o ambiente de prática de enfermagem, satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira e o tempo de serviço no hospital, no que respeita ao 1º nível, sendo o serviço de especialidades médicas relativamente ao 2º nível, conforme se comprova pela tabela n.º18.

O modelo com ordenadas aleatórias melhorou significativamente a variância explicada, verificando-se uma redução de 29,17 %. Tal facto indica que as variáveis permitem explicar alguma da variância observada da segurança dos cuidados nos serviços.

Em suma, quanto melhor for a qualidade do ambiente de prática de enfermagem, mais elevada satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, mais tempo de serviço no hospital e trabalhar em serviços de especialidade médicas melhora a perceção da segurança dos clientes por parte dos enfermeiros. Por outro lado, o sexo feminino diminui essa perceção. Cerca de 29% da variância atribuída à classificação a segurança dos clientes pode ser explicada pelo modelo apresentado. Um bom ambiente de prática de enfermagem aumenta a segurança dos clientes.

Tal resultado vai de encontro com a hipótese que testámos, revelando o impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem, na segurança dos clientes.

#### **4.2.4- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança**

Como referimos anteriormente, no sentido de reduzir a informação, a cultura de segurança foi analisada através de dois compósitos distintos, facto que ocasionará duas sub-hipóteses, cujos resultamos apresentamos de seguida.

**4.2.4.1- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, concretamente nas atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes;**

No que confere à variável atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes, recorreremos à regressão linear múltipla. Porém, o coeficiente de determinação obtido foi muito baixo para ser considerado um modelo com bom ajustamento, conforme vemos na tabela n.º 19.

**Tabela n.º19-** Sumário do modelo de regressão linear múltipla para a cultura de segurança: atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes.

Modelo	Correlação Múltipla	Coefficiente de determinação	Coefficiente de determinação ajustado	Erros padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	0,311 <sup>a</sup>	0,097	0,093	0,86491	1,849

a. Preditores: (Constante), Nº de Camas, D7 - Qual o seu grau de satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira? D6.b - Tem uma Especialidade de Enfermagem? D1 - Sexo, D9.b - Há quantos anos trabalha como enfermeiro neste hospital, Tipo de Serviço, Média do PES\_NWL\_Nível Enf  
Variável dependente: Média da Cultura de Segurança: Atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes\_Nível Enf

Assim, não foi possível aprofundar mais do que as correlações encontradas entre o ambiente de prática de enfermagem e as atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes, como apresentámos anteriormente, na tabela n.º 14. Deste modo, não foi possível validar esta sub-hipótese.

**4.2.4.2- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, concretamente nas atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes;**

Também para as atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes, utilizamos um modelo de regressão linear múltiplo. Porém, à semelhança da variável anterior o coeficiente de determinação obtido foi muito baixo para ser considerado um modelo com bom ajustamento, conforme vemos na tabela n.º 20.

**Tabela n.º20-** Sumário do modelo de regressão linear múltipla para a cultura de segurança: atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes.

Modelo	Correlação Múltipla	Coefficiente de determinação	Coefficiente de determinação ajustado	Erros padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	0,631 <sup>a</sup>	0,398	0,396	0,55364	1,861

a. Preditores: (Constante), Nº de Camas, D7 - Qual o seu grau de satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira? D6.b - Tem uma Especialidade de Enfermagem? D1 - Sexo, D9.b - Há quantos anos trabalha como enfermeiro neste hospital, Tipo de Serviço, Média do PES\_NWI\_Nível Enf

Variável dependente: Média da Cultura de Segurança: Atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes\_Nível Enf

Deste modo, não foi possível aprofundar mais do que as correlações encontradas entre o ambiente de prática de enfermagem e as atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes, como apresentámos anteriormente na tabela n.º 14. Facto que não permitiu validar também esta sub-hipótese.

Concluindo, não conseguimos reunir critérios de qualidade, em nenhuma das medidas da Cultura de segurança por nós determinada, para que a validação da hipótese fosse possível.

#### **4.2.5- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na perceção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de eventos adversos com os clientes**

Para a variável ocorrência de eventos adversos com os clientes, verifica-se que a variância da classificação atribuída entre os hospitais difere significativamente, tal como podemos verificar pelo modelo nulo (modelo 0) apresentado na tabela n.º 21. A variância entre os enfermeiros e a variância entre hospitais não são desprezíveis ( $Z_{Wald}=31,442$ ,  $p <0,001$ ;  $Z_{Wald}=3,218$   $p <0,05$ ).

**Tabela n.º21-** Modelo multinível para a ocorrência de eventos adversos com os clientes.

Efeito Fixo	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p
Ordenadas (Intercept)	1,337994	,041833	,000	2,773808	,230635	,000	2,670694	,261000	,000
Sexo (Feminino)				,009257	,045793	,840	-,008238	,045467	,856
Sexo (Masculino)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
Especialidade (Sim)				,059068	,047309	,212	,046723	,046803	,318
Especialidade (Não)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
T. Integral Hosp. (Sim)				-,238649	,144218	,098	-,283226	,143023	,048
T. Integral Hosp.(Não)				0 <sup>a</sup>	0	.	0 <sup>a</sup>	0	.
PES-NWI				-,269547	,055244	,000	-,244362	,055079	,000
Idade				-,014652	,004527	,001	-,013699	,004479	,002
Satisfação c/ carreira				-,027903	,024023	,246	-,034369	,023844	,150
Tempo serviço hosp.				,002513	,004898	,608	,005133	,004859	,291
S. Medicina							,252759	,119073	,034
S. Cirurgia							-,033081	,126439	,794
S. Ortopedia							-,000177	,122694	,999
S. Esp. Médicas							-,033239	,127702	,795
S. Esp. Cirúrgicas							-,066890	,126038	,596
S. Mistos									
Efeito aleatório									
Resíduos	,604568	,019228	,000	,586882	,019548	,000	,572196	,019068	,000
Ordenadas				,032312	,010650	,002	,036538	,012006	,002
Qual. Ajustamento									
-2LL		4731,391			4260,981			4217,990	
AIC		4737,391			4280,981			4247,990	
BIC		4754,201			4336,102			4330,671	

Confirmada a possibilidade de análise multinível, o modelo de referência mais apropriado para explicar a ocorrência de eventos adversos com os clientes é formado por 2 níveis (modelo 2), atestando-se a qualidade do ajustamento pela diminuição do valor do -2LL, AIC e BIC.

Variáveis independentes dos diferentes níveis foram integrados (conforme apresentado anteriormente no quadro n.º4), uma vez que a estimativa dos efeitos aleatórios (hospitais) foi sendo sempre significativa ( $Z_{Wald}=3,034$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{Wald}=3,043$ ,  $p < 0,05$ ;  $Z_{Wald}=3,011$ ,  $p < 0,05$ ).

A idade, o ambiente de prática de enfermagem e o trabalho a tempo integral no hospital foram as variáveis de 1º nível que se revelaram estatisticamente significativos para o modelo, sendo o serviço de medicina a variável de 2º nível. O modelo melhorou significativamente a variância explicada, verificando-se uma redução de 11,90 %. Tal facto indica que as variáveis permitem explicar alguma da variância observada da ocorrência dos eventos adversos com os clientes.

Em suma, o aumento da idade, trabalhar a tempo integral no hospital e melhor qualidade do ambiente de prática de enfermagem, baixa a perceção dos enfermeiros da ocorrência de eventos adversos com os clientes, de forma estatisticamente significativa. Por outro lado, trabalhar nos serviços de medicina aumenta a perceção da ocorrência dos mesmos eventos. Cerca de 12% da variância atribuída à classificação da ocorrência de eventos adversos com os clientes pode ser explicada pelo modelo apresentado, onde

os enfermeiros com melhores ambientes de prática têm menor ocorrência de eventos adversos com os clientes.

Assim, podemos afirmar que o ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de eventos adversos com os clientes, o que confirma a hipótese que pretendíamos testar.

#### 4.2.6- A qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a menor ocorrência de incidentes com os enfermeiros

A variância da classificação atribuída entre os hospitais à ocorrência de incidentes com os enfermeiros difere significativamente, tal como podemos verificar pelo modelo nulo (modelo 0) apresentado na tabela n.º 22.

A variância entre os enfermeiros e a variância entre hospitais não são desprezíveis ( $Z_{Wald}=32,164$ ,  $p < 0,001$ ;  $Z_{Wald}=3,086$   $p < 0,05$ ).

**Tabela n.º22-** Modelo multinível para a ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

Efeito Fixo	Modelo 0			Modelo 1			Modelo 2		
	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p	Estimativa	Erro-padrão	p
Ordenadas (intercept)	1,337762	,049468	,000	3,323640	,163694	,000	2,965148	,211268	,000
Sexo (Feminino)				,014524	,052998	,784	,004363	,052759	,934
Sexo (Masculino)				0ª	0	.	0ª	0	.
Especialidade (Sim)				,013331	,055402	,810	-,001550	,054951	,978
Especialidade (Não)				0ª	0	.	0ª	0	.
Satisfação c/ carreira				-,104874	,027997	,000	-,113309	,027822	,000
Tempo serviço enfermagem				-,017636	,005846	,003	-,016135	,005811	,006
Tempo serviço hospital				,001564	,006156	,800	,003625	,006105	,553
PES-NWI				-,626950	,064622	,000	-,596186	,064475	,000
S. Medicina							,476894	,135692	,000
S. Cirurgia							,187513	,143998	,193
S. Ortopedia							,263940	,139708	,059
S. Esp. Médicas							,143709	,145533	,324
S. Esp. Cirúrgicas							,187508	,143779	,192
S. Mistos							0ª	0	.
Efeito aleatório									
Resíduos	,905475	,028152	,000	,838270	,027310	,000	,821440	,026769	,000
Ordenadas				,037514	,013447	,005	,037981	,013705	,006
Qual. A justamento									
-2LL		5798,014			5133,399			5095,286	
AIC		5804,014			5151,399			5123,286	
BIC		5820,962			5201,411			5201,084	

Confirmada a possibilidade de análise multinível, o modelo que melhor explica a ocorrência de incidentes com os enfermeiros é formado por 2 níveis (modelo 2), verificando-se qualidade do ajustamento pela diminuição do valor do -2LL, AIC e BIC.

Para o modelo de referência com 2 níveis, as variáveis independentes significativas foram: satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, tempo de serviço de enfermagem e o ambiente de prática de enfermagem (1º nível), e o serviço de medicina no 2º nível.

O modelo melhorou significativamente a variância explicada, verificando-se uma redução de 34,48 %. Tal facto indica que as variáveis permitem explicar alguma da variância observada da ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

Em suma, quanto melhor qualidade de ambiente de prática de enfermagem, mais tempo de serviço enquanto enfermeiro e maior satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, mais baixo é o relato da ocorrência de incidentes com os enfermeiros. Por outro lado, trabalhar nos serviços de medicina aumenta a ocorrência dos mesmos incidentes. Cerca de 34% da variância atribuída à classificação da ocorrência de incidentes com os enfermeiros pode ser explicada pelo modelo apresentado. Um bom ambiente de prática de enfermagem diminui a ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

Deste modo, podemos afirmar que a qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem um impacto positivo na menor ocorrência de incidentes com os enfermeiros, o que confirma a hipótese que pretendíamos testar.

No sentido de sumariar os nossos resultados, apresentamos um quadro síntese das variáveis independentes significativas de cada uma das hipóteses/sub-hipóteses.

**Quadro nº5-Síntese das variáveis independentes significativas.**

Variável Dependente	Subvariáveis dependentes	Variáveis Independentes significativas										
		Ambiente de Prática de Enfermagem	Satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira	Tempo de serviço no Hospital	Sexo Feminino	Formação: especialidade tem	Trabalhar a tempo integral no hospital	Idade	Tempo de serviço de enfermagem	Serviço de especialidades Médicas	Serviço de Medicina	Serviço de especialidade cirúrgicas
Qualidade dos cuidados prestados	Qualidade dos cuidados prestados no serviço	↑	↑							↑		
	Capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta	↑	↑		↑					↓	↓	
	Confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros	↑	↑			↓				↓	↓	↓
Segurança dos clientes		↑	↑	↑	↓					↑		
Cultura de Segurança	Atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes <sup>8</sup>	↓										
	Atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes	↑										
Ocorrência de Eventos adversos com os clientes		↓						↓	↓		↑	
Ocorrência de Incidentes com os enfermeiros		↓	↓						↓		↑	

<sup>8</sup> Variável recodificada: discordo totalmente codificado com 1 foi recodificado com 5, o discordo codificado com 2 recodificado com 4, o Nem concordo nem discordo manteve a mesma codificação de 3, o concordo codificado com 4 foi recodificado com 2, e por fim, o concordo totalmente codificado com 5 foi recodificado com 1



## Capítulo 5 - Discussão dos Resultados

O estudo do ambiente de prática de enfermagem em Portugal não é inédito (Amaral *et al.*, 2012; Amaral & Ferreira, 2013; Ferreira & Amendoeira, 2014; Jesus, *et al.*, 2015), porém, emerge de forma bastante tardia relativamente a outros países (Kramer & Halner, 1989; Lake, 2002; Kramer & Schmalenberg, 2004).

Das análises realizadas em Portugal, os resultados anteriormente apresentados, são os que se suportam num número de participantes mais elevado, com uma abrangência não só em Portugal continental, mas também, das regiões autónomas, permitindo, deste modo, uma visão mais inclusiva do fenómeno em estudo.

Apesar do ambiente de prática de enfermagem ter sido estudado previamente em Portugal, o impacto deste sobre a qualidade e segurança dos cuidados, não.

Estudos a nível internacional identificaram fatores, concretamente o ambiente de prática de enfermagem, que podem melhorar a qualidade (Shen *et al.* 2011; Van Bogaert *et al.*, 2013; Van Bogaert *et al.*, 2010; Van Bogaert *et al.*, 2014; Coetzee *et al.*, 2013; Patrician *et al.*, 2010; You *et al.*, 2013, Aiken *et al.*, 2012) e segurança (Kirwan *et al.*, 2013; Coetzee *et al.*, 2013; Kelly *et al.*, 2013; Van Bogaert *et al.*, 2014, Smeds Alenius *et al.*, 2013; Aiken *et al.*, 2012) dos cuidados prestados. Tendo por base a referida evidência científica e a ausência da presente análise no país, bem como tratar-se de uma área que carece de intervenção, reconhecida internacionalmente (WHO, 2002; Doran *et al.*, 2011) e nacionalmente (MS, 2015), sendo, deste modo, alvo de diferentes debates e permanecendo no topo das agendas políticas, considerámos pertinente o presente estudo.

Segundo Kirwan *et al.* (2013), muitas das pesquisas, nesta área, desenvolveram-se a nível organizacional, pelo que as intervenções terão que ser ao mesmo nível, podendo revestir-se de estratégias de custos bastante elevados. Contudo, sabemos que cada serviço tem especificidades, não só pela própria especialidade clínica, como pelos fatores individuais dos enfermeiros, gerais dos serviços, ou mesmo da instituição, pela múltipla influência das partes no todo e do todo nas partes. Assim, o nosso estudo utilizou diferentes variáveis, de distintos níveis, a fim de examinar o impacto na

qualidade e segurança dos cuidados prestados, segundo a percepção dos enfermeiros. Procurámos identificar implicações que requeressem modificações de forma concreta e clara, recorrendo sempre que possível a uma análise que tivesse em consideração os diferentes níveis.

Considerámos que obtivemos uma taxa de resposta elevada (76,9%) quando comparada com estudos da mesma envergadura, internacionalmente (Patrician *et al.*, 2010; Kirwan *et al.*, 2013; Coetzee *et al.*, 2013; Aiken *et al.*, 2012). Este resultado poderá estar relacionado com a estratégia de colheita de dados (distribuição em papel), que segundo Sorra e Nieva (2004) aumenta a taxa de adesão.

A amostra, da população em estudo, não foi representativa da população teórica, pelo que o processo de generalização das conclusões não foi realizado a este nível, mas sim dos casos em concreto. Contudo, tal como descrito na metodologia, optámos pelo tratamento e análise conforme estudos do mesmo âmbito, com o objetivo de viabilizarmos o *benchmarking* dos resultados, apesar das diferenças nos sistemas de saúde e nas culturas dos países, cuja análise não coube neste trabalho.

O instrumento para medição do ambiente de prática de enfermagem apresentou boas propriedades psicométricas (*alfa de cronbach* = 0,903), tal como se tem verificado em outros países da Europa, Estados Unidos, Sul de África e Asia (Patrician *et al.*, 2010; Nantsupawat *et al.*, 2011; Anzai *et al.*, 2014; You *et al.*, 2013; Coetzee *et al.*, 2013; Kelly *et al.*, 2013; Kirwan, *et al.*, 2013; Smeds Alenius *et al.*, 2013; Aiken *et al.*, 2012).

A análise e interpretação dos resultados, anteriormente descritos, mostram que os ambientes de prática de enfermagem, nos serviços médico-cirúrgicos de adultos, dos hospitais portugueses são, na perspetiva dos enfermeiros, pouco favoráveis (Lake, 2002), de forma genérica. Concretamente, tal perspetiva é evidenciada, de forma mais pronunciada, na adequação dos recursos humanos e materiais, participação dos enfermeiros na governação interna dos hospitais e gestão, liderança e suporte dos enfermeiros.

Os resultados são contraditórios à realidades de outros países, como é o caso dos EUA, Canadá, Austrália, Suíça, etc. (Warshawsky & Havens, 2011; Kelly *et al.*, 2013; Patrician *et al.*, 2010; Desmedt *et al.*, 2012). Por outro lado, corroboram estudos anteriormente realizados em Portugal, apesar do âmbito mais restrito, como anteriormente referimos e citámos.

Todavia, apesar da grande variabilidade entre serviços e organizações, os dados sugerem que enfrentamos graves problemas no que respeita à qualidade do ambiente de prática de enfermagem em Portugal, e como aludimos previamente, este é um dos fatores com maior impacto na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Concretamente, os enfermeiros encontram-se satisfeitos com o que fazem e com as relações estabelecidas, porém consideram os recursos disponíveis para o fazer, a participação nas políticas hospitalares e o apoio da gestão e liderança, não favorável para continuar a desenvolver as suas funções.

Relativamente à qualidade dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços, constatámos que Portugal integra a variação apresentada nos restantes países da Europa, quanto à classificação de qualidade pobre ou razoável (Aiken *et al.*, 2012). O valor mínimo apresentado foi na Irlanda com 11% e o máximo na Grécia com 47%. É a Polónia que apresenta os resultados mais próximos (26%) de Portugal (22%). Porém, o mesmo não se verifica no que concerne ao grau de não confiança relativamente à capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta, onde a variação é entre 74% (Polónia) a 28% (Suécia), sendo este último muito contíguo do valor obtido em Portugal (29%).

No que respeita ao grau de não confiança, relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes identificados pelos enfermeiros, o valor máximo obtido foi na Grécia com 87% e o mínimo na Alemanha com 58% (Aiken *et al.*, 2012), pelo que constatámos que os enfermeiros portugueses estão mais otimistas (54%).

No que respeita a países integrados na União Europeia, apesar da Grécia ser dos países que expressa, de forma mais marcante, os problemas associados à qualidade dos cuidados prestados, Portugal não apresenta uma realidade muito distinta, podendo este facto estar associado às dificuldades económicas que ambos os países enfrentam. Dificuldades que conferem uma política de austeridade, a qual poderá acarretar prejuízos para os recursos materiais e humanos necessários, facto sustentado pelas subescalas do ambiente de prática de enfermagem classificadas desfavoravelmente.

Confrontando, os nossos resultados, com os de países não europeus, nomeadamente no Sul de África (Coetzee *et al.*, 2013), a qualidade é classificada de forma mais positiva nestes (20,7 % qualidade pobre ou razoável), encontrando-se também pouco confiantes relativamente à capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta (32,7 %), mas mais otimistas que Portugal na direção hospitalar

para resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes identificados pelos enfermeiros (44,9 %).

A tendência negativa continua a estar plasmada nos nossos resultados, no que diz respeito à segurança dos cuidados, integrada da mesma forma na variação europeia (4% Suíça; 18% Polónia), mas mais uma vez, incluída nos resultados mais desfavoráveis (11%), constando-se apenas a Suécia com o mesmo valor, a Grécia e a Polónia com valores mais elevados (Aiken *et al.*, 2012).

Atendendo à definição de cultura de segurança (MS, 2015) e aos cinco atributos desta, a serem operacionalizados pelos intervenientes na prestação de cuidados de saúde, mencionados na estrutura conceptual da classificação internacional sobre a segurança (DGS, 2011) e particularizando o atributo: promoção da identificação, da comunicação e da resolução de questões de segurança, consideramos preocupante as percentagens obtidas no *nem concordo nem discordo*, dos diferentes itens que medem a cultura de segurança. Como mostrámos, todos os itens apresentam pelo menos um sexto das respostas nesta opção, sendo que quatro apresentam mesmo valores muito próximos ou superiores a um quarto. Refletindo nestes valores neutros, como poderá ser possível a promoção da identificação, se não é concreta a opinião dos enfermeiros? Que produtos de valores individuais e de grupo, que compromisso, que responsabilidade para com eles próprios, colegas e clientes, existe?

Considera-se que o fenómeno é indicador da necessidade de melhorias nesta área. Um trabalho árduo é necessário ser promovido, perante os resultados negativos obtidos, pois como anteriormente exposto, não é a ausência de liberdade para questionar os superiores, a ausência de *feedback* das alterações para eliminar os eventos adversos, e ausência de discussão de formas de impedir os erros, que conduzem à segurança dos clientes. Afigura-se-nos que problemas de comunicação estão na base da problemática, sendo os nossos resultados corroborados pelo relatório da segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais, publicado em 2015, que conclui que a cultura de segurança ainda não é assumida como uma prioridade, quer pelos profissionais quer pelas organizações de saúde. Assume-se, ainda, no mesmo relatório, oportunidade de melhoria associada: ao erro não punitivo, às dotações de profissionais e à frequência das notificações. Diligências estão a ser executadas atualmente nesta área, regulamentadas pelo plano nacional para a segurança dos doentes, com vista a introduzir mudanças nos comportamentos para melhores níveis de segurança (MS, 2015).

Confrontando com os resultados da Suécia (Smeds Alenius *et. al.*, 2013), uma vez, que apresenta a mesma classificação que Portugal relativamente à segurança, constata-se que ambos os países apresentam a mesma tendência de resultados no que respeita à cultura de segurança.

A ocorrência de eventos adversos com os clientes e dos incidentes com os enfermeiros, em Portugal, identificada pelos enfermeiros é reduzida, mas vai de encontro com os resultados obtidos internacionais por Van Bogaert *et al.* (2014), note-se que não nos referimos à notificação formal do evento, mas sim ao relato da ocorrência pelos enfermeiros.

Relatos nulos e/ou algumas vezes por ano ou menos, de erros de medicação, infeções associadas aos cuidados de saúde, quedas, agressões verbais e queixas por clientes e/ou família são mencionados por metade ou mais dos enfermeiros.

Relativamente, à ocorrência de eventos adversos com os clientes, sabemos que é sem dúvida uma utopia anular a sua incidência. Contudo, conscientes que o erro ocorre por múltiplos fatores, e tendo presente evidência científica que comprova a influência da qualidade do ambiente de prática de enfermagem na ocorrência dos mesmos (Kelly *et al.*, 2013), permitindo-nos prevenir o evento, importa melhorar a cultura associada.

Conhecer a frequência, causa e impacto é sem dúvida uma parte fundamental no processo de melhoria da segurança do cliente, já com diligências realizadas no nosso país, adjacentes aos resultados obtidos pelo estudo realizado para a avaliação da cultura de segurança e plasmadas no plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020 (MS, 2015).

Apesar de ser distinto, considerámos ser legítimo sustentar reflexivamente o paralelismo entre a classificação da ocorrência de eventos adversos com os clientes e de incidentes com os enfermeiros, com a conhecida subnotificação nacional e internacional (MS, 2015). E porquê este facto? Pela análise dos resultados da cultura de segurança apenas cerca de 27% dos enfermeiros discordam/discordam totalmente que os erros são usados contra eles, o que nos preocupa bastante, e faz cair por terra a premissa da aprendizagem com o erro. Contudo, a discussão das formas de impedir que os erros se repitam, no serviço, é alvo de uma concordância elevada no presente estudo, o que nos conduz para o debate, partilha e troca de experiência entre pares de forma circunscrita, não permitindo, porém, identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades das organizações como um todo, possibilitando a visão sistémica da segurança ao cliente, de forma a fundamentar as decisões estratégicas. Tal desmotivação poderá também estar

associada à ausência de feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos que contactámos neste estudo, onde apenas 40 % dos enfermeiros referem tê-lo ou por apenas cerca de 36 % dos enfermeiros concordarem/concordarem totalmente que a gestão ao nível hospitalar tem a segurança do doente como prioridade máxima.

Cumprindo uma das etapas do nosso estudo, (descrever a realidade em que vivemos), propusemo-nos ir mais além e desocultar as relações previstas entre as variáveis.

Verificámos que os nossos resultados são consistentes com os anteriormente referenciados, de que a qualidade e segurança dos cuidados estão associadas à qualidade do ambiente de prática de enfermagem.

Reconhecendo que os enfermeiros interagem com a equipa do serviço a que pertencem, influenciando as propriedades da mesma, que por sua vez pode influenciar os comportamentos dos enfermeiros que pertencem a esta, bem como que a equipa do serviço interage com outras equipas de outros serviços do hospital, influenciando as propriedades deste, que por sua vez pode influenciar os comportamentos dos serviços que pertencem ao hospital, priorizamos na análise uma estrutura hierárquica que foi organizada em diferentes níveis: enfermeiro (nível 1), serviço (nível 2) e hospital (nível 3), sempre que os pressupostos estivessem reunidos, o que se verificou para as variáveis dependentes: qualidade dos cuidados prestados (exceção da subvariável- confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros), segurança dos clientes, ocorrência de eventos adversos com os clientes e de incidentes com os enfermeiros.

Das diferentes variáveis integradas nos modelos, nem todas se constituíram como significativas, porém gostaríamos de exaltar a presença constante do ambiente de prática de enfermagem, ao nível 1. Também a satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira (nível 1) está presente em quase todos os modelos multinível com exceção do obtido para a ocorrência de eventos adversos com os clientes.

Não foi possível comprovar o efeito da variável de 3º nível nos modelos. Uma das possíveis causas poderá estar relacionado com o número de organizações hospitalares em estudo, uma vez que Kirwan *et al.* (2013) consideram 30, um número pequeno, facto que justificou a não utilização deste nível no estudo que realizaram.

Como apresentámos anteriormente, no quadro n.º 3, a variável de 3º nível (numero de camas) foi utilizada por Aiken *et. al.* (2012) como controlo, de facto com um número de hospitais muito mais elevado, mas sem ser uma abordagem multinível.

Todavia atendendo ao número de organizações no nosso país, e que algumas das participantes no presente estudo são “centros hospitalares” considerámos a amostra razoável.

Deste modo, questionamo-nos se para este tipo de análise não existirão outras variáveis que assumam uma maior relevância do que a dimensão do hospital, podendo-se explorar, em termos futuros, por exemplo, as variáveis *Status teaching* e *High technology*, envolvidas em estudo anteriores (Aiken *et. al.* 2012), porém atendendo à indisponibilidade de dados aquando a colheita, não foi possível considerar no presente estudo.

O impacto do ambiente de prática de enfermagem, apesar de associado a outras variáveis de nível 1, é positivo para quase todas as variáveis em estudo. Apenas não conseguimos confirmar o referido impacto na cultura de segurança.

Considerando o rigor da análise neste estudo, pelos modelos multinível que procurámos construir, e atendendo que análises com esta metodologia não foram identificadas, os resultados apresentados são consistentes com os previamente obtidos na bibliografia internacional, apesar da maioria utilizar como método de análise modelos lineares ou categoriais.

Este estudo, para além de apresentar a realidade portuguesa, não antes desenhada, trouxe de novo, aos resultados internacionais, uma variável independente significativa a qual se centra na satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira em associação com o ambiente de prática de enfermagem (ao nível 1), enquanto variáveis independentes significativas em quase todas as variáveis em estudo.

Temos presente que o conceito de satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira não é simples e que diferentes fatores poderão estar associados ao mesmo. Todavia, considerando a vida profissional vital para a realização pessoal, a satisfação na sua realização será essencial para uma sociedade melhor e no caso particular uma motivação mais elevada para o desempenho das funções. Comprovámos, pelos nossos resultados o efeito da satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, considerando que esta evidência adquire especial destaque no âmbito da Enfermagem, na medida em que poderá influenciar diretamente, ora de forma negativa, ora de forma positiva, a perceção de aspetos relacionados com a profissão e a qualidade

dos cuidados, facto pelo qual integrámos a referida variável. Contudo apesar de significativa, esta variável, quando simultaneamente considerada, com o ambiente de prática de enfermagem, o mesmo continua a ter de modo pronunciado, o maior impacto.

O resultado da construção dos nossos modelos mostram consistência com a ideia que a segurança e a qualidade dos cuidados é melhorada por via de um ambiente de prática de enfermagem favorável, especificamente ao nível individual (nível 1).

Não obstante a literatura referida ao longo deste trabalho, bem como os nossos resultados, pouco se tem valorizado o ambiente de prática de enfermagem nas organizações de saúde do nosso país, apesar das estratégias para a melhoria contínua dos cuidados, em implementação.

Identifica-se, deste modo, a necessidade de compreender a realidade referida e as justificações para a presente situação que pode comprometer a qualidade e segurança dos cuidados, de forma considerável, sendo uma estratégia reconhecida com um custo relativamente baixo (Aiken *et al.*, 2012). Assim, as organizações de saúde deverão responsabilizar-se por assegurar ambientes favoráveis à prestação de cuidados, onde seja reconhecido um ambiente promotor da adequação de recursos humanos e materiais, participação efetiva dos enfermeiros na governação interna das organizações, existência de fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados, gestão, liderança e suporte aos Enfermeiros e boas relações entre os diferentes grupos profissionais, particularmente entre médicos e enfermeiros (Lake, 2002).

Considerando que ambientes desfavoráveis, como os encontrados por nós, são geradores de constrangimentos da prática clínica (Lake, 2002) e tendo em conta que longos períodos de tensão profissional afetam as relações pessoais e aumentam o tempo de baixa por doença, conflito, insatisfação profissional, rotatividade e ineficiência (Baumann, 2007), gostaríamos de destacar alguns resultados com maior pormenor.

Constata-se a importância do tempo de serviço nos hospitais para a melhoria da segurança dos cuidados, pois quanto mais tempo melhor a segurança. Se aliarmos este achado com o do ambiente de prática de enfermagem e a satisfação com a escolha da carreira para a mesma variável, comprova-se que também em Portugal há necessidade de manter os enfermeiros satisfeitos profissionalmente, a trabalhar em ambientes de prática favoráveis e o maior tempo possível de serviço no hospital.

Os referidos desígnios permitirão obter forças de trabalho com interesse em desenvolver competências individuais, conduzindo a melhores resultados nos clientes,

concretamente melhorará a segurança, tal como comprovámos com a validação da terceira hipótese.

Ambientes que potenciam a prática clínica e enfermeiros satisfeitos com a escolha da carreira aumentam a qualidade dos cuidados prestados no serviço. Pensamos que tal irá encorajar a força de trabalho na busca contínua da qualidade, atendendo aos resultados obtidos pela validação da segunda hipótese. O mesmo se verifica para a capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta.

Apesar de na literatura a formação ser identificada como preditor para alcançar alta qualidade (Aiken *et al.*, 2008) e melhores níveis de segurança (Kirwan *et al.*, 2013) os nossos modelos não comprovaram esse efeito para a amostra em estudo. Verdade que, por nossa conveniência, desviámos um pouco a conceptualização da formação, o que poderá justificar este resultado distinto dos dados internacionais, confirmando-se então que ter ou não uma especialidade em enfermagem não assume significado na qualidade e segurança dos cuidados prestados em Portugal, com excepção para a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros.

Aliada aos ambientes de prática de enfermagem e satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira, que aumentam a confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros, a formação revelou-se com um efeito contrário. Estes resultados sugerem-nos que condições que potenciam a prática clínica conduzem à confiança na direção hospitalar, validado pela segunda hipótese estudada, porém quanto melhor o conhecimento, aptidão e atitudes para a aprendizagem, menor essa confiança. Julgamos que este fato poderá estar relacionado com o crescer do conhecimento que acontece com o aumento da formação, permitindo, por exemplo, compreender melhor a complexidade associada aos problemas e dificuldades inerentes à sua solução, atendendo ao quadro de políticas e estratégias em uso para as organizações de saúde.

Num contexto clínico diferente, comprovámos à semelhança de Kelly *et al.* (2013) que ambientes favoráveis minimizam a ocorrência de eventos adversos, através do modelo obtido, validando a quinta hipótese, logo condições que potenciam a prática clínica serão preventivas da ocorrência de eventos adversos com os clientes. No mesmo modelo foi integrado o trabalhar a tempo integral no hospital e a idade, verificando-se também o efeito de redução de eventos adversos. Uma maior disponibilidade para a organização e mais maturidade permite evoluir no nível de perícia clínica (Benner,

1984). Os dois elementos referidos permitirão um equilíbrio entre o conhecimento formal e prático, o que facilitará junto com o ambiente de prática de enfermagem favorável tomar decisões críticas em situações complexas, antevendo de forma a prevenir, o evento adverso.

Relativamente aos incidentes com os enfermeiros, ambientes favoráveis, enfermeiros satisfeitos com a carreira e mais tempo de serviço na enfermagem explicam a menor ocorrência de incidentes, validando a nossa sexta hipótese. Facto é que o tempo de serviço de enfermagem também contribui para o desenvolvimento da perícia clínica à semelhança das variáveis idade e trabalho integral no hospital, mas pelo método que usámos para integrar as variáveis independentes não foram incluídas na análise desta variável.

Atendendo às variáveis que se revelaram significativas, que acabámos de descrever para os diferentes modelos, confirmámos a evidência existente que o ambiente de prática favorável, a satisfação com a escolha da carreira e níveis mais altos de perícia clínica são responsáveis pela qualidade e segurança dos cuidados.

Os resultados obtidos para a cultura de segurança, verificaram-se no sentido esperado, todavia apenas foi possível explorar as correlações, não se conseguindo comprovar o impacto do ambiente de prática de enfermagem na cultura de segurança (quarta hipótese), pela ausência de critérios de bom ajustamento dos modelos, tal como tínhamos anteriormente enunciado nesta discussão.

As correlações obtidas vêm mostrar um dos possíveis caminhos a ser seguido pelos gestores, considerando que a promoção de ambientes favoráveis à prática de enfermagem estão associados a níveis adequados de cultura de segurança.

Atendendo aos resultados obtidos pelas variáveis de segundo nível significativas nos modelos, maioritariamente identificam-se os serviços de especialidades médicas e medicina, levanta-se-nos uma questão: porquê do tipo médico e não cirúrgico? Não deveriam, estes últimos confirmar-se como promotores de qualidade e segurança de forma significativa, face ao projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas” estabelecido pela OMS em 2007 (DGS, 2015)? Outra questão que poderá ser aprofundada futuramente.

E porquê serviços do tipo médico a assumir significância nos modelos? Os nossos resultados confirmam que genericamente encontramos contributos despromotores da qualidade e segurança dos cuidados por este tipo de serviços. Refletindo nos nossos resultados, onde comprovámos o impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem sobre a qualidade e segurança dos cuidados, e atendendo aos

resultados de Jesus *et al.* (2015) onde os serviços de medicina, surgem como sendo os que possuem, na globalidade, piores ambientes de prática, parece-nos que a resposta à questão anterior emerge da tradicional menor atenção dispensada pelos responsáveis organizacionais a este tipo de serviços, por natureza mais exigentes do ponto de vista dos clientes e dos profissionais.

Não obstante as questões levantadas nesta discussão, todos os nossos resultados poderão ser aprofundados com uma análise concreta do impacto de cada uma das subescalas do ambiente de prática de enfermagem nas nossas variáveis dependentes. A referida análise não coube no presente trabalho pelo limite temporal em que este decorreu e por ultrapassar as metas definidas para o mesmo, porém lança novos desafios para trabalhos futuros, permitindo uma decomposição do fenómeno em vez da análise pela totalidade como nós fizemos, possibilitando talvez uma compreensão mais profunda das relações estabelecidas.



## Capítulo 6 - Das implicações às sugestões

Sem prejuízo das mais-valias que o presente estudo disponibiliza para as instituições de saúde participantes e não só, proporcionando evidência científica que fomenta e justifique o desenvolvimento de políticas de orientação e decisão de gestão, em Portugal, que garantam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos clientes através da promoção de ambientes de prática de enfermagem favoráveis, podemos identificar algumas limitações a considerar e que se revestirão de sugestões para trabalhos futuros.

O reconhecimento de se tratar de uma investigação transversal, permitindo examinar os indivíduos, num determinado momento apenas, inviabilizando, deste modo, a possibilidade de avaliar as mudanças que foram surgindo ao longo do tempo, estabelecendo relações e diferenças entre as variáveis, é assumida como uma limitação. Consideramos que esta poderá adotar um cariz importante, uma vez que como descrevemos, ao longo do estudo teórico, diferentes medidas estratégicas foram tomadas no país de forma a melhorar a qualidade clínica e organizacional das instituições de saúde, através do aumento da responsabilização pela qualidade de todos os patamares do sistema e aumento do envolvimento dos profissionais e das lideranças. Todavia, sendo este um trabalho académico, com um limite temporal definido, a decorrer simultaneamente com a vida pessoal e profissional da investigadora, foi o tipo de estudo que considerámos mais viável para a sua realização. Atendendo ao exposto sugere-se a realização de estudos longitudinais, de casos de sucesso/ insucesso nestes e noutros contextos de cuidados, possibilitando assim analisar as variações nas características das organizações em estudo.

Apesar da taxa de resposta obtida ter sido elevada, a amostra estudada não é representativa do Universo, pelo que a extrapolação das conclusões não pode ser feita com confiança para este, apenas para a amostra em causa, uma vez que como apresentámos, seguimos todos os procedimentos de análise de pressupostos para os testes estatísticos elaborados. Deste modo, sugere-se para estudos futuros a organização

de um microcosmo do Universo enquanto amostra ideal e representativa, permitindo então a extrapolação das conclusões.

Uma outra limitação, é o estudo basear-se em respostas dos indivíduos, com base nas percepções dos mesmos, podendo conferir alguma subjetividade pelos fatores que a influenciam. Todavia, no sentido de ultrapassar a referida limitação, diferentes variáveis que caracterizassem os enfermeiros e/ou que fossem importantes na compreensão do ambiente de prática de enfermagem foram introduzidas nos modelos.

O método utilizado na integração das mesmas poderá consubstanciar outra limitação, se por um lado, diminuía a subjetividade da percepção, por outro, aumenta a complexidade de interpretação dos modelos. Não obstante a referida complexidade, ainda algumas variáveis foram omitidas dos modelos, podendo ter um papel a desempenhar na explicação das variáveis dependentes, no entanto, como verificámos pela discussão dos resultados, os dados de Portugal vão de encontro com pesquisas anteriores em outros países. Por conseguinte, sugere-se a análise de novos modelos, com variáveis distintas das usadas neste estudo.

Conseguimos validar todas as hipóteses, com excepção da hipótese *a qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança*.

Nem sempre foi possível a abordagem multinível, de forma a trazer mais subsídios para o conhecimento produzido com este estudo, identificando características dos diferentes níveis que deverão ser promotores e salvaguardar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Apesar das limitações associadas à generalização dos resultados, que referimos anteriormente, com este estudo fica documentado a realidade em que vivemos, bem como as relações previstas entre o ambiente de prática de enfermagem e as variáveis dependentes associadas à qualidade e segurança dos cuidados.

Como implicações para a Enfermagem, temos a determinação de como estas variáveis estão relacionadas, ajudando à compreensão sobre qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados que são prestados aos clientes, foco das actuais agendas dos profissionais de saúde, face à crescente pressão para alcançar altos nível de qualidade e eficiência.

Considerando o presente estudo como o embrião do que se poderá explorar sobre ambientes de prática de enfermagem, qualidade e segurança dos cuidados em

Portugal, o mesmo proporciona evidência científica robusta, e no mesmo sentido do encontrado a nível mundial, para a gestão de serviços e prática clínica de enfermagem.

Na ótica da gestão, modelos de planeamento e gestão dos ambientes, recursos e cuidados poderão ser construídos/restruturados de forma fundamentada, face à evidência científica encontrada. Uma maior participação dos enfermeiros na governação hospitalar é igualmente requerida, tal como adequação de recursos humanos e materiais, e uma gestão, liderança e suporte efetivo dos enfermeiros, para alcançar melhores níveis de qualidade e segurança dos cuidados.

Por outro lado, os resultados contribuem para a valorização da enfermagem, enquanto profissionais integrantes no processo de prestação direta de cuidados, onde as condições inerentes ao exercício profissional (ambiente de prática de enfermagem) são determinantes para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Para os decisores políticos, os resultados fundamentam uma estratégia de baixo custo (Aiken *et al.*, 2012), ética requerida para intervenção adequada face aos resultados e impactos conhecidos e evidenciados pelo presente estudo. Todavia, estudos que utilizem dados da experiência dos clientes e seus resultados clínicos, poderão ser também desenvolvidos, a par da percepção dos enfermeiros, proporcionando subsídios para o conhecimento produzido com este estudo pelos diferentes intervenientes na dinâmica da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Não obstante o apresentado, a descrição de como o fenómeno decorre em Portugal, trará também diferentes implicações para a investigação, abrindo e /ou possibilitando aprofundar novas pesquisas sobre a teia de relações estabelecidas no presente estudo. No que diz respeito ao ensino, consideramos pertinente a integração dos nossos resultados nos planos de estudo dos cursos de licenciatura, permitindo desde a formação base, a consciencialização da importância do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos clientes, perspetivando o desenvolvimento de capacitações com uma abordagem holística aquando a prática clínica num contexto complexo de práticas, onde diferentes profissionais interagem para a mesma finalidade, o cuidado ao cliente.



## Conclusões

O culminar deste percurso permite reforçar a imperiosa aliança necessária entre a prática clínica e a gestão da enfermagem, para que a finalidade seja alcançada, por via da qualidade. Se por um lado os enfermeiros têm responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde, por outro, os gestores, enfermeiros ou não, devem procurar fundamentar as estratégias delineadas nesses contributos.

Sensíveis à crescente pressão para alcançar alto nível de qualidade e eficiência, e reconhecendo a importância do ambiente de prática como fator que potencia ou constrange a prática profissional, desenvolveu-se o presente estudo, de forma a identificar qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes. Assume-se que a qualidade está intimamente ligada à segurança dos cuidados, como uma garantia do sistema de saúde Português, onde uma das componentes críticas da gestão dessa qualidade e dos cuidados de enfermagem, é a segurança dos clientes.

Diversos estudos internacionais produziram evidência científica que nos permite afirmar que um ambiente de prática de enfermagem favorável e algumas características dos enfermeiros, produzem melhores resultados relativos à qualidade e segurança dos cuidados prestados aos clientes.

Sendo incipiente a análise das diferentes variáveis da problemática no nosso país, não se tendo identificado estudos que as relacionassem, e assumindo a relevância e pertinência atual do fenómeno, considerámos conveniente retratar a realidade portuguesa (estudo descritivo). Deste modo, iniciámos identificando a perceção dos enfermeiros no que diz respeito ao ambiente de prática de enfermagem, qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, ocorrência de eventos adversos com os clientes e ocorrência de incidentes com os enfermeiros. Após a referida análise, procurámos validar diferentes hipóteses que responderiam às questões de qual o impacto do ambiente de prática de enfermagem na qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, ocorrência de eventos adversos com os clientes, e ocorrência de incidentes com os enfermeiros. Face aos resultados obtidos pela revisão sistemática, por nós levada a cabo, considerámos adequado validar o

impacto positivo do ambiente de prática de enfermagem sobre a qualidade dos cuidados prestados, segurança dos clientes, cultura de segurança, menor ocorrência de eventos adversos com os clientes e menor ocorrência de incidentes com os enfermeiros.

O ambiente de prática de enfermagem foi avaliado pela PES-NWI, constituída por 31 itens agrupados em 5 fatores: participação dos enfermeiros na governação interna do hospital; fundamentos de enfermagem para a qualidade dos cuidados; gestão, liderança e suporte dos enfermeiros; adequação de recursos humanos e materiais; e, relação entre médicos e enfermeiros.

As variáveis dependentes foram avaliadas por itens únicos ou compósitos, perseguindo as metodologias utilizadas a nível internacional.

Os dados foram emergentes da replicação do estudo RN4Cast em Portugal, sendo integrados 2188 enfermeiros, dos 2235 que responderam, pelos critérios de inclusão definidos, correspondendo a 30 organizações hospitalares.

A maioria das organizações tem número inferior a 500 camas e pertence à ARS Norte, variando de forma particamente idêntica entre as especialidades cirúrgicas e médicas. O tipo de serviços que responderam em maioria foram as medicinas.

A idade média dos participantes no estudo foi de 34,6, (8,0) variando entre os 22 e os 61 anos, sendo a maioria do sexo feminino. Ainda relativamente à idade, mas concretamente à idade de quando começou a trabalhar, verificámos que a maioria dos enfermeiros começou com 22 anos e que o tempo de serviço oscila entre os 55 anos e cerca de 6 meses, tendo praticamente todos realizado a formação básica de enfermagem em Portugal, de nível licenciatura. Todavia dos enfermeiros que responderam, nem um quarto tem especialidade em Enfermagem.

Maioritariamente os enfermeiros trabalham a tempo inteiro no hospital em que responderam ao questionário, variando o tempo de serviço entre meses e 39 anos, onde cerca de um quarto trabalha também em outros locais.

A qualidade do ambiente de prática de enfermagem é percebida pelos enfermeiros em média como desfavorável, segundo Lake (2002), e mista, segundo Lake e Friese (2006).

No que concerne à qualidade dos cuidados prestados nos serviços, quase um quarto dos enfermeiros descreve a mesma como razoável/pobre; um pouco mais que um quarto está nada/pouco confiante relativamente à capacidade dos clientes para a gestão de cuidados após a alta; e mais de metade está nada/pouco confiante relativamente à

forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes reportados pelos enfermeiros.

A segurança dos clientes nos serviços, ainda é percecionada como pobre/com falhas, por cerca de 11,1%, mas nem metade a considera muito boa/excelente.

Um campo vago, associado à cultura de segurança, foi encontrado onde a maioria dos enfermeiros não concorda nem discorda dos fatores que a constituem. Analisando os itens individualmente, cerca de um terço dos enfermeiros concorda/concorda totalmente que frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno são perdidas e discorda/discorda totalmente que as intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima. Perto de metade dos enfermeiros concorda/concorda totalmente que há aspetos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços, concorda/concorda totalmente que recebem *feedback* sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos, porém na mesma proporção, não sente liberdade para questionar as decisões ou ações dos seus superiores. Apenas um oitavo discordam/discordam totalmente que são discutidas formas de impedir que os erros se repitam.

A percepção da ocorrência de eventos adversos e incidentes com os enfermeiros referida pelos mesmos é reduzida.

A análise inferencial e predictiva, por modelos multinível e de regressão categorial permitiu validar as nossas hipóteses, confirmando-se o impacto positivo do ambiente de prática em todas as variáveis do estudo, com excepção da hipótese *a qualidade do ambiente de prática de enfermagem tem impacto positivo na percepção dos enfermeiros sobre a cultura de segurança*. As principais conclusões são:

- A qualidade dos cuidados prestados no serviço pode ser explicada por variáveis de nível 1 (ambiente de prática de enfermagem e satisfação com a escolha da enfermagem como carreira) e de nível 2 (serviço de especialidades médicas), estas variáveis contribuem significativamente para o aumento da qualidade dos cuidados prestados no serviço.
- A classificação atribuída à capacidade de gestão de cuidados pelos clientes após a alta pode ser explicada pelo modelo obtido. No modelo multinível identificou-se variáveis de nível 1 (ambiente de prática de enfermagem, satisfação com a escolha da enfermagem como carreira e sexo feminino) que aumentam a

classificação desta variável, e variáveis de nível 2 (serviço de especialidades médicas, serviço de medicina) que diminuem a classificação da mesma;

- Comprovámos que diferentes variáveis independentes afetavam as probabilidades da classificação atribuída à confiança relativamente à forma como a direção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos clientes reportados pelos enfermeiros. O ambiente de prática de enfermagem e a satisfação com a escolha da enfermagem como carreira, que aumentam a confiança na direção hospitalar de resolução de problemas; por outro lado, possuir especialidade e os serviços de medicina, especialidades médicas e cirúrgicas diminuem a referida classificação;
- A segurança dos clientes foi explicada pelas variáveis: ambiente de prática de enfermagem, satisfação com a escolha da enfermagem como carreira e tempo de serviço no hospital (nível 1) e pelo serviço de especialidades médicas (nível 2) que aumentam a classificação desta variável; o sexo feminino (nível 1), diminui a percepção sobre a segurança dos clientes;
- Observámos uma correlação positiva moderada entre o ambiente de prática de enfermagem e as atitudes e comportamentos esperados para a segurança dos clientes, por outro lado, uma correlação negativa fraca entre o ambiente de prática de enfermagem e as atitudes e comportamentos não esperados para a segurança dos clientes foram encontradas;
- A classificação da ocorrência de eventos adversos com os clientes pode ser explicada pelo modelo obtido, o qual confirma que variáveis de nível 1 (ambiente de prática de enfermagem, trabalhar a tempo integral no hospital e idade) diminuem a classificação desta variável, por outro lado, variáveis de nível de serviço (serviço de medicina) aumentam a classificação da mesma;
- A ocorrência de incidentes com os enfermeiros pode ser explicada, por variáveis de nível 1 (ambiente de prática de enfermagem, satisfação com a escolha da enfermagem como carreira e tempo de serviço de enfermagem) que diminuem a classificação desta variável, por outro lado, a variável de nível 2 (serviço de medicina) aumenta a classificação da mesma.

De forma mais marcante é o ambiente de prática de enfermagem e a satisfação com a escolha da enfermagem como carreira, as variáveis de primeiro nível que contribuem para a explicação da qualidade e segurança dos cuidados aos clientes, sendo

os serviços de especialidades médicas e os de medicina as variáveis de segundo nível com maior relevância. Não se provou a relações com a variável de terceiro nível. De exaltar a importância do ambiente de prática de enfermagem, que foi a única variável independente que se constituiu sempre como significativa para as variáveis dependentes em análise, confirmando-se o impacto positivo do mesmo na qualidade e segurança dos cuidados.

O desafio que se coloca no final deste estudo é o da necessidade de uma imediata intervenção ao nível dos ambientes de práticas de enfermagem, pela qualidade percebida dos mesmos e significância do respectivo impacto evidenciado na qualidade e segurança dos clientes. Uma atenção especial pode ser conduzida para os serviços de medicina, uma vez que são nestes onde aspetos quer da qualidade, quer da segurança estão mais diminuídos. Um padrão misto é encontrado para os serviços de especialidades médicas, pois tanto contribuem para o aumento como para a diminuição de aspetos da qualidade dos cuidados, como por outro lado, aumentam a segurança, assim, casos positivos e negativos devem em futuras investigações ser aprofundados.

A evidência produzida deve ser integrada nas práticas pelas decisões estratégico-políticas que fomentem ambientes de prática de enfermagem favoráveis, uma vez que comprovámos, que potenciam a prática ao nível da qualidade e segurança dos clientes. Deste modo, seguiremos a monitorização/avaliação, bem como a publicitação deste ambientes no *benchmarking* dos indicadores do Serviço Nacional de Saude.



## Referências Bibliografias

Aiken, L. H., Clarke, S., Sloane, D.M., Lake, E.T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38, 223-9.

Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., ... & Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *Bmj*, 344, e1717.

Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.

Al-Ateeq, E. A. (2008). *The relationship between registered nurses' perceptions of their work environment and their perceptions of patient safety culture*. GEORGE MASON UNIVERSITY.

Alspach, G. (2009). Craft your own healthy work environment: Got your BFF?. *Critical care nurse*, 29(2), 12-21.

Amaral, A. (2013) *A afetividade dos cuidados de saúde*. Comunicação apresentada nas jornadas de cardiologia de santarém. Acedido em 5 de Março de 2015 em <http://livrozilla.com/doc/783264/fernando-amaral>

Amaral, A. F. S. (2014). Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade. Tese de Doutoramento em Organização e gestão de Empresas, Universidade de Coimbra

Amaral, A., & Ferreira, P. (2013). Influência do ambiente da prática nos resultados dos cuidados de enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 5(2), 66-74.

Amaral, A.F.S., Ferreira, P.L., & Lake, E. (2012). Validation of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) for the Portuguese nurse population. *International Journal of Caring Sciences*, 5(3), 280.

American Psychological Association (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6.<sup>a</sup> edição). Washington: American Psychological Association.

Anzai, E., Douglas, C., & Bonner, A. (2014). Nursing practice environment, quality of care, and morale of hospital nurses in Japan. *Nursing & Health Sciences*, 16(2), 171–178.

Ballardin, L., Franz, L. A., Saurin, T. A., & Maschio, A. (2008). Análise das interfaces entre modelos causais de acidentes: um estudo de caso em atividades de manutenção de um complexo hospitalar. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 12(27), 835-852.

Baumann, A. (2007). Promover Ambientes favoráveis à prática. *Enfermagem e o cidadão–Jornal da Secção do Centro da Ordem dos Enfermeiros*, (12), 13-14.

Benner, P. (1984). From Novice to Expert: Excellence and Power in *Clinical Nursing Practice*. Addison Wesley Publishing, New York.

Brouwer, B. J. M., Kaljouw, M. J., Kramer, M., Schmalenberg, C., & Achterberg, T. V. (2014). Measuring the nursing work environment: Translation and psychometric evaluation of the Essentials of Magnetism. *International nursing review*, 61(1), 99-108.

Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. (2010). A qualidade dos cuidados e dos serviços. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. Universidade de Lisboa

Cardoso, A. P. S. (2012). *Resultados dos cuidados de enfermagem em serviços de agudos de um hospital*. Dissertação de Mestrado gestão e Economia da Saúde, Universidade de coimbra, Coimbra.

Coetzee, S. K., Klopper, H. C., Ellis, S. M., & Aiken, L. H. (2013). A tale of two systems-Nurses practice environment, well being, perceived quality of care and

patient safety in private and public hospitals in South Africa: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 162–173.

Costa, P. L. (2013). A Qualidade: a evolução do conceito. Texto da lição para prestação de provas públicas de avaliação de competência pedagógica e técnico-científica no Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Instituto Politécnico do Porto, no âmbito do regime transitório previsto no nº 9 do artigo 6º e do nº 1 do artigo 21º do Decreto-Lei nº 207/2009, de 31 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei nº 7/2010, de 13 de Maio.

Dariel, P., & Regnaud, J. P. (2013). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review protocol. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 11(11), 125-140.

Desmedt, M., De Geest, S., Schubert, M., Schwendimann, R., & Ausserhofer, D. (2012). A multi-method study on the quality of the nurse work environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly*, 142(0).

Dias, M. J. M. (2014). *Quedas em contexto hospitalar: fatores de risco*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa

Direção Geral da Saúde (2015) *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*, norma n.º 025/2013 de 24 de Dezembro. acedido em 10 novembro de 2015 em [file:///G:/Doutoramento%204%2005/Final/final%2015%209/bibliografia%20tese/i021920%20\(1\).pdf](file:///G:/Doutoramento%204%2005/Final/final%2015%209/bibliografia%20tese/i021920%20(1).pdf)

Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente numa amostra de hospitais portugueses resultados do estudo piloto*. Acedido em 5 de Março 2015 em <http://www.apdh.pt/sites/apdh.pt/files/i017804.pdf>

Direção Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o desenvolvimento Hospitalar (2015) *Relatório da segurança dos doentes: avaliação da cultura nos hospitais*. Acedido em 5 setembro de 2015 em

[file:///G:/Doutoramento%204\\_05/Final/final%2015\\_9/bibliografia%20tese/i021576.pdf](file:///G:/Doutoramento%204_05/Final/final%2015_9/bibliografia%20tese/i021576.pdf)

Direção Geral da Saúde (2009) *Programa nacional de acreditação em saúde*. Acedido em 20 Janeiro 2015 em <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf>

Direção Geral da Saúde (2015) *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde primários*, norma n.º 03/2013 de 11 de Março. Acedido em 10 novembro de 2015 em [file:///G:/Doutoramento%204\\_05/Final/final%2015\\_9/bibliografia%20tese/i021065.pdf](file:///G:/Doutoramento%204_05/Final/final%2015_9/bibliografia%20tese/i021065.pdf)

Direção Geral da Saúde (2015a) *Estudo de satisfação dos utentes do sistema de saúde português*. Acedido em 20 Agosto 2015 em [file:///G:/Doutoramento%204\\_05/Final/final%2015\\_9/bibliografia%20tese/i021914.pdf](file:///G:/Doutoramento%204_05/Final/final%2015_9/bibliografia%20tese/i021914.pdf)

Direção Geral da Saúde [DGS] (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final*. Acedido em Março 2015 em <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wrmgUsrKZgsJ:https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>

Direção geral de Saúde (2015b) *Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020*. Acedido em 12 de agosto de 2015 em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed?. *Jama*,260(12), 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), pp. 1115-1118.

Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). *Toward a National Report Card in Nursing: A Knowledge Synthesis*. University of Toronto. Toronto: Nursing Health Services Research Unit.

Eiras, M. (2011). *Avaliação da cultura de segurança do doente em meio hospitalar: investigação ação numa unidade de radioterapia*. Tese de doutoramento em Saude Publica , Universidade Nova de Lisboa

Fernandes, S. J. D. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Tese de Doutoramento apresentada à Universidade católica Portuguesa.

Ferreira, M.R.S.C.F., & Amendoeira, J. J.P. (2014). Estudo de adaptação e validação da Escala Ambiente de Trabalho da Prática de Enfermagem para a realidade portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(4), 691-698

Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Gu, L. Y., & Zhang, L. J. (2014). Assessment tools of nursing work environment in magnet hospitals: A review. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 437-440.

Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., & Hughes, F. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237- 263.

Hinno, S. (2012). *The Professional Practice Environment: Hospital Nurses' Perspectives in three European Countries*. Dissertação Doutoramento, University of Eastern Finland

Hinno, S., Partanen, P., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2011). Hospital nurses' work environment, quality of care provided and career plans. *International nursing review*, 58(2), 255-262.

Institute of Medicine (1999). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.

Institute of Medicine (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. National Academies Press.

Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (2007) Nursing research . Acedido em 15 Dezembro de 2014 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versao\\_ING/B05\\_Nsg\\_Research.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versao_ING/B05_Nsg_Research.pdf)

Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.

Jesus E, Pinto A, Fronteira I & Mendes A (2014). Estudo RN4CAST em Portugal: percepção dos enfermeiros sobre burnout. *Revista de Investigação em Enfermagem* 2(9):47-59.

Jesus, É. H., Roque, S. M. B., & Amaral, A. F. S. (2015). Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de Prática de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 25-44

Joint Commission (2015) *About The Joint Commission*. acedido em fevereiro de 2015 em [https://www.jointcommission.org/about\\_us/about\\_the\\_joint\\_commission\\_main.aspx](https://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx)

Joint Commission (s.d.) *The Joint Commission: Over a century of quality and safety*. Acedido em 10 de Dezembro de 2014 em [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC\\_history\\_timeline\\_through\\_2015.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/TJC_history_timeline_through_2015.pdf)

Kelly, D., Kutney-Lee, A., Lake, E. T., & Aiken, L. H. (2013). The critical care work environment and nurse-reported health care–associated infections. *American Journal of Critical Care*, 22(6), 482-488.

Kirwan, M., Matthews, A., & Scott, P. A. (2013). The impact of the work environment of nurses on patient safety outcomes: a multi-level modelling approach. *International journal of nursing studies*, 50(2), 253-263.

- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2005) Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29 (3), 275–287.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. (2004). Development and evaluation of essentials of magnetism tool. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 365-378.
- Kramer, M. & Schmalenberg, C. (2008) Confirmation of a healthy work environment. *Critical Care Nurse*, 28 (2), 56–63.
- Lake E (2006a) Multilevel models in health outcomes research. Part I: Theory, design, and measurement. *Applied Nursing Research* 19 (1) 51-53
- Lake E (2006b) Multilevel models in health outcomes research. Part II: Statistical and analytic issues. *Applied Nursing Research* 19 (2) 113– 115
- Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in nursing & health*, 25(3), 176-188.
- Lake, E. T., & Friese, C. R. (2006). Variations in nursing practice environments: relation to staffing and hospital characteristics. *Nursing research*, 55(1), 1-9.
- Last, JM (2011). *A Dictionary of Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Legido-Quigley, H. (2008). *Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action* (No. 12). World Health Organization.
- Leone, C., Bruyneel, L., Anderson, J. E., Murrells, T., Dussault, G., de Jesus, É. H., ... & Rafferty, A. M. (2015). Work environment issues and intention-to-leave in Portuguese nurses: A cross-sectional study. *Health Policy*, 119(12), 1584-1592.
- Marôco, J. (2014). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda.
- Marques Pinto, A. (2002). Estudo de adaptação do *Utrecht Work Engagement Scale* numa amostra portuguesa. In APAV (2002). Relatório de avaliação técnica e científica do Serviço de Informação a Vítimas de Violência Doméstica prestado pela APAV em 2002. Lisboa: APAV

McHugh, M. D., & Stimpfel, A. W. (2012). Nurse reported quality of care: a measure of hospital quality. *Research in nursing & health*, 35(6), 566-575.

Ministério da Saúde (2012). *Plano nacional de saúde 2012/2016*. 3.3 Eixo Estratégico - Qualidade em Saúde Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em 12 de Outubro de 2014 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Ministério da Saúde (2015) Despacho nº 5613/2015- Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 102- 27 de maio, 13550-13553

Mitchell, P. H. (2008). *Defining patient safety and quality care*. Acedido em 15 Agosto 2015 em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2681/?report=reader>

Nantsupawat, A., Srisuphan, W., Kunaviktikul, W., Wichaikhum, O. A., Aunguroch, Y., & Aiken, L. H. (2011). Impact of nurse work environment and staffing on hospital nurse and quality of care in Thailand. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(4), 426-432.

Neff, D. F., Cimiotti, J. P., Heusinger, A. S., & Aiken, L. H. (2011). Nurse reports from the frontlines: analysis of a statewide nurse survey. *Nursing Forum*, 46(1), 4-10.

Norman, I. (2013). The nursing practice environment. *International journal of nursing studies*, 50(12), 1577-1579.

Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. *Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS/ IPS-Setúbal*.

OECD (2015) OECD Reviews of Health Care Quality: Portugal 2015: Raising Standards, OECD Publishing, Paris

Ordem dos Enfermeiros (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente* Acedido em 10 Janeiro 2015 em [http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao\\_2maio2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/documents/tomadaposicao_2maio2006.pdf)

Ordem dos Enfermeiros, Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem *Enquadramento Conceptual dos enunciados descritivos*, acessido em 20 de Maio de 2014 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Organização Mundial de Saude (2012). *Patient safety report: progress reports*. Acessido em 20 Janeiro 2015 em [http://www.who.int/patientsafety/about/EB\\_ProgressReport\\_PSP.pdf?ua=1](http://www.who.int/patientsafety/about/EB_ProgressReport_PSP.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saude (2002a). *Quality of care: patient safety*. Acessido em Março 2015 em [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ea5513.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ea5513.pdf?ua=1)

Organização Mundial de Saude (2004). *World alliance for patient safety forward programme*. Acessido em 5 Fevereiro 2015 em [http://www.who.int/patientsafety/en/brochure\\_final.pdf](http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf)

Patrician P, Shang J & Lake E (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among army medical department registered nurses. *Research in Nursing & Health*.33(2):99–110

Patrician, P. A., Shang, J., & Lake, E. T. (2010). Organizational determinants of work outcomes and quality care ratings among Army Medical Department registered nurses. *Research in nursing & health*, 33(2), 99-110.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições silabo

Pimenta, S. B. B., & Caldas, R. S. (2014). Estudo introdutório sobre desenvolvimento da percepção infantil em Vigotski. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(2), 179-187.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2011). Delineamentos e abordagens de pesquisas qualitativas. *Polit DF, Beck CT, organizadores. Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre-RS: Artmed, 288-315.

- Prezerakos, P., Galanis, P., & Moisoglou, I. (2015). The work environment of haemodialysis nurses and its impact on patients' outcomes. *International journal of nursing practice*, 21(2), 132-140.
- Puente-Palacios, K. E., & Laros, J. A. (2009). Análise multinível: contribuições para estudos sobre efeito do contexto social no comportamento individual. *Estud Psicol (Campinas)*, 26, 349-61.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *Bmj*, 320(7237), 768-770.
- Rochefort, C. M., & Clarke, S. P. (2010). Nurses' work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units. *Journal of advanced nursing*, 66(10), 2213-2224.
- Roque, S., Jesus, E., Araújo, B., & Charepe, Z. (2016) Influencia do Ambiente de Prática de Enfermagem na qualidade e Segurança dos Cuidados: uma revisão sistemática da literatura. In *10.º Seminário Internacional de Investigação em Enfermagem*, Porto
- Serapioni, M. (2009) Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 85, 65-82
- Sermeus, W., Aiken, L. H., Van den Heede, K., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., ... & Brzostek, T. (2011). Nurse forecasting in Europe (RN4CAST): rationale, design and methodology. *BMC nursing*, 10(1), 6.
- Shen, H. C., Chiu, H. T., Lee, P. H., Hu, Y. C., & Chang, W. Y. (2011). Hospital environment, nurse-physician relationships and quality of care: questionnaire survey. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 349-358.
- Silva, A. (2001). *Sistemas De Informação Em Enfermagem—Uma Teoria Explicativa De Mudança*, Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

Smeds Alenius, L., Tishelman, C., Runesdotter, S., & Lindqvist, R. (2013). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety: a national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality & Safety*, 23(3), 242–9.

Sorra, J. & Nieva, V. (2004). *Hospital survey on patient safety culture*. Acedido em 5 de Março 2015 em <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>

Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade* (1ª ed.). (U. d. Lisboa, Ed.) Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Spath, P. (2009). *Introduction to healthcare quality management*. Chicago, IL: Health Administration Press.

Squires, A., Aiken, L. H., van den Heede, K., Sermeus, W., Bruyneel, L., Lindqvist, R., ... & Ensio, A. (2013). A systematic survey instrument translation process for multi-country, comparative health workforce studies. *International journal of nursing studies*, 50(2), 264-273.

Stalpers, D., de Brouwer, B. J., Kaljouw, M. J., & Schuurmans, M. J. (2015). Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *International journal of nursing studies*, 52(4), 817-835.

Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H., & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of clinical nursing*, 19(11-12), 1664-1674.

Van Bogaert, P., Timmermans, O., Weeks, S. M., van Heusden, D., Wouters, K., & Franck, E. (2014). Nursing unit teams matter: Impact of unit-level nurse practice environment, nurse work characteristics, and burnout on nurse reported job outcomes, and quality of care, and patient adverse events—A cross-sectional survey. *International journal of nursing studies*, 51(8), 1123-1134.

Van den Heede, K., & Aiken, L. H. (2013). Nursing workforce a global priority area for health policy and health services research: a special issue. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 141-142.

Warshawsky, N. E., & Havens, D. S. (2011). Global use of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Nursing research*, 60(1), 17.

Wiskow, C., Albrecht, T., & De Pietro, C. (2010). *How to create an attractive and supportive working environment for health professionals*. World Health Organization.

World Health Organization (2002b). *Quality of care: patient safety*. Acedido em 10 Fevereiro 2015 em [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA55/ewha5518.pdf?ua=1)

You, L. M., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Liu, K., He, G. P., Hu, Y., ... Sermeus, W. (2013). Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 154–161.

ANEXOS



Anexo 1- Parecer da Comissão de Ética da UCP





## PARECER

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 3 de Julho de 2013 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto denominado RN4CAST@pt: replicação de um estudo observacional multicêntrico sobre recursos e cuidados de enfermagem em Portugal”, coordenado por Élvio Henriques de Jesus, que, aliás como refere, se trata de uma “replicação” do estudo multicêntrico financiado pela Comissão Europeia denominado “*Nurse Forecasting in Europe (RN4Cast) - Human Resources Management for Nursing in Europe, a study on the impact of nurse deployment on patient safety*” (<http://www.rn4cast.eu/>), e que “envolveu, entre outros, 12 países da União Europeia, com o objectivo de caracterizar a realidade da Europa nesta matéria”.

Pela análise dos questionários que fazem parte do estudo, constata-se que algumas questões são de difícil interpretação ou impossíveis de responder objectivamente pelo que pode ser questionável o valor dos resultados obtidos.

A Comissão considera ainda ser absolutamente necessário traduzir os Anexos (questionários) que ainda se encontram em língua inglesa para Português.

No entanto, e analisado estritamente do ponto de vista ético o projecto não suscita objecções à sua realização.

Foi, em consequência deliberado, por unanimidade, que não se identificam objecções éticas que impeçam a aprovação deste projecto.

Lisboa, 3 de Julho de 2013

---

Dra. Paula Martinho da Silva  
(Presidente da Comissão)



*Anexo 2- Nurse Survey Instrument (Core Nurse Survey)*



**POR FAVOR, ASSINALE COM “X” NA QUADRÍCULA QUE CORRESPONDE À SUA RESPOSTA EM CADA QUESTÃO OU FORNEÇA A INFORMAÇÃO SOLICITADA.**

### A. SOBRE O SEU TRABALHO

**1. Por favor indique até que ponto cada um dos seguintes aspectos está presente no seu trabalho actual.**

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
1. Serviços de apoio adequados permitem-me passar tempo com os meus doentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Os médicos e os enfermeiros têm boas relações de trabalho.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Existe uma equipa de supervisores que apoia os enfermeiros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Existem programas de desenvolvimento activo do pessoal ou programas de formação contínua para enfermeiros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Tenho oportunidade de desenvolvimento/ascensão na carreira profissional.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Existe oportunidade dos enfermeiros participarem nas decisões de política interna.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Os supervisores utilizam os erros como oportunidades de aprendizagem e não de crítica.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Tenho tempo suficiente e oportunidade para abordar os problemas relacionados com os cuidados dos doentes com outros enfermeiros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Existe um número suficiente de enfermeiros para prestar cuidados de qualidade aos doentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
10. Tenho um enfermeiro chefe que é bom gestor e líder.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
11. O director de enfermagem está presente e é acessível ao pessoal.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
12. Os profissionais são suficientes para a realização das tarefas.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
13. Há valorização e reconhecimento pela boa realização de uma tarefa.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
14. A administração espera elevados padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
15. A direcção de enfermagem tem poder e autoridade semelhantes a outros executivos de topo a nível hospitalar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
16. Existe muito trabalho de equipa entre enfermeiros e médicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
17. São proporcionadas oportunidades de promoção.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
18. Uma clara filosofia de enfermagem está presente no ambiente de prestação de cuidados aos doentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
19. Trabalha-se com enfermeiros competentes a nível clínico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
20. O enfermeiro chefe apoia a equipa de enfermagem na tomada de decisões, mesmo que o conflito envolva um médico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
21. A administração ouve e dá resposta às preocupações dos funcionários.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
22. Existe um programa activo de garantia da qualidade.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
23. Os enfermeiros estão envolvidos na governação interna do hospital (ex: comissões de práticas e de política).	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
24. Há colaboração (prática conjunta) entre enfermeiros e médicos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

	Discordo Totalmente	Discordo	Concordo	Concordo Totalmente
25. Existe um programa com um orientador para enfermeiros recém - contratados.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
26. Os cuidados de enfermagem são baseados num modelo de enfermagem e não num modelo médico.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
27. Os enfermeiros têm oportunidade de pertencer às comissões hospitalares e de enfermagem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
28. Os supervisores de enfermagem consultam a equipa sobre os problemas e procedimentos diários.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
29. Há planos de cuidados de enfermagem escritos e actualizados para todos os doentes.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
30. A atribuição dos cuidados aos doentes promove a continuidade dos cuidados, isto é, o mesmo enfermeiro pode cuidar do mesmo doente de um dia para o outro.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
31. Utilizam-se diagnósticos de enfermagem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
32. Os médicos valorizam os juízos e as observações dos enfermeiros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
33. Os médicos reconhecem as contribuições dos enfermeiros para o tratamento do doente.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
34. Os médicos respeitam os enfermeiros como profissionais.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
35. Os médicos têm os enfermeiros em alta estima.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**2. Qual o seu grau de satisfação com a sua função actual neste hospital?**

- 1  Muito insatisfeito      2  Um pouco insatisfeito      3  Moderadamente Satisfeito      4  Muito satisfeito

**3. Como classificaria o seu ambiente laboral neste hospital (por exemplo, adequação dos recursos, relações com os colegas de trabalho, apoio dos responsáveis)?**

- 1  Pobre      2  Razoável      3  Bom      4  Excelente

**4. Qual o seu grau de satisfação com os seguintes aspectos relacionados com o seu emprego?**

	Muito Insatisfeito	Um pouco insatisfeito	Moderadamente Satisfeito	Muito Satisfeito
1. Flexibilidade de horário	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
2. Oportunidades para progressão	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
3. Autonomia no trabalho	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
4. Estatuto profissional	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
5. Salário	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
6. Oportunidades de formação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7. Férias anuais	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
8. Baixa por doença	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
9. Licença para estudo/formação	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

**5 a). Se possível, deixaria o seu actual hospital no próximo ano devido a insatisfação laboral?**

- 1  Sim      2  Não

**b). Se sim, que tipo de trabalho iria procurar?**

- 1  Enfermagem noutra hospital      2  Enfermagem, mas não num hospital      3  Não relacionado com a Enfermagem

**6. Se estivesse à procura de outro emprego, quão fácil pensa seria para si encontrar um emprego aceitável na área da Enfermagem?**

- <sup>1</sup>  Muito difícil      <sup>2</sup>  Relativamente difícil      <sup>3</sup>  Relativamente fácil      <sup>4</sup>  Muito fácil

**7. Recomendaria o seu hospital a um colega enfermeiro como sendo um bom local para trabalhar?**

- <sup>1</sup>  Definitivamente não      <sup>2</sup>  Provavelmente não      <sup>3</sup>  Provavelmente sim      <sup>4</sup>  Definitivamente sim

**8. Recomendaria o seu hospital aos seus amigos e familiares caso necessitassem de cuidados hospitalares?**

- <sup>1</sup>  Definitivamente não      <sup>2</sup>  Provavelmente não      <sup>3</sup>  Provavelmente sim      <sup>4</sup>  Definitivamente sim

**A.2. Por favor, responda a cada um dos itens de acordo com a escala de respostas que se segue, cujos valores variam entre 0 (se nunca teve esse sentimento ou crença) e 6 (se o tem sempre).**

	0	1	2	3	4	5	6
	Nenhuma vez	Algumas vezes por ano	Uma vez por mês	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. No meu trabalho sinto-me cheia(o) de energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Acho que o meu trabalho tem muito significado e utilidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O tempo passa a voar quando estou a trabalhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. No meu trabalho sinto-me com força e energia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Estou entusiasmada(o) com o meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O meu trabalho inspira-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Quando me levanto de manhã apetece-me ir trabalhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sinto-me feliz quando estou a trabalhar intensamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Estou orgulhosa(o) do que faço neste trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Estou imersa(o) no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sou capaz de ficar a trabalhar por períodos de tempo muito longos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O meu trabalho é desafiante para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. “Deixo-me ir” quando estou a trabalhar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sou uma pessoa com muita resistência mental no meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. É-me difícil desligar-me do meu trabalho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. No meu trabalho sou sempre perseverante (não desisto), mesmo quando as coisas não estão a correr bem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**A.3. Por favor, assinale a resposta que melhor descreve quão frequentemente tem cada um dos sentimentos em relação ao seu trabalho actual neste hospital.**

	Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Sinto-me emocionalmente esgotada(o) pelo meu trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Sinto-me desgastada(o) no fim do dia de trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Sinto-me fatigada(o) quando acordo de manhã e tenho de enfrentar mais um dia de trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Posso compreender facilmente como os meus doentes se sentem em relação às coisas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Trabalhar com pessoas todo o dia é realmente uma pressão para mim.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Lido muito eficazmente com os problemas dos meus doentes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. Sinto-me esgotada(o) pelo meu trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9. Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10. Tornei-me mais insensível para com as pessoas desde que comecei a exercer a profissão.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11. Receio que este trabalho me esteja a endurecer emocionalmente.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
12. Sinto-me com muita energia.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
13. Sinto-me frustrada(o) pelo meu trabalho.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14. Sinto que estou a trabalhar demasiado na minha profissão.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
15. Não me importo realmente com o que acontece a alguns doentes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
16. Trabalhar directamente com pessoas sujeita-me a demasiado <i>stress</i> .	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
17. Sou capaz de criar facilmente uma atmosfera descontraída com os meus doentes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
18. Sinto-me cheia(o) de alegria depois de trabalhar de perto com os meus doentes.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
19. Realizei muitas coisas que valem a pena nesta profissão.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
20. Sinto-me como se estivesse no limite da minha resistência.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
21. No meu trabalho, lido muito calmamente com os problemas emocionais.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
22. Sinto que os doentes me culpam por alguns dos seus problemas.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

## B. QUALIDADE E SEGURANÇA

1. De uma forma geral, como descreveria a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes na sua unidade/serviço?

- <sup>1</sup>  Pobre                      <sup>2</sup>  Razoável                      <sup>3</sup>  Boa                      <sup>4</sup>  Excelente

2. Qual o seu grau de confiança relativamente à capacidade dos seus doentes para a gestão dos seus cuidados após a alta?

- <sup>1</sup>  Nada confiante                      <sup>2</sup>  Pouco confiante                      <sup>3</sup>  Confiante                      <sup>4</sup>  Muito confiante

3. Qual o seu grau de confiança relativamente à forma como a direcção hospitalar irá resolver os problemas relacionados com os cuidados aos doentes por si reportados?

- <sup>1</sup>  Nada confiante                      <sup>2</sup>  Pouco confiante                      <sup>3</sup>  Confiante                      <sup>4</sup>  Muito confiante

4. Por favor atribua uma classificação geral à sua unidade/serviço em termos de segurança dos doentes.

- <sup>1</sup>  Com falhas                      <sup>2</sup>  Pobre                      <sup>3</sup>  Aceitável                      <sup>4</sup>  Muito Bom                      <sup>5</sup>  Excelente

5. Considera que no último ano a qualidade dos cuidados prestados aos doentes no seu hospital ...

- <sup>1</sup>  Piorou                      <sup>2</sup>  Permaneceu igual                      <sup>2</sup>  Melhorou

6. As seguintes perguntas referem-se à sua opinião sobre as questões relacionadas com a segurança dos doentes no seu local de trabalho.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. Os profissionais sentem que os seus erros são usados contra eles.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
2. Perdem-se frequentemente informações importantes relacionadas com os cuidados prestados aos doentes durante as mudanças de turno.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
3. Há aspectos que são negligenciados durante as transferências dos doentes entre serviços.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
4. Os profissionais sentem liberdade para questionar as decisões ou acções dos seus superiores.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
5. Neste serviço discutimos formas de impedir que os erros se repitam.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
6. Recebemos o feedback sobre as alterações implementadas a partir de relatos de eventos.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>
7. As intervenções ao nível da gestão hospitalar demonstram que a segurança dos doentes é uma prioridade máxima.	<sup>1</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>2</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>3</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>4</sup> <input type="checkbox"/>	<sup>5</sup> <input type="checkbox"/>

**7. Com que frequência diria que os seguintes incidentes acontecem consigo ou com os seus doentes?**

	Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias
1. Administração de medicamentos trocados, em doses erradas ou fora do horário estabelecido.	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Úlceras de pressão após admissão	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Quedas de doentes com lesões associadas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4. Infecção associada aos cuidados de saúde:							
1. Infecções do trato urinário	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Infecções da corrente sanguínea	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3. Pneumonia	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5. Queixas de doentes ou familiares	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6. Agressão verbal aos enfermeiros							
1. Por doentes e/ou familiares	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Por funcionários	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7. Agressão física aos enfermeiros							
1. Por doentes e/ou familiares	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2. Por funcionários	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8. Lesões físicas nos enfermeiros relacionadas com o trabalho	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

**C. SOBRE O SEU MAIS RECENTE TURNO NESTE HOSPITAL**

**1. Qual destes descreve melhor o seu mais recente turno neste hospital?**

<sup>1</sup> Manhã      <sup>2</sup> Tarde      <sup>3</sup> Noite

**2. Por favor indique o número de horas que trabalhou no seu mais recente turno neste hospital? Horas:**

**3. No seu mais recente turno neste hospital trabalhou mais do que o número de horas contratualizadas?**

<sup>1</sup> Sim      <sup>2</sup> Não

**4. No seu mais recente turno neste hospital esteve directamente responsável por quantos doentes?**

**5. O número de doentes que referiu na pergunta anterior (C4) é habitual na sua carga de trabalho?**

<sup>1</sup> Foi inferior      <sup>2</sup> Foi igual      <sup>3</sup> Foi superior

**6. De todos os doentes pelos quais esteve directamente responsável no seu mais recente turno,**

a. quantos necessitaram de ajuda em todas as actividades da vida diária?

b. quantos necessitaram de monitorização ou tratamentos de hora a hora ou mais frequentes?

**7. Como descreveria o seu papel na prestação de cuidados à maioria dos doentes no seu mais recente turno?**

**Escolha a opção que mais se adequa.**

- <sup>1</sup>  Prestei quase todos os cuidados sozinho.  
<sup>2</sup>  Supervisionei os cuidados prestados por outros profissionais e prestei cuidados sozinho.  
<sup>3</sup>  Prestei apenas alguns cuidados, tais como mudar pensos ou administrar medicamentos, e a maioria dos cuidados directos foram prestados por outros.

**8. No seu mais recente turno quantos doentes no total estavam na sua unidade/serviço?**

**9. Contando consigo, quantos enfermeiros no total prestaram cuidados directos aos doentes na sua unidade/serviço durante o seu mais recente turno?**

**Número de enfermeiros:**

**10. Quantos outros profissionais (Assistentes Operacionais) no total prestaram cuidados directos aos doentes na sua unidade/serviço durante o seu mais recente turno?**

**Outros profissionais:**

**11. No seu mais recente turno, com que frequência realizou as seguintes actividades?**

	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente
1. Entregar e recolher tabuleiros de refeição	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
2. Realizar cuidados que não são de enfermagem	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
3. Tratar de transferências de doentes e transporte (incluindo para os cuidados continuados)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
4. Flebotomia de rotina / colher sangue para análise	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Transportar doentes dentro do hospital	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
6. Limpar os quartos dos doentes e o equipamento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Substituir os serviços não relacionados com a enfermagem que não estão disponíveis fora do horário de funcionamento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
8. Providenciar materiais ou equipamento	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
9. Atender telefonemas, tarefas burocráticas	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

**12. No seu mais recente turno, quais das seguintes actividades eram necessárias mas não foram realizadas devido à falta de tempo? Assinale todas as respostas que se aplicam.**

1. Vigilância adequada dos doentes	<input type="checkbox"/>
2. Cuidados com a pele	<input type="checkbox"/>
3. Higiene oral	<input type="checkbox"/>
4. Gestão da dor	<input type="checkbox"/>
5. Confortar/falar com os doentes	<input type="checkbox"/>
6. Educar doentes e familiares	<input type="checkbox"/>
7. Tratamentos e procedimentos	<input type="checkbox"/>
8. Administrar a medicação no horário	<input type="checkbox"/>
9. Preparar os doentes e os familiares para a alta	<input type="checkbox"/>
10. Documentar os cuidados de enfermagem de forma adequada	<input type="checkbox"/>
11. Elaborar ou actualizar planos de cuidados de enfermagem/opções de cuidados	<input type="checkbox"/>
12. Planear cuidados	<input type="checkbox"/>
13. Mudar o doente de posição frequentemente	<input type="checkbox"/>

## D. SOBRE SI

1. Género:

<sup>1</sup> Feminino    <sup>2</sup> Masculino

2. Idade Anos:

3a. Realizou a sua formação básica em enfermagem no país no qual trabalha actualmente como enfermeiro?

<sup>1</sup> Sim    <sup>2</sup> Não

b. Se respondeu não, em que país realizou a sua formação básica em enfermagem? País:

4. Sem incluir o país no qual trabalha actualmente, enumere os últimos três países, caso se aplique, (e o número de anos) nos quais trabalhou como enfermeiro.

País | Anos:     País | Anos:     País | Anos:

5. Com que idade se tornou enfermeiro?

Anos:

6. a) Tem uma Licenciatura em Enfermagem?

<sup>1</sup> Sim    <sup>2</sup> Não

b) Tem uma Especialidade de Enfermagem?

<sup>1</sup> Sim    <sup>2</sup> Não

7. Qual o seu grau de satisfação com a escolha da Enfermagem como carreira?

<sup>1</sup> Muito insatisfeito    <sup>2</sup> Insatisfeito    <sup>3</sup> Satisfeito    <sup>4</sup> Muito satisfeito

8. Está a trabalhar neste hospital a tempo inteiro?

<sup>1</sup> Sim    <sup>2</sup> Não

9. Há quantos anos trabalha como enfermeiro ...

a. no total Anos:     b. neste hospital Anos:

10. Trabalha em outros locais (“part-times”) que não neste hospital?

<sup>1</sup> Sim    <sup>2</sup> Não

*Obrigado por ter preenchido e devolvido este questionário.*

