



Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto
Programa de Pós-graduação em Enfermagem

MAYARA RUIZ CHOTOLLI

AVALIAÇÃO DO PRODUTO DO CUIDAR EM
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS

São José do Rio Preto
2017

Mayara Ruiz Chotolli

**AVALIAÇÃO DO PRODUTO DO CUIDAR EM
ENFERMAGEM EM HOSPITAIS ESPECIALIZADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) para obtenção do título de Mestre. Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde. Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde e em Enfermagem. Grupo de Pesquisa: Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem (GESTSAÚDE).

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia Galan Perroca

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Danielle Fabiana Cucolo

São José do Rio Preto – SP

2017

Chotolli, Mayara Ruiz

Avaliação do produto do cuidar em enfermagem em hospitais especializados / Mayara Ruiz Chotolli.

São José do Rio Preto; 2017.

91 p.

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto.

Área de Concentração: Processo do Trabalho em Saúde.

Linha de Pesquisa: Gestão de Saúde e em Enfermagem. Grupo de Pesquisa: Gestão de Serviços em Saúde e em Enfermagem (GESTSAÚDE).

Orientador: Prof. Dr. Márcia Galan Perroca

Coorientador: Prof. Dr. Danielle Fabiana Cucolo

1. Avaliação em Enfermagem; 2. Avaliação de Processos (cuidados de saúde); 3. Administração de Serviços de Saúde; 4. Hospitais Especializados.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Márcia Galan Perroca
Orientador

Prof^ª. Dr^ª. Danielle Fabiana Cucolo
Co-orientador

Prof^ª. Dr^ª. Josimerci Ittavo Lamana Faria
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Prof^ª. Dr^ª. Ariane Polidoro Dini
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Prof^ª. Dr^ª. Aline Cristiane Cavicchioli Okido
Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Prof^ª. Dr^ª. Ana Maria Müller de Magalhães
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

São José do Rio Preto, __/__/__

SUMÁRIO

Dedicatória	i
Agradecimentos	ii
Epígrafe	iv
LISTA DE TABELAS	v
LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE ABREVIATURAS	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	x
RESUMEN	xii
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 Estratégias Avaliativas em Hospitais Especializados	1
1.2 Reconhecendo o Produto do Cuidar em Enfermagem	3
2 OBJETIVOS	7
3 MÉTODO	8
3.1 Delineamento da Pesquisa	8
3.2 Cenários	8
3.2.1 Hospital de Câncer de Barretos	8
3.2.2 Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto	10
3.2.3 As Unidades Campos de Estudo	11
3.3 Amostra e Avaliadores	14
3.4 Instrumentos	14

3.5 Procedimentos para Coleta de Dados	15
3.6 Aspectos Éticos	16
3.7 Análise Estatística.....	16
4 RESULTADOS	18
4.1 Os Avaliadores.....	18
4.2 As Avaliações	19
4.3 Associação entre as Variáveis Demográficas e Profissionais e o Produto do Cuidar em Enfermagem.....	27
5 DISCUSSÃO	29
6 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICES	48
ANEXOS	55
MANUSCRITO	70

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Solange e Elcio, com todo meu amor e gratidão, por sempre acreditaram incansavelmente no meu esforço e se dedicaram durante todos esses anos para garantir minha formação. O apoio, amor e cumplicidade de vocês foram essenciais para que eu chegasse até aqui.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por conduzir meus passos, proporcionar-me saúde física e emocional para seguir meu caminho e ser meu ombro-amigo de todas as horas;

À professora Márcia Galan Perroca por sua perseverança e dedicação comigo durante estes dois anos. Serei sempre grata por esta oportunidade e pela realização de um sonho em minha vida;

À Danielle Fabiana Cucolo pela contribuição e sugestões realizadas neste trabalho. Sua ajuda foi crucial para a qualidade e progressão deste estudo;

Ao Pedro Henrique Orlandini Carneiro Ducatti por ter sido extremamente paciente e amável durante estes anos, tornando-se muitas vezes meu confidente;

À minha família (Vó Lola, tias, tios, primos e primas) agradeço pelo amor incondicional e apoio que tem por mim;

À Luci Helena Orlandini Carneiro Ducatti por todo seu carinho e ser um grande exemplo de determinação e força;

Às minhas amigas: Priscila Fernandes Martins, Luana Gaino Bertolazzi, Laryssa Wilson e Priscilla Souza por terem sido minhas companheiras de estudo e me incentivarem sempre a continuar;

À minha amiga Fabricia Aparecida Arantes pelo seu carinho, e por ter me encorajado a buscar novos horizontes;

À minha companheira e amiga de moradia, Laís Ferrari, que muitas vezes me aconselhou e escutou;

Aos gerentes, supervisores e enfermeiros do Hospital de Câncer de Barretos e Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto que participaram e contribuíram para que este estudo acontecesse;

À Professora Adília e Vanessa pela colaboração nas correções e traduções deste trabalho, muito obrigada pela compreensão e carinho.

À Pós-Graduação da FAMERP e ao Grupo de Pesquisa GESTSAÚDE pela aprendizagem compartilhada.

*“A verdadeira coragem é ir atrás de seu sonho
mesmo quando todos dizem que ele é impossível.”*

Cora Coralina

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=44.....	18
Tabela 2- Classificação do produto do cuidar em enfermagem nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	20
Tabela 3- Classificação dos escores obtidos nas gradações do instrumento por unidade e hospital investigado. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	23
Tabela 4- Classificação dos escores obtidos nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital A. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=73.....	24
Tabela 5- Classificação do escore obtido nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital B. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=65	25
Tabela 6- Cargas fatoriais na extração por análise de componentes principais (ACP) com rotação Varimax do fator 1, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	26
Tabela 7- Correlação entre o escore médio do APROCENF e as características profissionais dos avaliadores, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	27
Tabela 8- Associação do escore médio do APROCENF com os turnos de trabalho, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Estatística descritiva do escore total nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017.....	19
Figura 2- Frequência de classificação do produto do cuidar (escores) encontrados nas unidades investigadas dos hospitais HA e HB. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.....	21
Figura 3- Escore médio do produto do cuidar em enfermagem nas unidades dos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS

APROCENF	Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem
ACP	Análise dos Componentes Principais
AFE	Análise Fatorial Exploratória
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CIA	Centro de Intercorrências Ambulatoriais
DRS XV	Delegacia Regional de Saúde XV
HA	Hospital A
HB	Hospital B
HCB	Hospital de Câncer de Barretos
HCM	Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto
ICQ	Intervalo Interquartílico
IRCAD	Instituto de Treinamento em Técnicas Minimamente Invasivas e Cirurgia Robótica
ICV-E	Índice de Validade do Conteúdo da Escala
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PE	Processo de Enfermagem
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
TMO	Transplante de Medula Óssea
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Objetivos: Avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de internação de hospitais especializados identificando os itens que mais contribuíram para o escore total; comparar o produto do cuidar obtido entre os hospitais, unidades de internação e turnos de trabalho e, verificar a associação entre variáveis demográficas e profissionais dos avaliadores e o produto do cuidar. **Método:** Este estudo caracteriza-se como descritivo transversal de natureza quantitativa na modalidade de estudo de avaliação. A investigação ocorreu no período de junho de 2015 a abril de 2016 em unidades especializadas de dois hospitais da região noroeste do estado de São Paulo – o Hospital de Câncer de Barretos (H_A) e o Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto – HCM (H_B). Para obtenção das informações foram utilizados um instrumento validado para avaliação do produto do cuidar (APROCENF) e dois formulários - um para caracterização pessoal e profissional dos avaliadores e outro para o registro dos dados. **Resultados:** Foram realizadas 138 avaliações do produto do cuidar sendo 73 no H_A e 65 no H_B por 44 enfermeiros clínicos (H_A n= 31 H_B n= 13) durante os turnos de trabalho. Os escores variaram de 14 (H_A) a 29 (H_B) com valor médio em torno de 24, com predomínio da categoria bom em ambos hospitais. Quando analisada as gradações do instrumento nos hospitais encontrou-se diferença estatística ($p < 0,01$) pelo Teste Mann-Whitney. Notou-se no H_A correlação de -0,37 entre o escore médio e a idade, e de -0,23 quando relacionado ao tempo na instituição. Não se evidenciou diferença estatística entre os turnos de trabalho quando os hospitais foram comparados de forma independente; houve significância ($p=0,01$), apenas, quando analisados conjuntamente e esta foi para o turno da noite ($p=0,03$). Os itens que mais contribuíram para o escore

total foram: Atenção paciente/família, Atendimento/necessidades, Planejamento da assistência e Recursos necessários para prestar assistência. Destaca-se Interação e atuação multidisciplinar como o item com menor contribuição. **Conclusão:** O produto do cuidar encontrado em ambos os hospitais foi considerado predominantemente “bom”. A associação entre o escore total e as variáveis demográficas e profissionais mostrou-se fraca. O instrumento permitiu identificar aspectos críticos do trabalho de enfermagem em diferentes unidades e/ou serviços especializados instrumentalizando os enfermeiros no planejamento estratégico, tomada de decisão e gestão de mudanças.

Palavras-chave: Avaliação em enfermagem, Avaliação de processos (cuidados de saúde), Prática profissional, Administração de serviços de saúde, Hospitais Especializados, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objectives: To access the Nursing care product in hospitalization units of specialized hospitals, identifying the items that most have contributed to the total amount of scores; to compare the obtained product between hospitals, hospitalization units and work shifts and verify an association between demographic and professional variables of the evaluators and the care product. **Method:** This study is characterized as a cross-sectional descriptive of quantitative nature in the modality of evaluation study. The investigation was from June 2015 to April 2016 in specialized units of two hospitals in the Northwest region of São Paulo state - Barretos Cancer Hospital (H_A) and the Hospital of Child and Maternity Hospital of São José do Rio Preto - HCM (H_B). To obtain the information, a validated instrument for evaluating the care product (APROCENF) and two forms were used - one for the evaluators' personal and professional characterization and another for data recording. **Results:** A total of 138 evaluations of the care product were performed, being 73 in the H_A and 65 in the H_B by 44 clinical nurses (H_A n = 31 H_B n = 13) during the work shifts. The scores ranged from 14 (H_A) to 29 (H_B), with a mean value nearly 24, with a predominance of the good category in both hospitals. When analyzing the gradations of the instrument in hospitals, a statistical difference ($p < 0.01$) was found by the Mann-Whitney test. A correlation of -0.37 between the mean score and age was observed in the H_A , and -0.23 when related to the time in the institution. No statistical difference between work shifts was observed when hospitals were independently compared. There was significance ($p = 0.01$) only when they were jointly analyzed and this significance was for the night shift ($p = 0.03$). The items that most contributed to the total score were: Attention patient / family, Care

/ needs, Care planning, and Resources needed to provide assistance. Interaction and multidisciplinary action could be stood out as the item with minor contribution.

Conclusion: The product of care was considered predominantly "good" in both hospitals. The association between the total score and the demographic and professional variables was weak. The instrument allowed to identify critical aspects of Nursing work in different units and / or specialized services, providing guidelines to nurses for strategic planning, decision-making and change management.

Key words: Nursing Assessment; Process Assessment (Health Care); Professional Practice; Health Services Administration; Hospitals, Special; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivos: Evaluar el producto del cuidar en enfermería en unidades de internación de hospitales especializados identificando los ítems que más contribuyeron para el puntaje total; comparar el producto del cuidar obtenido entre los hospitales, unidades de internación y turnos de trabajo y verificar la asociación entre variables demográficas y profesionales de los evaluadores y el producto del cuidar. **Método:** Este estudio se caracteriza como descriptivo transversal de naturaleza cuantitativa en la modalidad de estudio de evaluación. La investigación se llevó a cabo en el periodo de junio de 2015 a abril de 2016 en unidades especializadas de dos hospitales de la región noroeste del estado de São Paulo – el Hospital de Cáncer de Barretos (H_A) y el Hospital Infantil y Maternidad de São José do Rio Preto – HCM (H_B). Para la obtención de las informaciones se utilizó un instrumento validado para evaluación del producto del cuidar (APROCENF) y dos cuestionarios - uno para caracterización personal y profesional de los evaluadores y otro para el registro de los datos. **Resultados:** Se realizaron 138 evaluaciones del producto del cuidar siendo 73 en el H_A y 65 en el H_B por 44 enfermeros clínicos (H_A $n= 31$ H_B $n= 13$) durante los turnos de trabajo. Los puntajes variaron de 14 (H_A) a 29 (H_B) con valor medio alrededor de 24, con predominio de la categoría bueno en ambos hospitales. Cuando se analizaron las gradaciones del instrumento en los hospitales se encontró diferencia estadística ($p<0,01$) por el Test Mann-Whitney. Se notó en el H_A correlación de -0,37 entre el puntaje medio y la edad, y de -0,23 cuando relativo al tiempo en la institución. No se comprobó diferencia estadística entre los turnos de trabajo cuando los hospitales fueron comparados de forma independiente; hubo significatividad ($p=0,01$), apenas, cuando

analizados conjuntamente y esta fue para el turno de la noche ($p=0,03$). Los ítems que más contribuyeron para el puntaje total fueron: Atención paciente/familia, Asistencia/necesidades, Planificación de la asistencia y Recursos necesarios para prestar asistencia. Interacción y actuación multidisciplinar se revela como el ítem con menor contribución. **Conclusión:** El producto del cuidar encontrado en ambos hospitales fue considerado predominantemente “bueno”. La asociación entre el puntaje total y las variables demográficas y profesionales se mostró débil. El instrumento permitió identificar aspectos críticos del trabajo de enfermería en diferentes unidades y/o servicios especializados instrumentalizando a los enfermeros en la planificación estratégica, toma de decisiones y gestión de los cambios.

Palabras clave: Evaluación em Enfermería; Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Práctica Profesional; Administración de los Servicios de Salud; Hospitales Especializados; Atención de Enfermería.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estratégias Avaliativas em Hospitais Especializados

A organização do sistema de saúde brasileiro segue os princípios da descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços¹ oferecendo ações de diferentes densidades tecnológicas a fim de atender, de forma contínua e integral, as necessidades de saúde da população.² Este arranjo é denominado de Redes de Atenção à Saúde e compreende desde o cuidado básico até o nível mais complexo de assistência.²

Dentre os serviços de média e alta complexidade, os hospitais especializados utilizam equipamentos sofisticados e capital humano altamente qualificado a fim de apoiar e complementar a atuação das unidades básicas requerendo altos custos.³ Entretanto, ao longo dos anos, essas instituições têm enfrentado dificuldades importantes. Tais problemas decorrem da fragmentação dos níveis de atenção, da procura espontânea da população como porta de entrada ao sistema de saúde gerando superlotação e custos exacerbados⁴, além de questões políticas e econômicas.⁵

Esses fatores limitam a oferta desses serviços e comprometem a qualidade da assistência.⁶ Sendo assim, a necessidade de instituir padrões de controle e gestão da qualidade tem apresentado significativo crescimento nas últimas décadas com a implementação de vários programas, tais como: métodos estruturados de melhoria de processos, acreditação hospitalar, modelos de excelência organizacional, normas nacionais e internacionais, dentre outros.⁷

Este movimento mundial pela qualidade em saúde repercute na concentração de esforços da enfermagem em direção à melhoria contínua da assistência.⁸ Nas instituições onde os enfermeiros não conseguem dedicar tempo suficiente para os

cuidados diretos aos pacientes prevenindo ou detectando complicações clínicas os resultados pesam sobre a mortalidade intra-hospitalar ajustada ao risco.⁹

Diversos estudos avaliaram a assistência prestada no segmento oncológico¹⁰⁻¹¹ e materno infantil¹²⁻¹³ enquanto outros evidenciaram o grau de adequação aos parâmetros de qualidade e desempenho alcançado em relação à especificidade desses serviços.¹⁴⁻¹⁵

Para responder às exigências requeridas, os institutos europeus de oncologia desenvolveram um programa de acreditação específico. Assim, identificaram algumas oportunidades de melhoria, como: envolver o paciente/familiar nas decisões terapêuticas, fortalecer a comunicação entre as equipes de saúde e motivar os enfermeiros para assumirem a interlocução na atuação multidisciplinar e para buscarem aprimoramento diante de tarefas/responsabilidades exclusivas da área.¹⁴

Esses achados ratificam a importância do enfermeiro na gestão da qualidade em saúde e outros¹⁶⁻¹⁷ ressaltando o apoio institucional e o modelo de liderança adotado como potenciais para a (des)motivação desses profissionais e a intenção de se manterem ou não na organização hospitalar.

Por outro lado, a qualidade da assistência materna e neonatal foi avaliada como insuficiente na oferta de alguns cuidados nos hospitais públicos do Brasil identificando como intervenções necessárias: a estruturação e a organização dessas instituições garantindo o atendimento adequado e oportuno às gestantes e recém-nascidos.¹⁵ No entanto, enfermeiros de uma divisão materna infantil de um hospital público do sudeste brasileiro consideraram, majoritariamente, adequada a estrutura de trabalho identificando uma significativa dificuldade na comunicação entre os profissionais da saúde¹⁸, fato que compromete a atenção integral.

Dessa forma, o processo de cuidar em saúde e em enfermagem compreende múltiplos fatores interligados que requer avaliação criteriosa subsidiando a gestão na previsão de modificações ou melhorias assistenciais.¹⁹ Uma das estratégias avaliativas considera a análise dos profissionais sobre o processo de trabalho no que se refere às condições do ambiente, o quadro de pessoal disponível e os recursos existentes buscando identificar quais dificuldades estão presentes em sua prática diária.¹⁹

Particularmente, os enfermeiros têm se apropriado de diferentes mecanismos de avaliação como os indicadores assistenciais que apresentam evidências quanto à qualidade e a segurança na produção do cuidado²⁰ e a análise qualitativa sobre o processo de enfermagem, por exemplo, visando melhorar a sistematização e a entrega desse cuidado.²¹

Para reconhecer os fatores que interferem no trabalho da enfermagem, considerando a especificidade de hospitais de referência como na atenção oncológica e materno infantil, é necessário instrumentalizar os enfermeiros, a partir de evidências científicas, na direção da gestão do cuidado.²² Essas ferramentas gerenciais complementam as atividades assistenciais e devem ser utilizadas como meio para a qualificação da prática²³ e melhoria dos processos. Assim, buscou-se na literatura um referencial que instrumentalizasse essa avaliação.

1.2 Reconhecendo o Produto do Cuidar em Enfermagem

As demandas singulares da atenção à saúde somadas às exigências do cenário contemporâneo remetem à reflexão crítica acerca da assistência prestada com vistas às melhores práticas. O enfermeiro é o profissional responsável pela organização do trabalho coletivo da enfermagem e tem possibilidades e potencialidades, a partir de uma

visão ampliada do seu fazer, de articular-se junto às equipes no intuito de aprimorar o processo de cuidar.²⁴

A concepção de gerência do cuidado de enfermagem em cenários hospitalares envolve uma relação dialética entre o saber-fazer cuidar e gerenciar na variação ontológica, técnica e tecnológica, nas quais os cuidados diretos e indiretos manifestam-se, e resultam em um processo dinâmico, situacional e sistêmico.²⁵ Essas ações são permeadas por relações, interações e associações entre as pessoas e, portanto, concretizam-se em um sistema de cuidado complexo e multiprofissional²⁶ com desafios para a interprofissionalidade.²⁷

Esse processo requer a participação do enfermeiro no planejamento da assistência, na organização das condições estruturais para a realização do cuidado, na gestão de pessoas e conflitos, nas práxis educativas, nas interações profissionais, no acompanhamento e na implementação do cuidado prestado além do controle sobre os resultados.²⁶ E, para sua efetivação deve incorporar ferramentas e instrumentos gerenciais no seu cotidiano de trabalho.²⁵

Tal apropriação possibilita vislumbrar novas oportunidades para o paciente, a equipe e a instituição além de perceber antecipadamente as mudanças necessárias no ambiente e nos métodos de trabalho tornando a prática mais favorável para quem cuida e para quem é cuidado.²⁴

Neste sentido, as classificações, escalas e instrumentos de mensuração integram a gestão do cuidado de enfermagem.²⁸ Nos últimos anos, os enfermeiros têm aumentado o interesse científico e profissional sobre como medir os problemas reais ou potenciais pertinentes ao paciente, à equipe e as situações laborais.²⁹⁻³¹ Entretanto, para

obter informações com acurácia e tomar decisões eficazes é importante considerar as evidências de validade e confiabilidade dessas escalas.^{28,30}

Um novo instrumento denominado “Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem” (APROCENF) foi desenvolvido para classificar o produto gerado ao final do turno de trabalho da enfermagem possibilitando também identificar os fatores críticos dessa produção.³²

Na enfermagem, espera-se que a produção do cuidado aconteça a partir das necessidades de saúde dos indivíduos pelo fato de seu produto materializar-se em ato e ser consumido no momento em que a assistência ocorre de maneira indissociável.²⁴ A compreensão do cuidado como um produto do trabalho em saúde considera a oferta de diferentes organizações integradas a outros setores e a promoção de diálogo contínuo entre os mesmos para adequação das demandas e exigências de seu público³³⁻³⁴ requerendo, essencialmente, a atuação em redes de atenção.

De fato, o cuidado de enfermagem se concretiza como parte de um todo complexo³⁵⁻³⁶ sendo necessário reconhecer a forma como o mesmo é produzido e os aspectos que pesam sobre sua efetivação³⁷ diante de um processo dinâmico e de difícil mensuração.³⁸

O APROCENF aborda quatro grandes categorias na gestão do cuidado do enfermeiro: o planejamento, a intervenção e a avaliação do cuidado; o dimensionamento e qualificação da equipe de enfermagem; os recursos necessários para prestar assistência; e a interação multiprofissional.³⁹ Considera, portanto, a interação entre os recursos estruturais e os métodos de organização do trabalho da enfermagem e sua validade e confiabilidade estão sustentadas por testes psicométricos.⁴⁰ Trata-se de uma

ferramenta potente para negociação e melhoria da prática profissional da enfermagem qualificando a assistência e o produto entregue reconhecido pelo cuidado em ato.³⁹

A utilização de instrumentos multifatoriais, como o APROCENF, agregam valor à gestão do cuidado subsidiando os enfermeiros nas pactuações necessárias e na proposição de transformações pautando-se em evidências. Considerando que não há estudos realizados até o momento sobre a avaliação do produto entregue pela enfermagem ao final do turno trabalho em hospitais especializados e os fatores que interferem nesse processo, esta pesquisa se propõe a responder as seguintes questões: *Qual é o produto do cuidar em enfermagem gerado ao final do turno de trabalho em unidades de internação de hospitais especializados? Existem diferenças nos resultados obtidos entre hospitais, unidades e turnos de trabalho? A que fatores estas diferenças podem ser atribuídas? Quais itens do APROCENF mais contribuem para o score total do produto do cuidar? Há associação entre as variáveis demográficas e profissionais dos avaliadores e o produto do cuidar obtido?*

2 OBJETIVOS

- Avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de internação de hospitais especializados identificando os itens que mais contribuíram para o escore total;
- Comparar o produto do cuidar obtido entre os hospitais, unidades de internação e turnos de trabalho.
- Verificar a associação entre variáveis demográficas e profissionais dos avaliadores e o produto do cuidar.

3 MÉTODOS

3.1 Delineamento da Pesquisa

Este estudo caracteriza-se como descritivo transversal de natureza quantitativa na modalidade de estudo de avaliação. O produto do cuidar em enfermagem, objeto deste estudo, é conceptualizado como a interação entre fatores que intervêm no processo de cuidar: estruturais (capital humano e serviços de suporte) e métodos de organização do trabalho (planejamento assistencial, atenção ao paciente/família e interação multidisciplinar).⁴⁰

3.2 Cenários

A investigação ocorreu no período de junho de 2015 a abril de 2016 em unidades especializadas de dois hospitais da região noroeste do estado de São Paulo – o Hospital de Câncer de Barretos (H_A) e o Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto – HCM (H_B).

3.2.1 Hospital de Câncer de Barretos

Em 1962, na cidade de Barretos, interior do estado de São Paulo, foi fundado o Hospital São Judas Tadeu destinado ao atendimento de diversas condições clínicas. Após cinco anos, com o intuito de auxiliar pacientes carentes em dificuldades para obter tratamento contra o câncer nos grandes centros, a instituição passou a tratar exclusivamente esta especialidade, sendo o primeiro do gênero no interior do estado.⁴¹

Com o auxílio financeiro obtido através de doações de fazendeiros e artistas, em 1991, foi inaugurado o primeiro prédio do Hospital de Câncer de Barretos, em um

terreno diferente do Hospital São Judas Tadeu. Posteriormente, outros pavilhões foram incorporados a esta nova construção com conseqüente acréscimo no número de atendimentos.⁴¹

Juridicamente, o Hospital de Câncer de Barretos faz parte da Fundação Pio XII, a qual engloba o Hospital São Judas Tadeu, o Hospital de Câncer de Barretos e outros serviços que foram construídos ao longo do tempo. Dentre estes destacam-se: Unidade de Prevenção em Fernandópolis, Hospital de Câncer em Jales, Hospital de Câncer em Porto Velho, Unidade de Prevenção em Juazeiro, Unidade de Prevenção em Campo Grande, Hospital de Câncer Infantojuvenil e o Instituto de Treinamento em Técnicas Minimamente Invasivas e Cirurgia Robótica (IRCAD).

Atualmente, a instituição atende pacientes advindos de 1585 municípios de todos os estados brasileiros. Propicia assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer, inclusive pediátrico, e tratamento radioterápico.⁴²

O hospital possui estrutura capaz de oferecer prevenção e tratamento do câncer através de ambulatório de especialidades médicas e multidisciplinar, serviços de diagnósticos e terapêuticos como o centro de intercorrências ambulatoriais (CIA), centro cirúrgico para pequenas e grandes cirurgias, radioterapia, quimioterapia, hemonúcleo, diagnóstico por imagem, medicina nuclear e pesquisa clínica. Oferece, ainda, área específica destinada ao rastreamento do câncer de mama e colo de útero mediante consultas à população.

Para internação, disponibiliza de 131 leitos distribuídos nas unidades: cirúrgica (n=60), clínica (n=34), hematológica (n=10), transplante de medula óssea (n=7) e terapia intensiva (n=20).

Atuam neste complexo um contingente de 596 profissionais de enfermagem sendo 118 enfermeiros, 478 técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, um responsável técnico de enfermagem, e um grupo de 15 médios gerentes (responsáveis pela equipe de enfermagem nas unidades). A equipe multidisciplinar encontra-se composta por oncologistas clínicos e cirurgiões, fisioterapeutas, nutricionistas, cirurgiões dentistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistentes sociais.

A instituição é um Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON)⁴² considerada referência no atendimento ao paciente com câncer no estado de São Paulo. Estes centros oferecem atendimento especializado, atuando na detecção precoce, prevenção e tratamento do câncer, seguindo requisitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde.⁴³

Preocupada em buscar sempre a qualidade do serviço, recebeu seu primeiro credenciamento junto a Organização Nacional de Acreditação (ONA) em 2007 e após dois anos recebeu o certificado de Acreditado Pleno.

3.2.2 Hospital da Criança e Maternidade de São José do Rio Preto (HCM)

O HCM foi inaugurado em outubro de 2013 após a idealização de vários profissionais do Hospital de Base de São José do Rio Preto por um hospital de excelência que prestasse atendimento especializado em pediatria. A instituição iniciou suas atividades com foco no atendimento de alta complexidade, entre os quais, a gestação de alto risco, neonatologia, ortopedia, cardiologia, cirurgia cardíaca pediátrica e neurologia.

Atende uma região que engloba 102 municípios e mais de 2 milhões de habitantes sob a administração da Departamento Regional de Saúde XV (DRS XV),

sediada em São José do Rio Preto. Realiza, mensalmente, cerca de 3000 atendimentos de urgência em pediatria e 1400 em ginecologia e obstetrícia.

Os seus 174 leitos encontram-se distribuídos entre sete unidades: internação pediátrica (n=60), internação obstétrica (n= 46), unidade de terapia intensiva pediátrica (n=8), unidade de terapia intensiva cardiopediátrica (n=13), unidade de terapia intensiva neonatal (n=35) e unidade canguru (n=12).

Além dos leitos para internação, o HCM possui em sua composição o centro cirúrgico e centro obstétrico, ambulatório para diagnósticos por imagem, serviço de urgência/ emergência pediátrico e obstétrico, e ambulatório de quimioterapia pediátrica.

A instituição dispõe em seu quadro de pessoal de equipe de enfermagem composta por 420 colaboradores (75 enfermeiros clínicos, 34 enfermeiros assistenciais, 182 técnicos e 129 auxiliares de enfermagem), sob a supervisão de oito enfermeiras e uma gerente de enfermagem. Somam-se a estes profissionais, equipe multidisciplinar formada por médicos especializados em pediatria/neonatologia e obstetrícia, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas, pedagogas, fonoaudiólogas, cirurgiã dentista e assistentes sociais.

Em 2011, a maternidade foi eleita pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo como a melhor do estado. Dois anos depois a instituição recebeu o mesmo título, quando já funcionava em seu novo prédio.

3.2.3 As Unidades Campos de Estudo

Para a escolha das unidades campos de estudo foi apresentado o projeto de pesquisa aos gerentes dos hospitais e supervisores das unidades e esclarecido como o mesmo aconteceria.

A escolha das unidades ocorreu mediante aceitação e disponibilidade em participar do estudo, desta forma, houve o consentimento de quatro unidades do H_A e quatro no H_B.

No H_A foram investigadas as seguintes unidades: clínica, cirúrgica, hematológica e transplante de medula óssea. Neste hospital, a equipe de enfermagem atua em jornada de trabalho de 44 horas semanais.

Composta por 34 leitos, a internação clínica destina-se ao atendimento de pacientes com necessidade de internação por alterações no estado de saúde relacionadas à doença e para infusão de quimioterápicos. Nela atuam um enfermeiro supervisor, 13 enfermeiros clínicos e 36 técnicos de enfermagem. Nesta instituição, o enfermeiro clínico é o responsável por coordenar a equipe durante o plantão e o enfermeiro assistencial pelos cuidados diretos ao paciente.

A internação cirúrgica, com 60 leitos, é a maior unidade do hospital e promove atendimento a pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos de diversas especialidades. A unidade possui um enfermeiro supervisor, 13 enfermeiros (clínicos e assistenciais), 26 técnicos e um auxiliar de enfermagem.

Com um total de dez leitos, a internação hematológica recebe pacientes para atendimento clínico e infusão de quimioterápicos. A equipe de enfermagem encontra-se constituída por um supervisor, sete enfermeiros clínicos e 13 técnicos de enfermagem.

A unidade de transplante de medula óssea dispõe de sete leitos para internação do paciente nos períodos pré, durante e pós transplante. Nela estão lotados um enfermeiro supervisor, nove enfermeiros clínicos e nove técnicos de enfermagem.

No H_B foram avaliadas as seguintes unidades: terapia intensiva pediátrica, terapia intensiva neonatal, maternidade e obstetrícia e unidade canguru. A jornada de trabalho destas é de 36 horas semanais.

Dispondo de oito leitos, a unidade de terapia intensiva pediátrica presta atendimento às crianças maiores que 28 dias de vida e em estado crítico de saúde com exceção das cardiopatias. A equipe de enfermagem é formada um enfermeiro supervisor, cinco enfermeiros clínicos e 23 técnicos de enfermagem.

A unidade de terapia intensiva neonatal possui 35 leitos, sendo 16 destinados a cuidados intensivos e 19 para cuidados semi-intensivos localizados no mesmo andar e separados, apenas, por uma barreira física. Atende recém-nascidos necessitando de cuidados até completarem 28 dias de vida. A transferência dos pacientes entre uma unidade e outra segue critérios médicos, de acordo com a evolução de cada recém-nascido. A unidade possui um enfermeiro supervisor, 14 enfermeiros clínicos, 30 enfermeiros assistenciais e 43 técnicos de enfermagem.

Com 46 leitos, a Maternidade e Obstetrícia é responsável pelo atendimento à gestante e puérpera. Conta, em seu quadro de pessoal, com um enfermeiro supervisor, 10 enfermeiros clínicos e 44 auxiliares de enfermagem.

Após melhora do quadro clínico do recém-nascido ele é encaminhado para a Unidade Canguru (12 leitos) onde permanece acompanhado pela mãe. A equipe de enfermagem desta unidade encontra-se composta por um enfermeiro supervisor (da unidade de terapia intensiva neonatal), três enfermeiros clínicos e 11 auxiliares de enfermagem.

3.3 Amostra e Avaliadores

Foi realizada uma amostragem aleatória de 138 avaliações do produto do cuidar sendo 73 no H_A e 65 no H_B. As avaliações foram preenchidas por 44 enfermeiros (H_A n= 31 H_B n= 13) em diferentes turnos e dias da semana. Os avaliadores deveriam ser os responsáveis pela coordenação do plantão, ou seja, enfermeiros clínicos. Permitiu-se que o instrumento fosse aplicado mais de uma vez por cada um dos participantes.

Por ser a primeira aplicação do instrumento APROCENF, após sua validação, adotou-se uma amostragem superior a 100 avaliações.

3.4 Instrumentos

Para obtenção das informações foram utilizados os seguintes instrumentos: dois formulários - um para caracterização pessoal e profissional dos avaliadores (Apêndice 1) e outro para o registro dos dados (Apêndice 2) - e o APROCENF (Anexo 1) para avaliação dos plantões.

O primeiro formulário solicitava dos participantes dados demográficos (sexo e idade) e profissionais tais como função exercida, turno de trabalho, tempo de atuação profissional, na instituição e na unidade e qualificação mais alta (aprimoramento, residência, especialização, mestrado e doutorado). Já o outro permitia o registro dos escores obtidos individualmente e o escore total com a classificação do produto de cuidar, data e horário, unidade e nome do enfermeiro que realizou a avaliação.

O instrumento para avaliação do produto do cuidar (APROCENF)³² abrange oito itens: 1. Planejamento da assistência de enfermagem; 2. Recursos necessários para prestar assistência; 3. Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4. Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5. Acompanhamento e transferência do

cuidado; 6. Interação e atuação multidisciplinar; 7. Atenção ao paciente e/ou familiar e, 8. Atendimento das necessidades assistenciais.

Cada item possui quatro subitens que permite a classificação de 1 a 4. Através da somatória dos pontos obtidos em cada subitem é possível obter um escore geral que avalia o produto do cuidado de enfermagem em *ruim* (8 a 12 pontos), *regular* (13 a 20 pontos), *bom* (21 a 28 pontos) ou *ótimo* (29 a 32 pontos).

A avaliação das propriedades psicométricas revelou Índice de Validade do Conteúdo da Escala (IVC-E) $\geq 0,9$ ⁽⁴⁰⁾, coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, equivalência interavaliadores e evidencias de validade de construto.⁴⁰

3.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Antecedendo a coleta dos dados foi realizada a apresentação do APROCENF, individualmente, aos enfermeiros conforme aceitação de participação na pesquisa. Neste momento, abordou-se sua finalidade, composição e forma de operacionalização e clarearam-se dúvidas existentes.

Posteriormente, ocorreu a distribuição de uma cópia do instrumento e do formulário para registro dos dados obtidos. Neste formulário constavam os itens do instrumento e uma coluna para os escores individuais e o escore total com a classificação do produto de cuidar, data e horário, unidade e nome do enfermeiro que realizou a avaliação. Os participantes também recebiam um formulário para caracterização pessoal e profissional. Caso novas dúvidas surgissem durante a aplicação do instrumento as mesmas eram esclarecidas pela pesquisadora.

Os instrumentos para coleta dos dados foram distribuídos pela pesquisadora de acordo com escala previamente elaborada de forma a garantir alternância dos

avaliadores, dia da semana e turno para atender aos objetivos do estudo. Seu recolhimento foi realizado, diariamente, nas unidades de pesquisa e complementações realizadas, quando necessário.

3.6 Aspectos Éticos

Respeitando os aspectos éticos, esta pesquisa somente foi iniciada após o parecer do Comitê de Ética das instituições campo de estudo - parecer de nº 1.039.954/2015 – H_A (Anexo 2) - e parecer nº 1.454.651/2016 - H_B (Anexo 3). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3 e 4) antes de iniciarem suas avaliações.

3.7 Análise Estatística

Considerou-se a escala como ordinal e o nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$. O software SPSS Statistical Package v.22 (IBM Corporation, Armonk, NY) foi utilizado para os tratamentos estatísticos:

- Análise descritiva para os dados de caracterização pessoal e profissional dos participantes apresentados a partir de valores de frequência, percentual, média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico (ICQ= Q3 – Q1);
- Alfa de Cronbach para testar a consistência interna (confiabilidade) do instrumento;
- Teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação entre os grupos (H_A e H_B) e de Kruskal-Wallis para comparação dos itens do instrumento entre as unidades de cada hospital:

- Coeficiente de correlação de Spearman (two tailed) para se verificar a associação entre o escore médio das respostas e as variáveis demográficas e profissionais dos participantes. A interpretação numérica da correlação foi: fraca (0 a 0,3), regular (0,3 a 0,6), forte (0,6 a 0,9) e muito forte (0,9 a 1) .⁴⁴
- Teste qui-quadrado para a associação entre turno de trabalho (manhã, tarde e noite) x escore médio das avaliações;
- Análise fatorial exploratória (AFE) utilizando extração por componentes principais e o método de rotação Varimax para identificar os itens que mais contribuíram para o escore total. Foram calculados os testes de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$) e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($\geq 0,5$) para se verificar a adequação do modelo da AFE⁴⁵⁻⁴⁶; Para se estabelecer o número de fatores a serem extraídos considerou-se autovalores $\geq 1,0$ e o gráfico do autovalor (Scree plot). Foram retidas as cargas fatoriais $\geq 0,40$. Considerou-se comunidades significantes aquelas $> 0,50$.⁴⁵⁻⁴⁶

4 RESULTADOS

4.1 Os Avaliadores

Os dados demográficos e profissionais dos avaliadores encontram-se apresentados na Tabela 1. Os enfermeiros eram, em sua maioria do sexo feminino em ambos os hospitais e a maioria possuía especialização (33/44).

Tabela 1- Perfil demográfico e profissional dos enfermeiros nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=44.

Variáveis	Hospital A (n=31)	Hospital B (n=13)
Sexo (N)		
Feminino	25	12
Masculino	6	1
Idade (anos)		
M(Dp)	29,7(6,0)	30,6(7,1)
Experiência profissional (anos) M(DP)		
Tempo de atuação	3,7 (2,4)	6,8 (5,8)
Tempo na unidade	2,5 (2,6)	5,2 (3,3)
Tempo na instituição	2,8 (2,9)	3,2 (5,1)
Maior Qualificação (N)		
Aprimoramento/Residência	1	2
Especialização	23	10
Mestrado/Doutorado	-	-

4.2 As Avaliações

Foram realizadas 138 avaliações do produto do cuidar em enfermagem sendo 73 no H_A e 65 no H_B. O instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,71. A Figura 1 evidencia os valores obtidos de escore total do instrumento e suas variações em cada um dos hospitais investigados. Os escores variaram de 14 (H_A) a 29 (H_B) com valor médio em torno de 24.

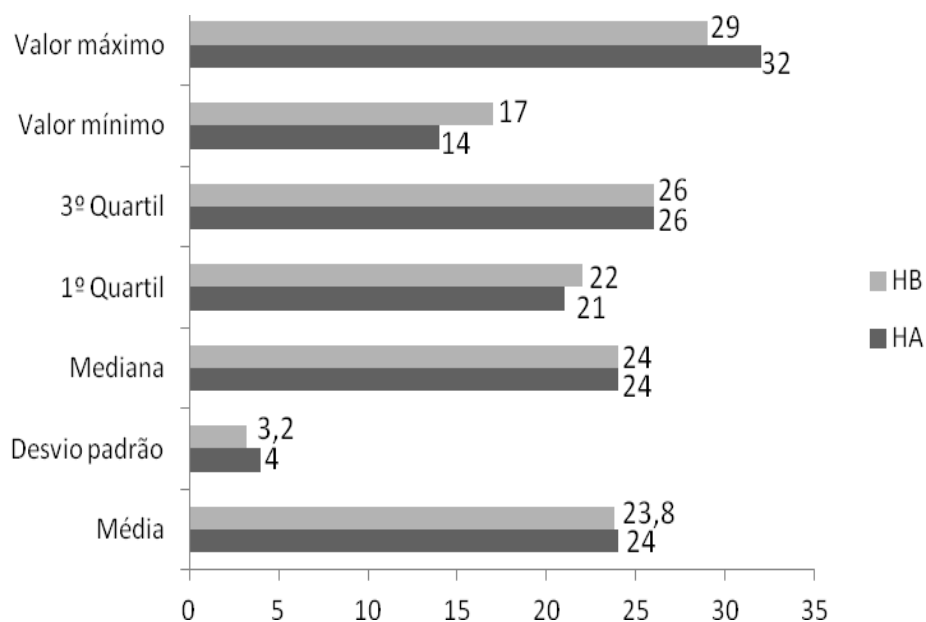


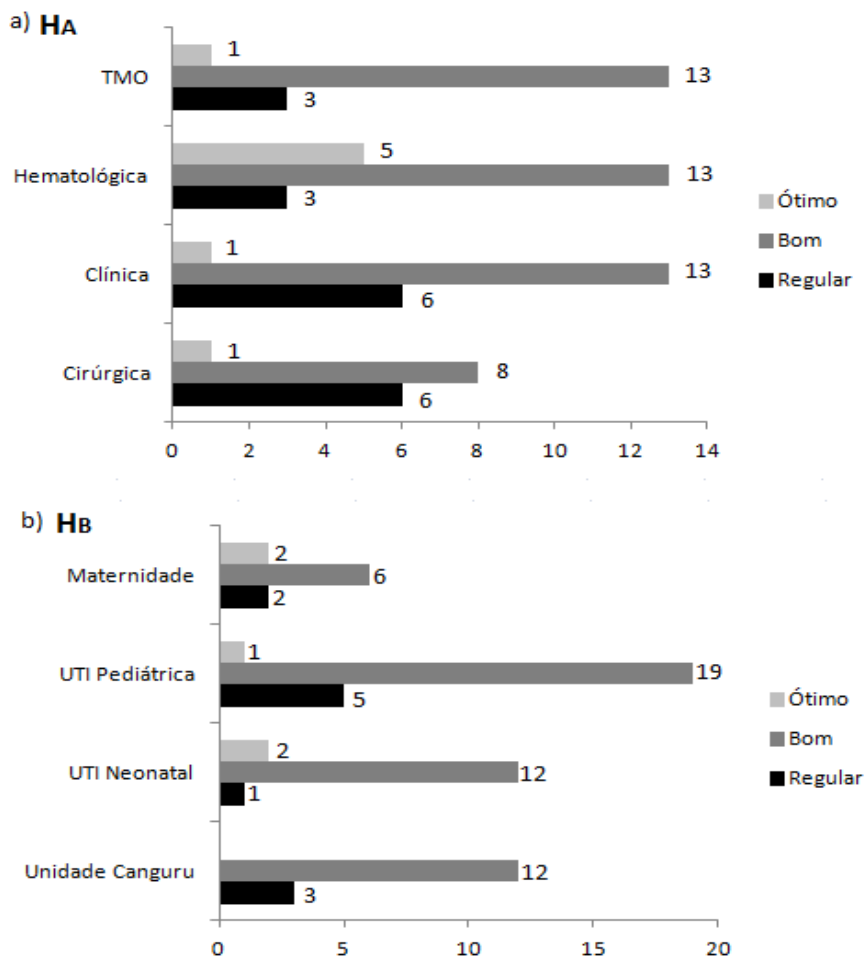
Figura 1 - Estatística descritiva do escore total nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017.

O APROCENF possibilitou a classificação da qualidade dos plantões de enfermagem nas categorias ruim, regular, bom ou ótimo (tabela 2). Houve predomínio da categoria bom 47 (64,3%) e 49 (75,3%) em ambos os hospitais. O escore médio dos itens variou de 3 (H_A) a 4 (H_B).

Tabela 2 - Classificação do produto do cuidar em enfermagem nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

	Hospital A	Hospital B	Total
Classificação	N(%)	N(%)	N(%)
Ruim	-	-	-
Regular	18(24,6)	11(16,9)	29(21)
Bom	47(64,3)	49(75,3)	96(69,5)
Ótimo	8(10,9)	5(7,6)	13(9,4)
Escore Total Md (Q1; Q3)	24(21;26)	24(22;26)	-
Escore dos itens Md (Q1; Q3)	3(2,5;3)	4(3;4)	-

No que se refere à classificação do produto do cuidar por plantão, observou-se maior frequência da categoria “bom” nas unidades de internação e especializadas de ambos os hospitais (Figura 2).



TMO- Transplante de Medula óssea; UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

Figura 2 - Frequência de classificação do produto do cuidar (escores) encontrados nas unidades investigadas dos hospitais H_A e H_B. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Em relação ao escore médio por unidades nos hospitais, nota-se que no H_A o escore variou entre 22,6 a 25,2; já no H_B, a variação foi de 22,6 a 25,5 (Figura 3).

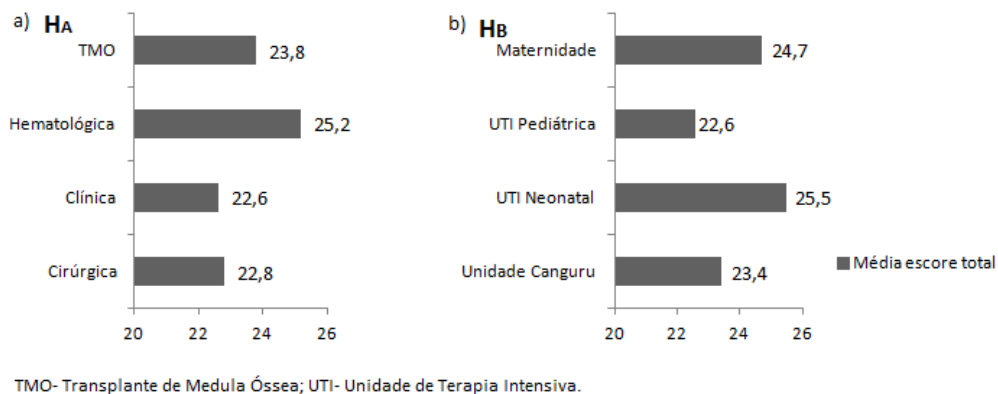


Figura 3 - Escore médio do produto do cuidar em enfermagem nas unidades dos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017.

Através da Tabela 3 é possível notar que os escores obtidos nas gradações do instrumento nas unidades investigadas apresentam variação de 3 (H_A) a 4 (H_B). Encontrou-se diferença estatística ($p < 0,01$) pelo Teste Mann-Whitney entre as gradações nas unidades dos hospitais. Quando analisados separadamente, somente o H_B apresentou diferença estatística entre as unidades ($p < 0,01$).

Tabela 3 - Classificação dos escores obtidos nas graduações do instrumento por unidade e hospital investigado. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Unidades	Avaliações	Itens		p*
	N (%)	Md	(Q1; Q3)	
H _A x H _B				<0,01
Hospital A				0,06
Cirúrgica	15 (20,5)	3	(2; 3)	
Clínica	20 (27,3)	3	(2; 3)	
Hematológica	21 (28,7)	3	(3; 3,5)	
TMO	17 (23,2)	3	(3; 3)	
Hospital B				<0,01
Canguru	15 (23)	4	(3; 4)	
UTI Neonatal	15 (23)	4	(3; 4)	
UTI Pediátrica	25 (38,4)	4	(4; 4)	
Maternidade	10 (15,3)	4	(3,7; 4)	

p* Teste Kruskal-Wallis; TMO- Transplante de Medula Óssea; UTI- Unidade de Terapia Intensiva.

Na Tabela 4 observa-se a classificação do escore obtido nas graduações por item do instrumento nas unidades do H_A. Houve variação nas graduações de 2 para os itens “Interação e atuação multidisciplinar” (3/4 unidades) e “Planejamento da assistência” (1/4) a 4 para os itens “Recursos necessários para prestar assistência” (em 3/4), “Atenção paciente/família” (2/4) e “Atendimento/necessidades” (2/4).

Tabela 4 - Classificação dos escores obtidos nas graduações por item do instrumento e unidade investigada do hospital A. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=73.

Itens	Cirúrgica	Clínica	Hematológica	TMO
	Md (AIQ)	Md (AIQ)	Md (AIQ)	Md (AIQ)
1-Planejamento da assistência	3 (1)	2 (2)	3 (1,5)	3 (2)
2- Recursos necessaries	3 (1)	4 (1)	4 (1)	4 (1)
3- Dimensionamento	3 (1)	3 (0,7)	3 (1)	4 (3)
4- Ações educativas	3 (1)	3 (1,7)	3 (1)	3 (1,5)
5- Acompanhamento	3 (1)	3 (1)	3 (1,5)	3 (1)
6- Interação/atuação	2 (2)	3 (2)	2 (2)	2 (3)
7- Atenção paciente/família	3 (2)	3 (1)	4 (1)	4 (0,5)
8- Atendimento/necessidades	3 (0)	3 (1)	4 (1)	4 (1)

TMO- Transplante de Medula Óssea; AIQ- Amplitude inter-quartis; 1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

No H_B (Tabela 5) as medianas das graduações dos itens variaram de 2 para o item “Interação e atuação multidisciplinar” (2/4 unidades) e “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (1/4) a 4 para “Planejamento da assistência de enfermagem” (3/4), “Acompanhamento” (2/4) e “Atendimento/necessidades” (2/4).

Tabela 5 - Classificação dos escores obtidos nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital B. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=65.

Itens	Canguru	UTI Neo	UTI Ped	Maternidade
	Md (AIQ*)	Md (AIQ)	Md (AIQ)	Md (AIQ)
1-Planejamento da assistência	4 (1)	4 (1)	3 (1,5)	4 (1)
2- Recursos necessities	3 (1)	3 (1)	3 (0)	3 (0,7)
3- Dimensionamento	2 (1)	3 (1)	3 (1,5)	3 (0)
4- Ações educativas	4 (0)	3 (1)	3 (1)	3,5 (1,7)
5- Acompanhamento	4 (2)	4 (1)	3 (0,5)	3 (1,7)
6- Interação/atuação	4 (2)	2 (2)	2 (1,5)	3 (0,2)
7- Atenção paciente/família	4 (1)	3 (0)	3 (1)	3 (0,2)
8- Atendimento/necessidades	4 (0)	4 (1)	3 (1)	3 (1,7)

UTI Neo- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UTI Ped- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; AIQ- Amplitude inter-quartis; 1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

Para identificar os itens do instrumento que mais contribuíram para o escore total conduziu-se a AFE considerando-se as 138 avaliações realizadas. A medida KMO de adequação da amostra foi 0,70 e o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se significativo ($p < 0,01$). Foram extraídos três fatores com autovalores superiores a 1,0 corroborado pelo Scree plot. A variância explicada por eles totalizou 59,6% representados pelo fator 1 (31%; autovalor 2,5), fator 2 (15,3%; autovalor 1,2) e fator 3 (13,3%; autovalor 1,1).

Apenas o fator 1 foi analisado devido ao seu maior poder de explicação e as baixas cargas fatoriais encontradas nos demais fatores. A matriz de correlação não

rotacionada identificou 6/8 itens do instrumento com carga fatorial significativa. Já com o método de rotação Varimax foi possível reduzir este número a quatro ($\geq 0,40$): “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “Recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49) (Tabela 6).

Tabela 6 - Cargas fatoriais na extração por análise de componentes principais (ACP) com rotação Varimax do fator 1, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Itens do instrumento	Cargas fatoriais	Comunalidades
1- Planejamento da Assistência	0,20	0,70
2- Recursos necessities	0,70	0,52
3- Dimensionamento	0,78	0,61
4- Ações educativas	0,05	0,71
5- Acompanhamento	0,29	0,64
6- Interação/atuação	0,26	0,53
7- Atenção paciente/família	0,49	0,46
8- Atendimento/necessidades	0,57	0,58

1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

4.3 Associação entre as Variáveis Demográficas e Profissionais e o Produto do Cuidar em Enfermagem

As variáveis demográficas e profissionais foram correlacionadas ao valor do escore médio do H_A e H_B, conforme apresentado na Tabela 7. Nota-se no H_A uma correlação de -0,37 entre o escore médio e a idade, e de -0,23 quando relacionado ao tempo na instituição. No H_B, observa-se um valor de 0,29 com o tempo na unidade.

Tabela 7- Correlação entre o escore médio do APROCENF e as características profissionais dos avaliadores, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Variáveis	Hospital A (n=73)	Hospital B (n=65)
<i>Idade</i>	-0,37**	0,04
<i>Tempo na instituição</i>	-0,23*	0,08
<i>Tempo de atuação</i>	-0,10	-0,05
<i>Tempo na unidade</i>	-0,19	0,29*

*p<0,05 (two-tailed); ** p<0,01 (two-tailed)

Referente à associação entre o escore médio e os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), não se evidenciou diferença estatística entre os turnos de trabalho quando os hospitais foram comparados de forma independente; houve significância (p=0,01), apenas, quando analisados conjuntamente e esta foi para o turno da noite (p=0,03) (Tabela 8).

Tabela 8 - Associação do escore médio do APROCENF com os turnos de trabalho, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Classificação	Manhã	Tarde	Noite	Total	P
H_A x H_B	45	46	47	138	0,01
- regular	13	12	4	29	
- bom	30	28	38	96	
- ótimo	2	6	5	13	
H_A	25	22	26	73	0,08
- regular	8	6	4	18	
- bom	16	13	18	47	
- ótimo	1	3	4	8	
H_B	20	24	21	65	0,10
- regular	5	6	-	11	
- bom	14	15	20	49	
- ótimo	1	3	1	5	

Quanto à qualificação profissional, não foi possível calcular a associação com o escore médio, já que o número de sujeitos com maior qualificação (n=36) e aqueles que apresentam apenas a graduação (n=8) no H_A e H_B diferiam em valor, podendo influenciar os testes estatísticos.

5 DISCUSSÃO

Instrumentos gerenciais que abordam categorias associadas à produção do cuidado, como o APROCENF, permitem identificar aspectos decisivos para a assistência considerando as particularidades de cada unidade e/ou instituição hospitalar avaliada. Apesar de serem ferramentas reconhecidas por subsidiarem a prática profissional do enfermeiro, o APROCENF é um novo instrumento que ainda precisa ser estudado em diferentes cenários permitindo a comparação entre os produtos gerados e os fatores críticos do processo. Ao utilizá-lo em unidades especializadas de dois hospitais de alta complexidade, sendo um deles referência para a assistência oncológica e o outro para a atenção materna e infantil, foi possível reconhecer o produto do cuidar em enfermagem e os aspectos cruciais de cada serviço.

Mesmo diante das diferentes características das instituições e unidades pesquisadas, o produto do cuidar foi classificado como bom em 69,5% das avaliações, com escore total médio próximo a 24 e variação entre 14 e 32 pontos no H_A e de 17 a 29 no H_B. Em ambos os hospitais, os plantões foram avaliados entre regular e ótimo e, em relação às unidades de internação, o escore total médio variou de 22,6 a 25,2 no H_A e de 22,6 a 25,5 no H_B ratificando a tendência dos avaliadores à classificação dos plantões como “bom”. Esta homogeneidade na pontuação de cada item do instrumento e no escore total das avaliações pode refletir na consistência interna do mesmo, a qual foi demonstrada por um valor alfa de Cronbach de 0,71. Estudos sugerem que a cada nova aplicação de uma escala o alfa deverá ser testado e ressaltam que a inter-relação dos itens, por exemplo, pode gerar alterações numéricas do coeficiente.⁴⁷⁻⁴⁸ No estudo

original, para validação do instrumento, o alfa de Cronbach foi de 0,85.⁴⁰ Valores maiores do que 0,70 indicam existir confiabilidade entre as medidas.^{45,49}

Ainda, quanto à característica homogênea dos dados, tem-se a hipótese de que a participação do enfermeiro clínico como avaliador do próprio plantão, ou seja, o responsável pela gestão do cuidado pode suscitar uma associação do escore total à sua autoavaliação. É importante ressaltar que todo processo avaliativo tem como característica a atribuição de valor e precisa ser compreendido como um instrumento do processo de trabalho em saúde permitindo aperfeiçoar e adequar à produção do cuidado.⁵⁰ Sendo assim, no momento de sensibilização prévia do enfermeiro quanto à utilização do APROCENF, seu construto e os valores agregados, recomenda-se o esclarecimento de que esse instrumento não avalia o desempenho profissional. Por outro lado, estudos futuros poderão analisar o produto do cuidar em enfermagem ao final de um plantão na perspectiva de diferentes profissionais: enfermeiros clínicos, enfermeiros coordenadores de unidade e até mesmo docentes, residentes e graduandos de enfermagem a fim de comparação. Assim, diversos aspectos poderão ser explorados, dentre eles, se a autoavaliação e a disponibilidade de tempo são fatores influenciadores na aplicação deste instrumento.

Quanto aos aspectos críticos da produção do cuidado de enfermagem, ao comparar os escores das graduações de cada item em relação às unidades dos hospitais investigados houve diferença estatística entre estes ($p < 0,01$) reafirmando a importante verificação dos itens que mais impactam no processo. Neste estudo, o item “Interação e atuação multidisciplinar” obteve a menor mediana (2) tanto no H_A (3/4 unidades) quanto no H_B (2/4 unidades), corroborando os achados encontrados na verificação de medidas psicométricas do APROCENF.⁴⁰ Fato merecedor de destaque, pois esta prática

torna potente a autonomia de cada categoria profissional e favorece a troca de conhecimentos no sentido de qualificar a assistência oferecida, especialmente em unidades altamente especializadas.^{31,51} Entretanto, esta interação pode ser dificultada devido à divisão social e técnica do trabalho, a falta de cooperação e as falhas de comunicação entre as equipes, além de deficiências nas condições laborais⁵² e no modelo de organização e gestão da unidade.⁵³

Em contrapartida, no item “Atendimento das necessidades assistenciais” os valores ficaram entre 3 (4/8) e 4 (4/8). Estas gradações compreendem atender a maior parte (3), quase que total ou totalmente as intervenções planejadas (4); realizar grande parte (3) ou todas (4) as atividades de maior complexidade técnica que competem ao enfermeiro com possibilidade moderada (3) ou mínima (4) de riscos aos pacientes. Este resultado vai ao encontro daquele evidenciado no estudo de validação⁴⁰, mas também pode representar a particularidade de algumas unidades: hematológica, TMO, canguru e UTI neonatal.

Os pacientes hematológicos e que demandam internação na TMO requerem, muitas vezes, cuidados complexos em relação à assistência de enfermagem semelhantes às unidades intensivas e necessitam, portanto, de um maior número de intervenções privativas do enfermeiro.⁵⁴ Na UTI neonatal, a prematuridade é a principal causa de internação e, além de recursos tecnológicos, os recém-nascidos exigem cuidados especializados e atenção priorizada dos enfermeiros em relação às atividades técnicas.⁵⁵ Por outro lado, o método canguru não demanda investimento físico-estrutural, mas exige capacitação e organização dos profissionais de enfermagem dedicando-se a este cuidado direto de humanização na atenção ao binômio.⁵⁶

O “Planejamento da assistência de enfermagem” também foi avaliado com graduações entre 3 (4/8) e 4 (3/8) nas unidades investigadas. Este plano de cuidados remete ao Processo de Enfermagem (PE), um instrumento de trabalho do enfermeiro que requer raciocínio clínico, sistematização e formalização das atividades, e diz respeito à organização da assistência. Os entendimentos e definições desse processo, muitas vezes, são confundidos com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um método para a operacionalização do PE. Esta dificuldade de compreensão pode causar limitações e falta de clareza na atuação do enfermeiro.⁵⁷

Neste sentido, conforme mencionado por alguns enfermeiros participantes, o item “Planejamento da assistência de enfermagem” parece ter sido associado à formalização da SAE que é de caráter obrigatório em ambos os hospitais e realizada por meio de sistema informatizado. Esta compreensão pode representar um viés na avaliação. Pesquisadores identificaram que as prescrições de enfermagem realizadas em base de dados eletrônica não estão em total concordância com as necessidades de cuidados dos pacientes.⁵⁸ Na construção da escala, os itens do APROCENF e suas graduações foram considerados autoexplicativos e, portanto, não foi realizada definição para cada um deles. O planejamento da assistência de enfermagem envolve muitos fatores, além da SAE, e as graduações desse item abordam a sistematização do processo (de forma verbal ou registro formal) a partir de avaliação direta (visita clínica) e complementação de informações junto à equipe (avaliação indireta).

O “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” considera a carga de trabalho em relação às necessidades dos pacientes e tem importante influência na segurança da assistência à saúde⁵⁹ e na (in)satisfação dos profissionais de enfermagem.⁶⁰⁻⁶¹ A grande maioria (6/8) avaliou esse item como 3, ou seja, “o dimensionamento de pessoal de

enfermagem é quase que compatível com a carga de trabalho e, para as ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s), dispõe de cobertura por meio de remanejamento(s) e/ou hora(s) extra de profissional(is) com experiência na área”. Apenas uma unidade (canguru) classificou com mediana 2, gradação que afirma não haver compatibilidade com a carga de trabalho e, mesmo assim, os demais itens do APROCENF foram avaliados com gradações entre 4 (6/8) e 3(1/8). Nesse caso, mesmo diante da sobrecarga de trabalho, a enfermagem parece conseguir avaliar, planejar, acompanhar a assistência prestada e realizar ações educativas estabelecendo também uma relação acolhedora com as pacientes e familiares. Esses achados contrariam pesquisas⁶²⁻⁶³ que defendem a correlação entre sobrecarga de trabalho gerada por um quantitativo de pessoal de enfermagem reduzido e dificuldade na supervisão da assistência de forma eficaz com diversos riscos na prestação do cuidado.

A associação entre o escore médio das avaliações e as variáveis demográficas e profissionais dos enfermeiros participantes mostrou correlações fracas e inversas quanto à idade (-0,37) e tempo na instituição (-0,23) no H_A . Estes dados possibilitam deduzir que a maturidade do profissional e o maior tempo de vínculo com a instituição estão relacionados à aquisição de competências para a análise crítica do trabalho⁶⁴ tendendo à avaliação do produto do cuidar com menor escore. No H_B a correlação entre o escore médio e o tempo de atuação na unidade também foi fraca (0,29). Foi possível notar diferença estatística ($p=0,01$) entre os turnos de trabalho na análise conjunta dos hospitais com valor significativo para o período noturno ($p=0,03$). No estudo de validação, o produto do cuidar em enfermagem tende a ser melhor avaliado no turno da tarde.⁴⁰

Os itens que mais contribuíram para o escore total nas instituições pesquisadas foram: “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “Recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49). Valores diferentes foram encontrados na AFE do estudo de validação: “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,79) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,79), “Acompanhamento e transferência de cuidado” (0,79) e “Planejamento da assistência de enfermagem” (0,77).⁴⁰

Sendo assim, parece que em unidades de internação de hospitais especializados os fatores estruturais (quadro de pessoal de enfermagem e demais recursos) contribuem de forma significativa na produção do cuidar e na oferta de um serviço seguro e de qualidade.⁶⁵⁻⁶⁶

Portanto, o cenário de prática parece influir na produção do cuidar. A identificação de itens críticos no processo de trabalho só será possível se o enfermeiro assumir seu papel na gestão do cuidado utilizando instrumentos que permitam organizar as atividades, avaliar a prática e melhorar os resultados, reafirmando, portanto, o seu protagonismo na transformação da práxis subsidiado por evidências.⁶⁷⁻⁶⁸

As avaliações foram conduzidas em oito unidades de dois hospitais especializados da região noroeste do estado de São Paulo a fim de abranger as possíveis especificidades dos diferentes cenários de prática. Entretanto, a quantidade de avaliações realizadas, o número de avaliadores entre o H_A e H_B e a inclusão do contexto assistencial de dois hospitais podem restringir os achados e diferir de outros serviços. O receio do enfermeiro em avaliar seu próprio desempenho e não o seu ambiente de trabalho ou mesmo a associação do plano de cuidados com a SAE em sistema informatizado, também podem ter interferido nos resultados.

6 CONCLUSÃO

Em ambos os hospitais, o produto entregue pela enfermagem ao final do turno de trabalho foi considerado, predominantemente, como “bom” com diferença significativa entre as graduações das unidades e entre os turnos quando as instituições foram analisadas conjuntamente. A associação entre o escore total e as variáveis demográficas e profissionais mostrou-se fraca.

Os achados desse estudo evidenciam as particularidades e as convergências em relação ao produto do cuidar em enfermagem e os aspectos críticos atinentes a esse processo nas diferentes unidades e/ou serviços especializados contribuindo para a comparação em outros contextos de prática.

O APROCENF confirma-se, portanto, como uma importante ferramenta para identificar as forças e fragilidades da prática profissional subsidiando os enfermeiros no planejamento estratégico, na tomada de decisão e na gestão de mudanças. Dessa forma, novos estudos deveriam ser efetuados para verificar sua qualidade diagnóstica, entre outros aspectos relativos à aplicabilidade do instrumento.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [citado em 2016 Set 02]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília (DF); 2014[citado 2016 Set 02] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf
3. Kuschnir R, Lima L D, Baptista T WF, Machado CV. Qualificação de Gestores do SUS do curso a distância. Programa Nacional de Desenvolvimento Gerencial do Ministério da Saúde. 2012. [citado 2016 Nov 18]. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/182275>
4. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília (DF); 2007 [citado 2016 Nov 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro9.pdf
5. Desmedt M, De Geest S, Schubert M, Schwendimann R, Ausserhofer D. A multi-method study on the quality of the nursework environment in acute-care hospitals: positioning Switzerland in the Magnet hospital research. *Swiss Med Wkly* [online] 2012 [citado 2016 Jan 5]; 142:(13733). Disponível em: <https://smw.ch/resource/jf/journal/file/download/article/smw.2012.13733/smw.2012.13733.pdf/>
6. Dubeux LS, Carvalho EF. A characterization of the specialized services on offer in regional referral hospitals: a contribution to the regionalization of Brazilian public

health care. Rev. Bras. Saúde Materna Infantil [online] 2009 [citado 2016 Jan 15];9(4):467-476. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v9n4/a12v9n4.pdf>

7. Berssaneti FT, Saut AM, Barakat MF, Calarge FA. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence? Rev esc. enferm USP [online] 2016 [citado 2016 Maio 3];50(4):650-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/0080-6234-reeusp-50-04-0650.pdf>

8. D’Innocenzo M, Adami NP, Cunha ICKO. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. bras. enferm [online] 2006 [citado 2016 Fev 03];59(1):84-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n1/a16v59n1.pdf>

9. Schubert M, Clarke SP, Aiken LH, De Geest S. Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals. Int. j. qual. health care [online] 2012 [citado 2016 Fev 9]; 24(3):230-38. Disponível em: <https://academic.oup.com/intqhc/article-pdf/24/3/230/5092337/mzs009.pdf>

10. Oliveira AL, Palma Sobrinho N, Cunha BA. Chronic cancer pain management by the nursing team. Rev Dor [online] 2016 [citado 2016 Out 15];17(3):219-22. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v17n3/pt_1806-0013-rdor-17-03-0219.pdf

11. Mahon SM. Risk, assessment, prevention, and early detection: challenges for the advanced practice nurse. Sem Onco Nurs [online] 2015 [citado 2016 Jun 17];31(4):306-26. Disponível em: [http://www.seminarsoncologynursing.com/article/S0749-2081\(15\)00067-4/pdf](http://www.seminarsoncologynursing.com/article/S0749-2081(15)00067-4/pdf)

12. Vos AA, Denktaş S, Borsboom GJJM, Bonsel GJ, Steegers EAP. Differences in perinatal morbidity and mortality on the neighbourhood level in Dutch municipalities: a population based cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [online] 2015 [citado 2016 Jun 17];15:201. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557854/pdf/12884_2015_Article_628.pdf

13. Melo EC, Oliveira RR, Mathias TAF. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. *Rev. esc. enferm. USP* [online] 2015 [citado 2016 Mai 05]; 49(4):540-49. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>

14. Lacalamita R, Quaranta A, Liuzzi MPT, Nigro A, Simonetti U, Schirone M, et al. The European accreditation of Istituto Tumori Giovanni Paolo II of Bari. *J. Tumori* [online] 2015 [citado 2016 Mai 15]; 101(1):S14-S18. Disponível em: <http://www.tumorijournal.com/Attach/2a2f761f-b32e-4ceb-9b6e-97a18a82c7a4/7be4b06b-a07c-45cd-aae3-0fa56d3a1cff>

15. Silva ALA, Mendes ACG, Miranda GMD, Sá DA, Souza WV, Lyra TM. Evaluation of maternal and neonatal hospital care: quality index of completeness. *Rev. Saúde Pública* [online] 2014 [citado 2016 Abril 23];48(4):682-91. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181090/pdf/0034-8910-rsp-48-04-00682.pdf>

16. Lagerlund M, Sharp L, Lindqvist R, Runesdotter S, Tishelman C. Intention to leave the workplace among nurses working with cancer patients in acute care hospitals in Sweden. *Euro J of Oncol Nursing* [online] 2015 [citado 2016 Jun 27]; 19:629-637. Disponível em: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(15\)00058-7/pdf](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(15)00058-7/pdf)

17. Bobbio A, Manganelli AM. Antecedents of hospital nurses' intention to leave the organization: A cross sectional survey. *Int J Nurs Stud* [online] 2015 [citado 2016 Jul 01]; 52: 1180-92. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00071-1/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00071-1/pdf)

18. Yuri NE, Tronchin DMR. Quality of maternal-child health care at a university hospital, according to the nurses' perspective. *Rev. esc. enferm. USP* [online] 2010 [citado 2016 Jul 05]; 44(2):331-38. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/en_13.pdf
19. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede KV, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* [online] 2013 [citado 2016 Mar 23];50:143-53. Disponível em: [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(12\)00410-5/pdf](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(12)00410-5/pdf)
20. Tres DP, Oliveira JLC, Vituri DW, Alves SR, Rigo DFH, Nicola AL. Quality of care and patient safety: assessment based on indicators. *Cogitare enferm.* [online] 2016 [citado 2016 Out 27];21(n. esp):01-08. Disponível em: <file:///C:/Users/pc/Downloads/44938-184656-1-PB.pdf>
21. Benedet SA, Gelbcke FL, Amante LN, Padilha MIS, Pires MP. Nursing process: systematization of the nursing care instrument in the perception of nurses. *Rev. pesq. cuid. fundam. (Online)* [online] 2016 [citado 2016 Set 12];8(3):4780-88. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4237/pdf>
22. Freitas JS, Silva AEBC, Minamisava R, Bezerra ALQ, Sousa MRG. Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Rev. latinoam. enferm.* [online] 2014 [citado 2016 Abril 17];22(3):454-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/0104-1169-rlae-22-03-00454.pdf>
23. Giordani JN, Bisogno SBC, Silva LAA. Perception of nurses regarding management activities for user assistance. *Acta paul. enferm.* [online] 2012 [citado 2016 Jun 20];25(4):511-16. Disponível em: http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v25/n4/v25n4a5_en.pdf

24. Ferreira GE, Dall'Agnol CM, Porto AR. Repercussions of proactivity in the management of care: Perceptions of nurses. *Esc Anna Nery* [online]. 2016 [citado 2016 Jul 10];20(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160057.pdf
25. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2012 [citado 2016 Jun 12];46(3):729-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf
26. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. The meaning of care management attributed by nursing faculty members from the viewpoint of complex thinking. *Rev Rene* [online]. 2014 [citado 2016 Jul 10];15(2):196-205. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160361097.pdf
27. D'Amouri D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care* [online] 2005 [citado 2016 Ago 17]; Supplement 1: 8 – 20. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F13561820500081604>
28. Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs* [online]. 2014 [citado 2016 Mai 02];70(9):1970-9. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12402/epdf>
29. Palese A, Comisso I, Burra M., Ditantaro PP, Peressoni L, Mattiussi E, Lucchini A. Nursing Activity Score for estimating nursing care need in intensive care units: findings from a face and content validity study. *J Nurs Management* [online] 2016 [citado 2016

- Ago 17];24:549–59. Disponível em:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12357/epdf>
30. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs* [online]. 2013 [citado 2017 Jan 10];69(8):1862-8. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12038/pdf>
31. Alves DFDS, Silva DD, Guirardello EDB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *J Nurs Manag* [online]. 2017 [citado 2017 Jan 10];25(1):46-55. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12427/pdf>
32. Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2015 [citado 2016 Mai 10];23(4):642-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>
33. Erdmann AL, Mello ALSF, Meirelles BHS, Marino SRA. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. *Rev. bras. enferm.* [online] 2004 [citado 2016 Jan 27];57(4):467-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n4/v57n4a16>
34. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Meirelles BHS. Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. *Texto & contexto enferm.* [online] 2006 [citado 2016 Fev 18];15(3):483-91. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a14>
35. Chaffee M, McNeill M. A model of nursing as a adaptive system. *Nurs Outlook* [online] 2007 [citado 2016 Set 17];55:232-41. Disponível em: [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(07\)00100-5/pdf](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(07)00100-5/pdf)

36. Clancy TR. Control: What We Can Learn From Complex Systems Science. *Nurs Outlook* [online] 2008 [citado 2016 Out 25]; 38(6):272-74. Disponível em: <http://insights.ovid.com/pubmed?pmid=18562830>
37. Faria HX, Araujo MD. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde Soc* [online] 2010 [citado 2016 Out 03];19(2):429-39. Disponível em: [file:///C:/Users/pc/Downloads/29659-34461-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/pc/Downloads/29659-34461-1-PB%20(1).pdf)
38. Institute of Medicine. *The future of nursing: leading change, advancing health*. Washington (DC): The National Academies Press 2010.
39. Cucolo DF, Perroca MG. Factors involved in the delivery of nursing care. *Acta paul. enferm.* [online] 2015 [citado 2016 Jan 05]; 28(2):120-24. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/en_1982-0194-ape-28-02-0120.pdf
40. Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): a reliability and construct validity study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online] 2017 [citado 2017 Mai 02];25:e2860. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2860.pdf>
41. Prata HD. *Acima de tudo o amor: como a fé e a solidariedade construíram o maior polo de referência nacional contra o câncer*. São Paulo: Editora Gente;2012.
42. Ministério da Saúde. Portaria Nº 102, de 3 de Fevereiro de 2012. [acesso em 2016 Nov 10] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0102_03_02_2012.html
43. Ministério da Saúde. Portaria Nº 140, de 27 de Fevereiro de 2014. [acesso 2016 Nov 10] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html

44. Callegari J, Sidia M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artemed; 2003. 255p.
45. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada dos dados. 6th ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
46. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. Boston: Allyn and Bacon; 5 ed. 2007.
47. Tavakol M, Dennick R. Post-examination analysis of objective tests. Med Teach. [online] 2011 [citado 2016 Fev 20];33:447-58. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0142159X.2012.643266?scroll=top&needAccess=true>
48. Streiner D. Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. J Pers Assess. [online] 2003 [citado 2016 Fev 07] ;80:99-103. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/David_Streiner2/publication/10902931_Starting_at_the_Beginning_An_Introduction_to_Coefficient_Alpha_and_Internal_Consistency/links/09e415061dcd209acd000000/Starting-at-the-Beginning-An-Introduction-to-Coefficient-Alpha-and-Internal-Consistency.pdf
49. Martins, GA. Sobre confiabilidade e validade. RBGN. 2008; 8(20).
50. Pierantoni CR, França T, Ney MS, Monteiro VO, Varella TC, Santos MR, Nascimento D. Performance evaluation: discussing technology for planning and managing health workforce. Rev. esc. enferm. USP. [online] 2011[citado 2017 Jan 07]; 45(Esp):1627-31. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en_v45nspea14.pdf

51. Adler-milstein J, Neal K, Howell MD. Residents' and nurses' perceptions of team function in the medical intensive care unit. *J Crit Care Nurs*. [online] 2011 [citado 2016 Out 20] ;26(1):104.e7–e15. Disponível em: [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(10\)00085-7/pdf](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(10)00085-7/pdf)
52. Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent R, Green JSA. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *Health Serv Res* [online]. 2014 [citado 2016 Fev 23];14:377. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14->
53. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva* [online]. 2013 [citado 2016 Fev 23];18(11):3203-3212. Disponível em: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232013001100011&pid=S1413-81232013001100011&pdf_path=csc/v18n11/11.pdf&lang=pt
54. Silva JB, Póvoa VCO, Lima MHM, Oliveira HC, Padilha KG, Secoli SR. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP* [online]. 2015 [citado 2016 Fev 15];49(esp):92-98. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0093.pdf
55. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [online]. 2013 [citado 2016 Mai 15];66(5): 656-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf>
56. Toma, TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. *Bol. Inst. Saúde* [online]. 2012

[citado 2017 Mai 10];13(3):231-38. Disponível em:

<http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a05.pdf>

57. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, SilvaRCG. Processo de enfermagem: guia para a prática. 1th ed. São Paulo: COREN-SP [online], 2015 [citado Abril 2017].

Disponível em: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>

58. Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2016

[citado 2017 Jun 15];24:e2723. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02723.pdf>

59. Rossetti AC, Gaidzinski RR, Bracco MM. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. *Einstein* [online]. 2014 [citado

2017 Jan 23];12(2):217-22. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n2/1679-4508-eins-12-2-0217.pdf>

60. Bronwyn H, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manage* [online]. 2010

[citado 2017 Fev 15];18(7):804-14. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x/pdf>

61. Van Bogaert P, Clarke S, Willems R, Mondelaers M. Nurse practice environment, workload, burnout, job outcomes, and quality of care in psychiatric hospitals: a structural equation model approach. *J Adv Nurs*. [online] 2013 [citado 2017 Fev 13];

69(7): 1515-24. Disponível em:

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12010/epdf>

62. Nunes BK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: Application of the Nursing Activities Score. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2013 [citado 2017 Jan 17];21(1):348-55. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a09.pdf>
63. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs* [online]. 2010 [citado 2016 Jun 14];19(15-16): 2185–2195. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057502/pdf/nihms218827.pdf>
64. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 [citado 2017 Jan 17]; 22(2): 552-60. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71427998034#>
65. Monteiro C, Avelar AFM, Pedreira MLG. Interruptions of nurses' activities and patient safety: an integrative literature review. *Rev. latinoam. enferm.* [online] 2015 [citado 2017 Jan 20] ;23(1):169-79. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n1/0104-1169-rlae-23-01-00169.pdf>
66. Mello JF, Barbosa SFF. Patient Safety Culture in Intensive Care: Nursing Contributions. *Texto & context enferm.* [online] 2013 [citado 2017 Fev 01] ;22(4): 1124-33. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/en_31.pdf
67. Lanzoni GMM, Magalhães ALP, Costa VT, Erdmann AL, Andrade SR, Meirelles BHS. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. *Rev. Eletr. Enf.* [online] 2015 [citado em 2017 Fev 23]; 17(2): 322-32. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n2/pdf/v17n2a16.pdf>

68. Lima RS, Lourenço EB, Rosado SR, Sanches RS, Fava SMCL, Dázio EMR. Gerenciar unidade de internação hospitalar: o que pensam os enfermeiros? Rev. enferm. Cent.-Oeste min. [online] 2016 [citado 2017 Fev 14]; 6(2): 2190-98. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/download/1128/1102>

APÊNDICE 1 - Perfil Profissional dos Enfermeiros

Perfil Profissional dos Enfermeiros			
1	Data de coleta	__/__/__	
2	Sujeito (n°)		
3	Sexo	1- Feminino; 2- Masculino	
4	Idade	Em anos	
5	Tempo de atuação profissional	Em meses	
6	Tempo de atuação na instituição	Em meses	
7	Tempo de atuação na unidade	Em meses	
8	Residência	0- Não; 1- Sim	
10	Área	Descrever	
11	Aprimoramento	0- Não; 1- Sim	
12	Área	Descrever	
13	Especialização	0- Não; 1- Sim	
14	Área	Descrever	
15	Mestrado	0- Não; 1- Sim	
16	Área	Descrever	
17	Doutorado	0- Não; 1- Sim	
18	Área	Descrever	
19	Outro	0- Não; 1- Sim (Descrever qual)	
20	Área	Descrever	

APÊNDICE 2- Registro dos Escores

Ficha de coleta por plantão		
APROCENF		Escore
1	Planejamento da assistência de enfermagem 1-4	
2	Recursos necessários para prestar assistência 1-4	
3	Dimensionamento de pessoal de enfermagem 1-4	
4	Ações educativas e desenvolvimento profissional 1-4	
5	Acompanhamento e transferência do cuidado 1-4	
6	Interação e atuação multidisciplinar 1-4	
7	Atenção ao paciente e/ou familiar 1-4	
8	Atendimento das necessidades assistenciais 1-4	
Identificação		
Unidade (descrever)		
Turno	1-Manhã; 2-Tarde; 3-Noite	
Dias da semana	1-Domingo; 2-Segunda; 3-Terça; 4-Quarta; 5-Quinta; 6-Sexta; 7-Sábado	

APÊNDICE 3- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- H_A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA

Título do Projeto: "Avaliação do produto do cuidar de enfermagem em hospitais especializados"

INVESTIGADORES DO ESTUDO

Hospital de Câncer de Barretos, Brasil

Mayara Ruiz Chotolli

Prof. Dr. Márcia Galan Perroca

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo que será realizado no Hospital de Câncer de Barretos - Fundação Pio XII.

Este Termo de Consentimento explica porque este estudo está sendo realizado e qual será a sua participação, caso você aceite o convite. Este documento também descreve os possíveis riscos e benefícios se você quiser participar. Após analisar as informações com a pessoa que explica este Termo de Consentimento, e esclarecer suas dúvidas, você deverá ter o conhecimento necessário para tomar uma decisão esclarecida sobre sua participação ou não neste estudo.

JUSTIFICATIVA PARA O ESTUDO

A qualificação do enfermeiro e os esforços que melhorem a assistência refletem significativamente na opinião dos pacientes em relação à qualidade dos serviços.

Sendo assim, os métodos que avaliam a assistência são importantes já que possibilitam a construção de novas práticas gerenciais e representam a busca por qualidade do seu serviço.

OBJETIVO DO ESTUDO

O estudo possui como objetivo principal: avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de hospitais especializados.

PROCEDIMENTOS

Você deverá responder um instrumento chamado APROCENF, o qual possui 8 itens que avaliam o produto do cuidado ao final de cada plantão. O instrumento deverá ser respondido ao final do plantão que você estiver responsável. Também será aplicada uma ficha de caracterização que você mesmo poderá responder, a qual inclui os seguintes dados: sexo, idade, tempo de atividade profissional, tempo de atividade na unidade e sua qualificação profissional.

O nome do sujeito não será citado, evitando constrangimentos durante a pesquisa. Os dias de coleta de dados em sua unidade de trabalho serão alternados e o enfermeiro que irá responder ao instrumento também será alternado, a fim de garantir futuras comparações de dados entre os dias da semana e as respostas dos diferentes enfermeiros.

RISCOS E DESCONFORTOS PARA OS PARTICIPANTES

Os riscos da pesquisa são mínimos, pois não tem como intuito trazer nenhum desconforto aos sujeitos de pesquisa.

Você poderá sentir algum desconforto durante aplicação do instrumento APROCENF, já que irá avaliar seu plantão diário.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os benefícios desta pesquisa são a avaliação do processo de cuidar nas diversas unidades de internação e a identificação dos fatores que dificultam sua realização de forma efetiva e eficaz.

INTERRUPÇÃO DO ESTUDO

Este estudo poderá ser encerrado antes do prazo se houver dúvidas relativas à sua segurança ou por razões administrativas. Qualquer que seja o motivo, o estudo somente será interrompido depois da avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos que o aprovou, a não ser que existam razões de segurança que exijam a interrupção imediata do estudo.

LIBERDADE DE RECUSA

A sua participação neste estudo é voluntária e não é obrigatória. Você pode aceitar participar do estudo e depois desistir a qualquer momento. Isto não tirará nenhum direito como colaborador neste hospital. Você também poderá pedir a qualquer momento que as suas informações sejam excluídas completamente deste estudo e que elas não sejam usadas para mais nada.

Você tem o direito de se recusar de responder as perguntas do questionário que lhe causem constrangimento de qualquer natureza.

GARANTIA DE SIGILO

O pesquisador tomará todas as medidas para manter suas informações pessoais (como nome, endereço e outras) em sigilo. Durante todo o estudo e mesmo depois que terminar, quando os resultados deste estudo forem publicados em revistas científicas ou apresentados em congressos ou reuniões, a sua identidade será guardada em segredo, não sendo revelada qualquer informação a seu respeito que possa identificar você publicamente. Contudo, durante o estudo, algumas pessoas do Hospital de Câncer de Barretos envolvidas diretamente na pesquisa poderão ter acesso aos seus dados. Mesmo assim, os seus dados serão preservados e não serão divulgados publicamente.

CUSTOS, REMUNERAÇÃO E INDENIZAÇÃO

A participação neste estudo não terá custos a mais para você. Os custos relacionados diretamente com o estudo serão pagos pela(s) instituição(ões) que está(ão) participando deste estudo. Também não haverá qualquer tipo de pagamento devido à sua participação. Se você sofrer algum dano como resultado da sua participação nesse estudo nesta instituição, o Hospital de Câncer de Barretos será responsável por lhe dar todo o apoio necessário de forma gratuita. Ao assinar este Termo de Consentimento, você não perderá nenhum direito.

ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS, CRÍTICAS, SUGESTÕES E RECLAMAÇÕES

Você poderá tirar qualquer dúvida sobre o estudo, fazer críticas, sugestões e reclamações diretamente com o pesquisador no Hospital de Câncer de Barretos, Mayara Ruiz Chotolli, no telefone (17) 3321-6600, ramal: 7129. Você também poderá entrar em contato com o coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Câncer de Barretos (CEP-HCB), (Nome do Coordenador CEP), localizado na Rua Antenor Duarte Vilela, 1331 – telefone (17) 3321-0347, (17) 3321-6600 ramal 6647 – e-mail cep@hcancerbarretos.com.br.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Entendi o estudo. Tive a oportunidade de ler o Termo de Consentimento ou alguém o leu para mim. Tive a oportunidade de pensar, fazer perguntas e falar a respeito do documento com outras pessoas quando precisei. Autorizo a minha inclusão neste estudo. Ao assinar este Termo de Consentimento, não renuncio a nenhum dos meus direitos legais. Este documento será assinado em duas vias, sendo que uma via ficará comigo e outra com o pesquisador.

Nome por extenso do participante de pesquisa ou do representante legal	Data	Assinatura
Nome por extenso do responsável que explicou e obteve o Termo de Consentimento	Data	Assinatura
Nome por extenso da testemunha imparcial (para casos de analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)	Data	Assinatura

APÊNDICE 4- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)- HB

1. Você está sendo convidado para participar da pesquisa "Avaliação do produto do cuidar de enfermagem em hospitais especializados".
1. Você foi selecionado e sua participação não é obrigatória.
2. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.
3. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição Hospital da Criança e Maternidade.
4. O objetivo principal deste estudo é: avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de hospitais especializados. Você deverá responder um instrumento chamado APROCENF, o qual possui 8 itens que avaliam o produto do cuidado ao final de cada plantão. O instrumento deverá ser respondido ao final do plantão que você estiver responsável. Também será aplicada uma ficha de caracterização que você mesmo poderá responder, a qual inclui os seguintes dados: sexo, idade, tempo de atividade profissional, tempo de atividade na unidade e sua qualificação profissional.
5. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário que avalia o produto do cuidar e uma ficha de caracterização.
7. Os riscos da pesquisa são mínimos, pois não tem como intuito trazer nenhum desconforto aos sujeitos de pesquisa. Você poderá sentir algum desconforto durante aplicação do instrumento, já que irá avaliar seu plantão diário.
8. Os benefícios relacionados com a sua participação são a avaliação do processo de cuidar nas diversas unidades de internação e a identificação dos fatores que dificultam sua realização de forma efetiva e eficaz.
9. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação.
10. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sua identificação será apenas por número, para organização dos dados.
11. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o Projeto de Pesquisa de sua participação, agora ou a qualquer momento.

DADOS DO PESQUISADOR PRINCIPAL

Mayara Ruiz Chotolli

Assinatura

Av. Jamil Feres Kfourri, N° 189, Jd. Panorama.

(18)98169-3296

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP que funciona na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, na Av. Brigadeiro Faria Lima. Telefone: (17) 3201-5813

São José do Rio Preto, _____ de _____ de _____

Sujeito da pesquisa

ANEXO 1- Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem (APROCENF)

Danielle Cucolo; Marcia Galan Perroca

INSTRUÇÕES - Realizar avaliação do produto do cuidar de enfermagem ao final do turno de trabalho.

1. PLANEJAMENTO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

1-É realizado planejamento da assistência de enfermagem de forma verbal para a totalidade dos pacientes a partir de avaliação indireta (mediante coleta de informações junto à equipe).

2-É realizado planejamento da assistência de enfermagem de forma verbal para a maioria dos pacientes a partir de avaliação indireta e realizado planejamento sistematizado (registro formal) por meio de avaliação direta (visita clínica) dos pacientes com maior demanda de atenção de enfermagem.

3-É realizado planejamento da assistência de enfermagem de forma sistematizada (registro formal) para a maioria dos pacientes a partir de avaliação direta (visita clínica).

4-É realizado planejamento da assistência de enfermagem de forma sistematizada (registro formal) para a totalidade dos pacientes a partir de avaliação direta (visita clínica) com complementação de informações junto à equipe (avaliação indireta).

2. RECURSOS NECESSÁRIOS PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA

1-Recursos (estrutura física e/ou equipamentos e/ou materiais e/ou serviços de apoio) não atendem às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando excessivo consumo do tempo da equipe de enfermagem para sua provisão (aproximadamente 30% da jornada diária de trabalho = 1h 48min de um plantão de 6horas).

2-Recursos atendem parcialmente às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando elevado consumo do tempo da equipe de enfermagem para sua provisão (aproximadamente 20% da jornada diária de trabalho = 1h15min de um plantão de 6horas).

3-Recursos atendem quase que totalmente às necessidades assistenciais em termos quantitativos e/ou qualitativos, gerando moderado consumo do tempo da equipe de enfermagem para sua provisão (aproximadamente 10% da jornada diária de trabalho = 36min de um plantão de 6horas).

4-Recursos atendem totalmente às necessidades assistenciais em termos quantitativos e qualitativos, gerando baixo consumo do tempo da equipe de enfermagem para sua provisão (aproximadamente 5% da jornada diária de trabalho = 18min de um plantão de 6horas).

3. DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

1-Dimensionamento de pessoal de enfermagem não compatível com a carga de trabalho (muito abaixo) e, para a(s) ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s) do(s) profissional(is), não dispõe de cobertura.

2-Dimensionamento de pessoal de enfermagem não compatível com a carga de trabalho (abaixo) e, para a(s) ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s), dispõe de cobertura por meio de Remanejamento(s) e/ou Hora(s) Extra de profissional(is) sem experiência na área.

3-Dimensionamento de pessoal de enfermagem quase que compatível com a carga de trabalho e, para as ausência(s) prevista(s) ou não prevista(s), dispõe de cobertura por meio de Remanejamento(s) e/ou Hora(s) Extra de profissional(is) com experiência na área.

4-Dimensionamento de pessoal de enfermagem compatível com a carga de trabalho e, para a(s) ausência(s) prevista(s) e não prevista(s), dispõe de cobertura com profissionais experientes na área.

4. AÇÕES EDUCATIVAS E DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

1-Não é possível identificar as necessidades de aprendizado e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; não realiza ações educativas; não avalia a eficácia das orientações/apoio; não monitora o desenvolvimento de competências profissionais.

2-É possível identificar as necessidades de aprendizado e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; não realiza ações educativas, delega aos membros da equipe o acompanhamento das atividades/procedimentos; não avalia a eficácia das orientações/apoio; não monitora o desenvolvimento de competências profissionais.

3-É possível identificar as necessidades de aprendizado e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; realiza ações educativas; não avalia a eficácia das orientações/apoio; não monitora o desenvolvimento de competências profissionais.

4-É possível identificar as necessidades de aprendizado e/ou problemas de desempenho da equipe de enfermagem; realiza ações educativas; avalia a eficácia das orientações/apoio; monitora o desenvolvimento de competências profissionais.

5. ACOMPANHAMENTO E TRANSFERÊNCIA DO CUIDADO

1-Não há acompanhamento da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a transferência do cuidado (entre plantões e/ou unidades) não é sistematizada e registrada.

2-Há acompanhamento, esporádico, da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a transferência do cuidado (entre plantões e/ou unidades) é sistematizada e registrada para pacientes com maior demanda de atenção de enfermagem.

3-Há acompanhamento, na maior parte do tempo, da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a transferência do cuidado (entre plantões e/ou unidades) é sistematizada e registrada para a maioria dos pacientes.

4-Há acompanhamento, contínuo, da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe; a transferência do cuidado (entre plantões e/ou unidades) é completamente sistematizada e registrada.

6. INTERAÇÃO E ATUAÇÃO MULTIDISCIPLINAR

1-A equipe multidisciplinar não realiza interação (visita/discussão) e registro formal das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta não é articulado.

2-A equipe multidisciplinar realiza interação (visita/discussão) e registro formal das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta é articulado para pacientes com maior demanda de atenção.

3-A equipe multidisciplinar realiza interação (visita/discussão) e registro formal das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta é articulado para a maioria dos pacientes.

4-A equipe multidisciplinar realiza interação (visita/discussão) e registro formal das ações planejadas/realizadas e o plano terapêutico e/ou de alta é articulado para a totalidade dos pacientes.

7. ATENÇÃO AO PACIENTE E/OU FAMILIAR

1-A equipe de enfermagem não estabelece relação acolhedora junto aos pacientes e/ou familiares e não responde ou responde às solicitações/chamadas após 15 minutos; o enfermeiro raramente realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.

2-A equipe de enfermagem estabelece relação acolhedora para alguns pacientes e/ou familiares e responde às solicitações/chamadas em até 15 minutos; o enfermeiro às vezes realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.

3-A equipe de enfermagem estabelece relação acolhedora para a grande maioria dos pacientes e/ou familiares e responde às solicitações/chamadas em até 10 minutos; o enfermeiro na maior parte das vezes realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.

4-A equipe de enfermagem estabelece relação acolhedora para a totalidade dos pacientes e/ou familiares e responde às solicitações/chamadas em até 5 minutos; o enfermeiro sempre realiza orientação e/ou acompanhamento do paciente e/ou familiar.

8. ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES ASSISTENCIAIS

1-Atende algumas intervenções planejadas; o enfermeiro não realiza as atividades de maior complexidade técnica; possibilidade muito elevada de riscos aos pacientes.

2-Atende algumas intervenções planejadas - prioriza pacientes com maior demanda de atenção de enfermagem; o enfermeiro realiza pequena parte das atividades de maior complexidade técnica; possibilidade elevada de riscos aos pacientes.

3-Atende maior parte das intervenções planejadas; o enfermeiro realiza grande parte das atividades de maior complexidade técnica; possibilidade moderada de riscos aos pacientes.

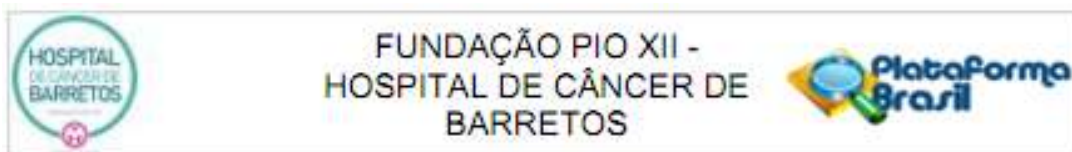
4-Atende quase que totalmente ou totalmente as intervenções planejadas; o enfermeiro realiza todas as atividades de maior complexidade técnica; possibilidade mínima de riscos aos pacientes.

ESCORE TOTAL = _____

AValiação DO PRODUTO DO Cuidar EM ENFERMAGEM AO FINAL DO TURNO DE TRABALHO

RUIM - 8 a 12 pontos **REGULAR** - 13 a 20 pontos **BOM** - 21 a 28 pontos

ÓTIMO - 29 a 32 pontos

ANEXO 2- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- H_A**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação do produto do cuidar de enfermagem em um hospital oncológico

Pesquisador: Mayara Ruiz Chotoll

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43527015.3.1001.5437

Instituição Proponente: Fundação Pio XII

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.039.954

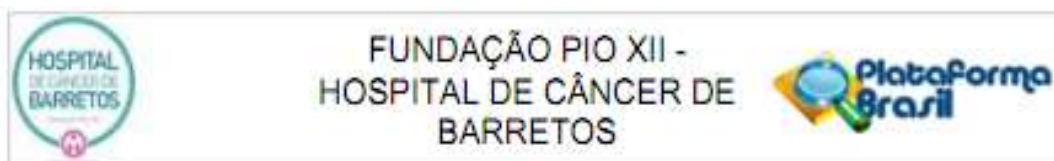
Data da Relatoria: 20/04/2015

Apresentação do Projeto:**Resumo:**

Os serviços de saúde e seus clientes buscam por qualidade de serviço e atendimento, desta forma, o enfermeiro tem o desafio de garantir excelência no cuidar oferecidos por sua equipe de enfermagem. Vários fatores influenciam no processo de cuidar, sendo assim, são necessárias pesquisas que envolvam a avaliação do cuidar. Desta forma, essa pesquisa descritiva transversal de natureza quantitativa tem por objetivo avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de internação de um hospital oncológico. Será realizadas em unidades de clínicas médica, cirúrgica e especializadas mediante aplicação de um instrumento validado por enfermeiros lotados nestas unidades, ao final dos turnos de trabalho. O período de coleta será de abril a setembro de 2015.

Introdução:**1.1 Justificativa do estudo**

Os serviços de saúde e seus usuários buscam cada vez mais por qualidade de atendimento. Desta forma, o profissional enfermeiro tem o desafio de garantir excelência no cuidado prestado e desenvolver ações e instrumentos que avaliem os serviços oferecidos pela equipe de enfermagem(1). Garantir a melhoria da assistência é um processo dinâmico e exaustivo e requer do enfermeiro

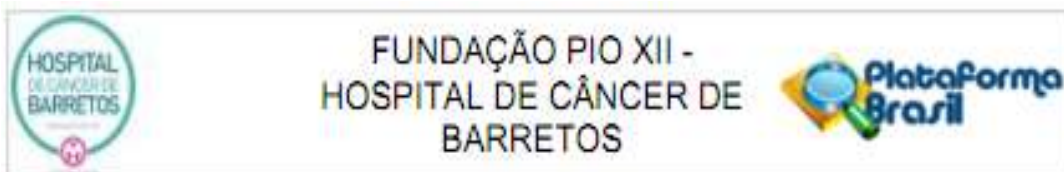


Continuação do Protocolo: 1.032.954

a identificação e avaliação contínua de fatores que interferem no processo de cuidar, a fim de modificar os fatores intervenientes(2-3). Alguns estudos tem citado a importância de introduzir práticas gerenciais desde a graduação para que os acadêmicos tomem-se enfermeiros envolvidos com a liderança e não somente com técnicas e rotinas(4). Outros citam a necessidade do profissional adotar medidas para avaliar e gerenciar os problemas de sua realidade(5), ou seja, um profissional que tenha como característica a criatividade e a facilidade de enxergar possibilidades para melhorar sua assistência(6). Nesse sentido, métodos que avaliem a assistência são importantes já que possibilitam a construção de novas práticas gerenciais e representam a busca por qualidade de serviço(6). A qualificação do enfermeiro e os esforços que melhorem a assistência refletem significativamente na opinião dos pacientes em relação à qualidade dos serviços(7).

1.2 Referencial Teórico

A busca por qualidade nos serviços de saúde é um fenômeno mundial e crescente e tem gerado diversas discussões, já que a exigência dos usuários tem aumentado a cada ano(8). Em 1990, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) trouxe o tema de qualidade nos serviços de saúde, discutindo sobre melhores práticas e serviços prestados(9). Já em 2001, o gerenciamento de risco passa a ser uma nova ação dos serviços de saúde do Brasil quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) apresenta o novo conceito de supervisão de eventos adversos e a necessidade de segurança na assistência de saúde(10, 11). Nos dias atuais, a acreditação hospitalar tem sido uma ferramenta importante de avaliação nos sistemas de saúde auxiliando diversos serviços na busca por melhorias contínuas(12). Ao longo dos anos a avaliação da qualidade nos serviços de saúde tomou-se mais criteriosa e tem estimulado diversas pesquisas. A Organização Mundial de Saúde (OMS)(13) destacou a importância da opinião do cidadão nas ações relacionadas à saúde e participação na tomada de decisões. Desta forma, muitos estudos tem envolvido a avaliação da satisfação de pacientes em relação aos serviços oferecidos(14). É notório que a qualidade de um serviço é definida principalmente pelo cliente, entretanto, estudos mostram que a qualidade também deve ser avaliada pelo profissional, mantendo maior envolvimento e compromisso com os serviços que os mesmos oferecem(15). Nesse contexto, o uso de indicadores para avaliação da assistência de enfermagem tem importante papel, pois oferece a oportunidade de melhorar os processos de prestação de cuidados e avaliar a qualidade da assistência(16). Construir indicador que envolva esses fatores garante a avaliação da gestão e de recursos humanos possibilitando o aprimoramento do processo de trabalho e a satisfação de profissionais e

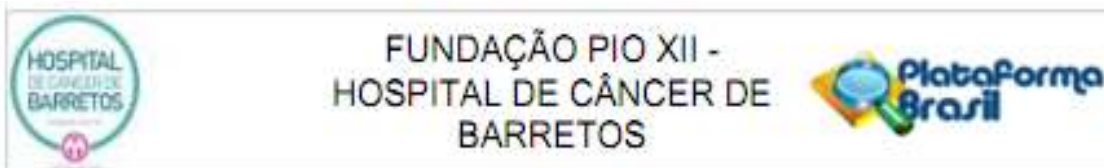


Continuação do Parecer: 1.030.054

clientes(15-17). A elaboração de indicadores pode considerar a organização do serviço, propostas de trabalho, opinião da clientela, recursos humanos, materiais, financeiros e físicos disponíveis, entre outras características relevantes para a assistência(17). Dentre essas características citadas é importante destacar algumas delas. O número reduzido de profissionais e a necessidade de comprometimento com a prática assistencial podem interferir na qualidade da assistência, já que envolve a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, aumento de índices de morbidade e mortalidade de pacientes e o aumento do número de tempo de internação e custos hospitalares(18). A carga de trabalho de enfermeiros também tem sido estudada de forma a avaliar o tempo utilizado na prestação de cuidados diretos e indiretos com os pacientes(19). Quando elevada pode causar uma série de consequências, dentre elas o comprometimento da saúde do profissional, a qualidade do serviço e a segurança do paciente(20). A administração de recursos materiais tem igual importância para prestar cuidados aos pacientes, pois permite que as atividades sejam executadas com segurança, suprimindo as necessidades de cada unidade, sem ser necessárias interrupções durante a prestação de serviços(21). A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) também se tornou assunto importante a ser avaliado(22). A Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), dispõe sobre a SAE e a implementação do processo de enfermagem, e em seu artigo 1º resolve que o processo de enfermagem deve ser realizado em todos os ambientes em que ocorra o cuidado de enfermagem(23). Com a implementação do processo de enfermagem a assistência pode se tornar sistematizada, possibilitando um controle do cuidado prestado(22). Entretanto, a equipe de enfermagem possui um trabalho ininterrupto e com diversas tarefas, essas características levam ao desgaste da equipe e conseqüentemente aumentam os riscos da assistência prestada. A sensação de ter deixado tarefas importantes para trás e a prestação de cuidados de forma mecânica geram estresse e diminuem a qualidade da assistência(24). Desta forma, estudos têm pesquisado os fatores que interferem na qualidade do cuidar e que avaliam resultados de enfermagem. Alguns têm construído indicadores relevantes para a assistência(16, 25) e criado sistema informatizado para gerenciamento e avaliação de dados(25). Outros, analisam as práticas dos enfermeiros na gestão do cuidado(4) e a percepção de pacientes sobre a qualidade do cuidado de enfermagem proporcionado (26, 27). Os esforços são relevantes e novas pesquisas na área tem sido estimuladas a fim de buscar práticas de gerenciamento que auxiliem na assistência de enfermagem(6).

Metodologia Proposta:

4.1 Delimitação da Pesquisa Esta pesquisa descritiva transversal de natureza quantitativa será

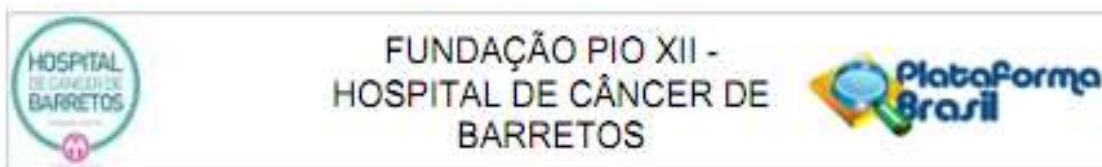


Continuação do Parecer: 1.030.954

realizada em unidades de clínica médica, cirúrgica, unidade de terapia intensiva, unidade de internação hematológica e de transplante de medula óssea de um Hospital de Câncer de Barretos.

4.2 Instrumento para Coleta de Dados Para avaliação do produto do cuidar será utilizado um instrumento denominado "Avaliação do produto do cuidar em enfermagem" (APROCENF) (Cucolo, 2014)(28) (Anexo1). Esta escala compõe-se de oito itens que envolvem os seguintes aspectos: 1.Planejamento da assistência de enfermagem; 2. Recursos necessários para prestar assistência; 3. Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4. Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5. Acompanhamento e transferência do cuidado; 6. Interação e atuação multidisciplinar; 7.Atenção ao paciente e/ou familiar e, 8. Atendimento das necessidades assistenciais. Cada item possui 4 subitens que permitem classificá-los com uma nota de 1 a 4 pontos. Através da somatória dos pontos é possível obter um escore que avalia o produto do cuidado de enfermagem em ruim (8 a 12 pontos), regular (13 a 20 pontos), bom (21 a 28 pontos) ou ótimo (29 a 32 pontos). A escala teve suas propriedades psicométricas testadas apresentando evidências de confiabilidade e validade do constructo para mensurar a eficiência e a eficácia do processo produtivo contribuindo para decisões assistenciais e gerenciais (28). Para preenchimento desta escala o enfermeiro irá utilizar cerca de 20 minutos. Para facilitar o preenchimento do APROCENF construímos uma ficha de coleta por plantão para que os escores sejam preenchidos e separados por enfermeiro, plantão e unidade de serviço, a fim de auxiliar a organização dos dados para posterior análise dos resultados. (Apêndice 1) Será também utilizado um questionário para caracterização pessoal (sexo, idade) e profissional (função, turno, tempo de atuação profissional e na unidade, qualificação, dentre outros) dos enfermeiros participantes, esses deverão preencher este questionário somente quando preencherem pela primeira vez o APROCENF (Apêndice 2).

4.3 Amostra O número de enfermeiros em cada unidade participante será de: 12 enfermeiros na internação cirúrgica, 9 na internação clínica, 6 na internação da hematologia, 8 na internação de transplante de medula óssea e 18 na unidade de terapia intensiva, totalizando 53 enfermeiros. A carga horária dos plantões das unidades de internação clínica, cirúrgica, hematológica e de transplante de medula óssea é de 8 horas de trabalho, sendo a divisão dos horários as seguintes: 6h às 14h, das 14h às 22h e das 22h às 6h. Já a unidade de terapia intensiva tem carga horária de 6 horas e segue os horários: 7h às 13h, das 13h às 19h e das 19h às 7h. A escala deverá ser aplicada por enfermeiros, ao final de cada turno de trabalho, durante o período diurno e noturno. A coleta será realizada 1 vez por semana em cada unidade, durante 4 meses. Não utilizaremos os mesmos dias da semana para coleta dos dados nas unidades. Os enfermeiros também serão alternados, entretanto, pode ser possível o mesmo enfermeiro responder mais de uma vez a escala durante a



Continuação do Parecer: 1.039.054

realização da pesquisa.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos nessa pesquisa os profissionais enfermeiros, que estejam envolvidos na assistência dos pacientes das unidades de internação descritas e que sejam responsáveis pelo plantão de enfermagem no dia da coleta dos dados.

Critério de Exclusão:

Enfermeiros que não sejam responsáveis pelo plantão de enfermagem, como enfermeiros assistenciais ou média gerência de enfermagem.

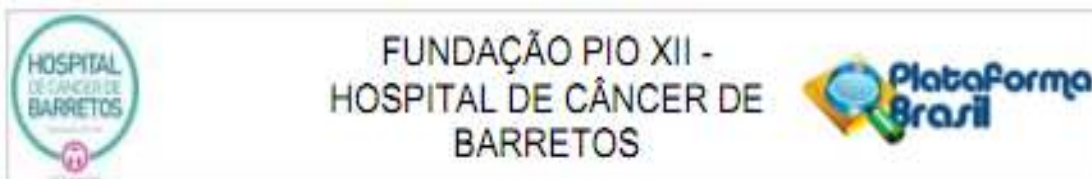
Metodologia de Análise de Dados:

A análise estatística será realizada com o apoio dos Estatísticos do Núcleo de Apoio ao Pesquisador do Hospital de Câncer de Barretos (NAP/HCB). Para caracterização pessoal e profissional dos enfermeiros responsáveis pelos plantões serão utilizados médias, medianas, desvio padrão, mínimo e máximo para as variáveis quantitativas e para as qualitativas usaremos tabelas de frequência. Para comparar o score do produto do cuidar entre as unidades, os turnos e as variáveis pessoais/profissionais dos enfermeiros, utilizaremos o Teste T-Student ou Man-Whitney ou ANOVA ou Kruskal-Wallis quando o mesmo for utilizado como variável numérica contínua, e caso o score seja categorizado poderemos utilizar os teste Qui-Quadrado ou Exato de Fisher. Essa análise será utilizada para selecionarmos variáveis para compor um modelo de regressão linear múltipla, onde poderemos verificar a associação conjunta das mesmas com a variável resposta (score do produto do cuidar) e para tanto selecionaremos as variáveis com significância inferior a 20% ($p < 0,2$), critério sugerido por Hosmer & Lemeshow(29) . Após a análise simples exposta, construiremos um modelo de regressão linear múltipla com as variáveis selecionadas, compondo o modelo final aquelas cuja significância seja inferior a 5% ($p < 0,05$). Para comparar o score nas unidades poderemos utilizar as mesmas análises descritas anteriormente. Os dados serão analisados utilizando o Software SPSS v21.0.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar o produto do cuidar em enfermagem em unidades de internação de um hospital oncológico.



Continuação do Parecer: 1.030.954

Objetivo Secundário:

Comparar o produto do cuidado entre as unidades de internações; identificar os pontos críticos relacionados à assistência de enfermagem em cada unidade de internação; Comparar o produto do cuidar nas unidades de internação investigadas em relação ao turno de trabalho, ao enfermeiro e ao período de coleta (mês).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa são mínimos, pois não tem como intuito trazer nenhum desconforto aos sujeitos de pesquisa.

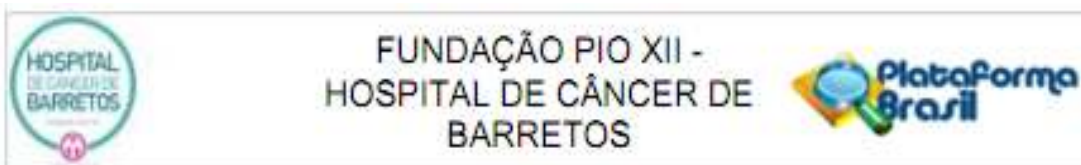
Benefícios:

Os benefícios desta pesquisa são a avaliação do processo de cuidar nas diversas unidades de internação e a identificação dos fatores que dificultam sua realização de forma efetiva e eficaz.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma pesquisa com delineamento de estudo transversal que tem como objetivo principal avaliar o "produto do cuidar da enfermagem" em unidades de internação de um hospital oncológico (clínica médica, cirúrgica e especializadas), utilizando um instrumento denominado "Avaliação do produto do cuidar em enfermagem" (APROCENF). Pretende-se ainda comparar o produto do cuidado entre as unidades de internação e dentro das unidades (em relação ao turno, ao enfermeiro e ao período de coleta, como objetivos secundários).

A amostra será composta de 53 enfermeiros que serão responsáveis por avaliar "o produto do cuidar" referente ao plantão ao qual estiver responsável fazendo uso do APROCENF. Este instrumento retornará um score que varia de 8 a 32 pontos, podendo classificar "o produto do cuidar" em: ruim, regular, bom ou ótimo. O referido instrumento será aplicado por enfermeiros no final de cada turno e a coleta será realizada 1 vez por semana (em cada unidade) durante 4 meses, sendo que os dias da semana serão alternados nas unidades. Haverá também a alternância dos enfermeiros, mas com a possibilidade do mesmo enfermeiro responder mais de uma vez o instrumento.



Continuação do Parecer: 1.039.054

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados ao projeto de pesquisa:

Declaração de Ciência e Autorização do Estudo.jpg

Folha de Rosto.pdf

TCLE.doc

Projeto Detalhado.doc

Declaração de Responsabilidade do Pesquisador.jpg

Declaração de Fonte de Financiamento.jpg

Declaração de Corresponsabilidade de Estudo com Pesquisador Externo.jpg

Declaração CEP-São José do Rio Preto.pdf

MABIN + Cadastro do Pesquisador e do Projeto.pdf

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1. Nos documentos intitulados como "Projeto Detalhado.doc" e

"PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_468377.pdf", os cronogramas iniciam em

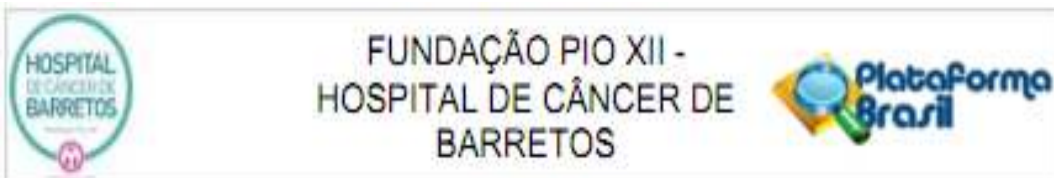
Março/2015 com a atividade: Contato com participantes. Solicita-se esclarecimento sobre qual o tipo de contato houve, dado que nenhuma pesquisa pode se iniciar antes da aprovação do CEP, ou se o cronograma está somente desatualizado, devido o trâmite entre a submissão do projeto e sua análise pelo CEP.

RESPOSTA: Devido o trâmite entre a submissão do Projeto e a análise pelo CEP o cronograma tornou-se desatualizado. Foi realizada a atualização do cronograma após pendência.

ANÁLISE:

2) No documento intitulado como "Projeto Detalhado.doc" no subitem 4.3 Amostra, é descrito o número total de participantes (enfermeiros) com suas respectivas alocações nas unidades de trabalho. No entanto não é descrito qual o tipo de amostragem utilizada e também não está claro se os números mencionados correspondem ao número total de enfermeiros em cada unidade ou se corresponde aos que se comprometeram em participar do estudo, dado que pelo cronograma houve contato com os participantes no mês de Março. Solicita-se que seja incluído o tipo de amostragem utilizada e que deixe claro se os números de enfermeiros listados em cada unidade são referentes ao total de cada uma ou não.

RESPOSTA: O número de enfermeiros que poderão participar da pesquisa será 53, entretanto,



Continuação do Parecer: 1.039.264

ainda não houve início da aplicação do TCLE e coleta de dados, já que o Projeto de Pesquisa não foi aprovado pelo CEP. Foi realizada alteração da explicação sobre o número de participantes da pesquisa no Item 4.3 do Projeto.

ANÁLISE:

2.1 Ainda no documento intitulado como "Projeto Detalhado.doc" no subitem 4.3 Amostra (último parágrafo) lê-se: "A escala deverá ser aplicada por enfermeiros". Solicita-se que a pesquisadora explique melhor a metodologia para aplicação do APROCENF, ou seja, esclarecer se o instrumento será respondido pelo próprio enfermeiro responsável pelo plantão, como será a alternância entre os dias da semana e como será garantido que o instrumento foi aplicado no dia pré determinado.

RESPOSTA: Como solicitado em pendência, foi esclarecido no Item 4.3 do Projeto de Pesquisa como o instrumento APROCENF será respondido. A pesquisadora irá ler e marcar as respostas dos participantes de pesquisa em relação ao APROCENF. Já a Ficha de Caracterização será

respondida por cada participante, sem auxílio da pesquisadora. Além disso, foi esclarecido como será alternado os dias de coleta de dados e garantia de que haverá a coleta no dia pré-determinado.

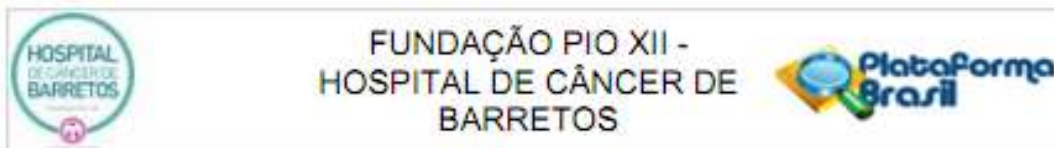
ANÁLISE:

2.2 No documento intitulado como "Projeto Detalhado.doc" no subitem 4.7 Riscos e Benefícios e no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_468377.pdf" no Item Riscos, apesar de mencionar os riscos mínimos não é explicitado quais são eles. Solicita-se que a pesquisadora deixe claro quais são os riscos mínimos que os participantes estão sujeitos, principalmente pelo fato de que um dos objetivos é comparar o resultado do instrumento entre os enfermeiros e os seus nomes serão coletados tanto na Ficha de Coleta por Plantão como no Perfil Profissional dos Enfermeiros.

RESPOSTA: No Item 4.7 foi esclarecido os possíveis riscos que os participantes podem estar sujeitos, mesmo que eles sejam mínimos, e esclarecido que o nome dos participantes irá constar na Ficha de Caracterização e Ficha de Coleta por Plantão.

ANÁLISE:

3) No documento intitulado como "TCLE.doc" no Item Riscos e Desconfortos para os Participantes, solicita-se que seja explicitado quais são os riscos mínimos que os participantes estarão sujeitos,



Continuação do Parecer: 1.030.954

bem como foi solicitado anteriormente.

Nos itens Liberdade de Recusa e Custos, Remuneração e Indenização, solicita-se, também que o texto seja readequado especificamente para este estudo, dado que os participantes não são pacientes.

RESPOSTA: Foi realizada adequações solicitadas. Os riscos foram esclarecidos. O item Liberdade de Recusa e Custos, Remuneração e Indenização foram adequados em relação à pesquisa.

ANÁLISE:

3.1 No documento intitulado como "TCLE.doc" no item PROCEDIMENTO lê-se: "Você deverá aplicar um Instrumento que avalla ...". Não está claro que será o próprio enfermeiro que irá responder ao Instrumento. Solicita-se que a frase seja reformulada, deixando claro que o enfermeiro irá utilizar o APROCENF para avallar o plantão que acabou de terminar e pelo qual ele é responsável.

RESPOSTA: Os procedimentos de coleta de dados foram explicados novamente.

ANÁLISE:

3.2 Solicita-se que no TCLE seja explicado aos participantes de pesquisa que no estudo haverá comparação entre os enfermeiros, conforme descrito no projeto de pesquisa.

RESPOSTA: No item procedimentos do TCLE foi explicado que haverá comparação entre as respostas dos enfermeiros durante o estudo.

ANÁLISE:

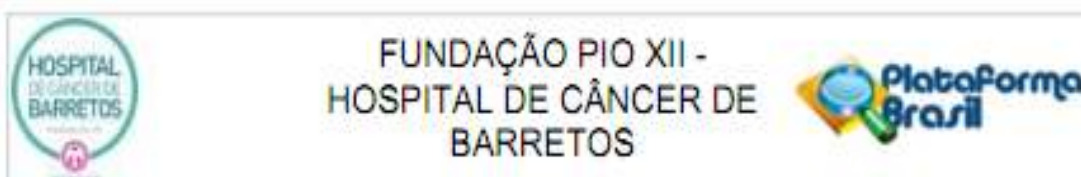
3.3 Ainda no mesmo documento, 1º parágrafo, solicita-se que a terminologia "sujeitos de pesquisa" seja substituída por "participante de pesquisa" conforme a Resolução 466/2012.

RESPOSTA: O termo "sujeito de pesquisa" foi substituído por "participante de pesquisa".

ANÁLISE:

Situação do Parecer:

Aprovado.



Continuação do Parecer: 1.039.954

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Pio XII – Hospital do Câncer de Barretos de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, e após a análise das respostas as pendências emitidas, manifesta-se pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa proposto.

Solicitamos que sejam encaminhados ao CEP:

1. Relatórios semestrais, sendo o primeiro previsto para 27/10/2015.
2. Comunicar toda e qualquer alteração do Projeto e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de participantes deve ser temporariamente interrompida até a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.
3. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer Evento Adverso Grave ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
4. Para projetos que utilizam amostras criopreservadas, procurar o BIOBANCO para início do processamento.
5. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos, após conclusão da pesquisa, para possível auditoria dos órgãos competentes.
6. Este projeto está cadastrado no CEP-HCB sob o número 931/2015.

BARRETOS, 28 de Abril de 2015

Assinado por:
Thiago Buosi Silva
(Coordenador)

ANEXO 3- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)- HB

Comitê de Ética em
Pesquisa em Seres Humanos
CEP/FAMERP

Parecer nº 1.454.651

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

O projeto de pesquisa CAAE 53565316.1.0000.5415 sob a responsabilidade de Mayara Ruiz Chotolli com o título "Avaliação do produto do cuidar de enfermagem em hospitais especializados" está de acordo com a resolução do CNS 466/12 e foi aprovado por esse CEP.

Lembramos ao senhor(a) pesquisador(a) que, no cumprimento da Resolução 251/97, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) deverá receber relatórios semestrais sobre o andamento do Estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos e também da notificação da data de inclusão do primeiro participante de pesquisa, para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do Estudo.

São José do Rio Preto, 17 de março de 2016.

Luciano Garcia Lourenção
Prof. Dr. Luciano Garcia Lourenção
Coordenador do CEP/FAMERP

17 3201 6813
cep@famerp.br
Av. Brigadeiro Faria Lima 5418 | Vila São Pedro
13090-000 | São José do Rio Preto SP
www.famerp.br/cep

Os resultados obtidos neste estudo possibilitaram o desenvolvimento de um manuscrito com título homônimo a esta dissertação (**“Avaliação do Produto do Cuidar em Enfermagem em Hospitais Especializados”**), enviado para publicação na Revista Brasileira de Enfermagem- número temático "Fundamentos e Práticas do Trabalho da Enfermagem na Construção da Sociedade Democrática”.

***AVALIAÇÃO DO PRODUTO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM EM HOSPITAIS
ESPECIALIZADOS***

RESUMO

Objetivos: Avaliar o produto do cuidar em unidades de hospitais especializados identificando os itens que mais contribuíram para o escore; comparar o produto do cuidar entre os hospitais, unidades e turnos; verificar a associação entre as variáveis demográficas e profissionais e o produto do cuidar. **Método:** Estudo descritivo conduzido em oito unidades de dois hospitais especializados do estado de São Paulo. A avaliação do produto do cuidar foi realizada mediante aplicação de instrumento por 44 enfermeiros. **Resultados:** “Interação e atuação multidisciplinar” obteve a menor mediana em ambos hospitais e “Atendimento das necessidades assistenciais” e “Planejamento da assistência de enfermagem” foram melhor avaliados. Dimensionamento de pessoal de enfermagem constituiu-se no item que mais contribuiu para o escore total. A correlação entre variáveis sociodemográficas e escore mostrou-se fraca. **Conclusão:** O produto do cuidar encontrado em ambos os hospitais foi considerado predominantemente “bom”. O instrumento permitiu identificar aspectos críticos do trabalho de enfermagem.

Palavras-chave: Avaliação em Enfermagem; Avaliação de Processos (cuidados de saúde); Prática Profissional; Administração de Serviços de Saúde; Hospitais Especializados, Cuidados de Enfermagem.

Key words: Nursing Assessment; Process Assessment (Health Care); Professional Practice; Health Services Administration; Hospitals, Special, Nursing Care.

Palabras clave: Evaluación em Enfermería; Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Práctica Profesional; Administración de los Servicios de Salud; Hospitales Especializados, Atención de Enfermería.

INTRODUÇÃO

O enfermeiro é o profissional responsável pela organização do trabalho da enfermagem⁽¹⁾ participando do planejamento da assistência, organização das condições estruturais para a realização do cuidado, na gestão de pessoas e conflitos, ações educativas, interações profissionais, acompanhamento e implementação do cuidado prestado, além do controle sobre os resultados⁽²⁾.

Para a efetivação de suas ações tem incorporado ferramentas e instrumentos gerenciais no seu cotidiano de trabalho⁽³⁾. Essa apropriação possibilita vislumbrar novas oportunidades para o paciente, a equipe e a instituição além de perceber antecipadamente as mudanças necessárias no ambiente e nos métodos de trabalho tornando a prática mais favorável para quem cuida e quem é cuidado⁽¹⁾.

As classificações, escalas e instrumentos de mensuração integram a gestão do cuidado de enfermagem⁽⁴⁾. Nos últimos anos, observa-se aumentado interesse científico e profissional sobre como medir os problemas reais ou potenciais pertinentes ao paciente, à equipe e as situações laborais⁽⁵⁻⁶⁾. Entretanto, para obter informações com acurácia e tomar decisões eficazes é importante considerar as evidências de validade e confiabilidade dessas escalas⁽⁴⁻⁵⁾.

O instrumento denominado “Avaliação do produto do cuidar em enfermagem” (APROCENF) foi desenvolvido para classificar o produto gerado ao final do turno de trabalho da enfermagem possibilitando também identificar os fatores críticos dessa produção⁽⁷⁾. Trata-se de uma ferramenta potente para negociação e melhoria da prática

profissional da enfermagem qualificando a assistência e o produto do cuidado entregue⁽⁸⁾. O APROCENF aborda quatro grandes categorias na gestão do cuidado do enfermeiro: o planejamento, a intervenção e a avaliação do cuidado; o dimensionamento e qualificação da equipe de enfermagem; os recursos necessários para prestar assistência; e a interação multiprofissional⁽⁷⁻⁸⁾.

Por se tratar de uma ferramenta gerencial ainda recente não há estudos sobre sua aplicabilidade no cenário de prática avaliando o produto entregue pela enfermagem e os fatores que interferem nesse processo. Assim, esta pesquisa que teve por objetivos: avaliar o produto do cuidar em unidades de hospitais especializados identificando os itens que mais contribuíram para o escore; comparar o produto do cuidar entre os hospitais, unidades e turnos e, verificar a associação entre as variáveis demográficas e profissionais e o produto do cuidar. Para tanto, se propõe a responder as seguintes questões: *Qual é o produto do cuidar em enfermagem gerado ao final do turno de trabalho em unidades de internação de hospitais especializados? Existem diferenças nos resultados obtidos entre hospitais, unidades e turnos de trabalho? A que fatores estas diferenças podem ser atribuídas? Quais itens do APROCENF mais contribuem para o escore total do produto do cuidar? Há associação entre as variáveis demográficas e profissionais dos avaliadores e o produto do cuidar obtido?*

MÉTODO

Aspectos éticos

Esta pesquisa somente foi iniciada após o parecer do Comitê de Ética das instituições campo de estudo - parecer de nº 1.039.954/2015 – HA e parecer nº 1.454.651/2016 – HB e concordância dos enfermeiros.

Desenho, local e período do estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo transversal de natureza quantitativa na modalidade de estudo de avaliação. Nele, o produto do cuidar em enfermagem é conceptualizado como a interação entre fatores que intervêm no processo de cuidar: estruturais (capital humano e serviços de suporte) e métodos de organização do trabalho (planejamento assistencial, atenção ao paciente/família e interação multidisciplinar)⁽⁷⁾.

A investigação ocorreu no período de junho de 2015 a abril de 2016 em oito unidades: clínica, cirúrgica, hematológica, transplante de medula óssea, terapia intensiva pediátrica e neonatal, maternidade e unidade canguru. Estas pertenciam a dois hospitais especializados da região noroeste do estado de São Paulo - denominados, neste estudo, HA e HB.

Amostra: critérios de inclusão e exclusão

Foi realizada uma amostragem aleatória de 138 avaliações do produto do cuidar sendo 73 no HA e 65 no HB. As avaliações foram preenchidas por 44 enfermeiros (HA n= 31/ HB n= 13) em diferentes turnos e dias da semana. Os avaliadores deveriam ser os responsáveis pela coordenação do plantão, ou seja, enfermeiros clínicos. Permitiu-se que o instrumento fosse aplicado mais de uma vez por cada um dos participantes.

Devido a ser esta a primeira investigação utilizando o instrumento APROCENF, após sua validação, adotou-se uma amostragem superior a 100 avaliações composta pelos profissionais que aceitaram participar do estudo.

Protocolo do estudo

Para obtenção das informações foram utilizados os seguintes instrumentos: dois formulários sendo um para caracterização pessoal e profissional dos avaliadores e outro para registro dos dados, e, o APROCENF para avaliação dos plantões.

O primeiro formulário solicitava dos participantes dados demográficos (sexo e idade) e profissionais tais como função exercida, turno de trabalho, tempo de atuação profissional, na instituição e na unidade e qualificação mais alta (aprimoramento, residência, especialização, mestrado e doutorado). Já o outro permitia o registro dos escores obtidos individualmente e o escore total com a classificação do produto de cuidar, data e horário, unidade e nome do enfermeiro que realizou a avaliação.

O APROCENF abrange oito itens: 1. Planejamento da assistência de enfermagem; 2. Recursos necessários para prestar assistência; 3. Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4. Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5. Acompanhamento e transferência do cuidado; 6. Interação e atuação multidisciplinar; 7. Atenção ao paciente e/ou familiar e, 8. Atendimento das necessidades assistenciais. Cada item do instrumento possui quatro subitens que permite a classificação de 1 a 4. Através da somatória dos pontos obtidos em cada subitem é possível obter um escore geral que avalia o produto do cuidado de enfermagem em ruim (8 a 12 pontos), regular (13 a 20 pontos), bom (21 a 28 pontos) ou ótimo (29 a 32 pontos). A avaliação de suas propriedades psicométricas revelou Índice de Validade do Conteúdo da Escala (IVC-E) $\geq 0,9$, coeficiente alfa de Cronbach de 0,85, equivalência interavaliadores e evidências de validade de construto⁽⁷⁾.

Antecedendo a coleta dos dados foi realizada a apresentação do APROCENF, individualmente, aos enfermeiros conforme aceitação de participação na pesquisa. Neste

momento, abordou-se sua finalidade, composição e forma de operacionalização e clarearam-se dúvidas existentes. Posteriormente, ocorreu a distribuição de cópia do instrumento e dos formulários por uma das pesquisadoras de acordo com escala previamente elaborada de forma a garantir alternância dos avaliadores e turno para atender aos objetivos do estudo. Caso novas dúvidas surgissem durante a aplicação do instrumento as mesmas eram esclarecidas pela pesquisadora. O recolhimento foi realizado, diariamente, nas unidades de pesquisa e complementações realizadas, quando necessário.

Análise dos resultados e estatística

Considerou-se a escala como ordinal e o nível de significância foi estabelecido em $p \leq 0,05$. O software SPSS StatisticalPackage v.22 (IBM Corporation, Armonk, NY) foi utilizado para os tratamentos estatísticos: 1. Análise descritiva para os dados de caracterização pessoal e profissional dos participantes apresentados a partir de valores de frequência, percentual, média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartilico (ICQ= $Q3 - Q1$); 2. Alfa de Cronbach para testar a consistência interna (confiabilidade) do instrumento;- Teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação entre os grupos (HA e HB) e de Kruskal-Wallis para comparação dos itens do instrumento entre as unidades de cada hospital; 3. Coeficiente de correlação de Spearman (twotailed) para se verificar a associação entre o escore médio das respostas e as variáveis demográficas e profissionais dos participantes. A interpretação numérica da correlação foi: muito fraca (0-0,19), fraca (0,20-0,39), moderada (0,40-0,59), forte (0,60-0,79) e muito forte (0,8-1,0)⁽⁹⁾; 4. Teste qui-quadrado para a associação entre turno de trabalho (manhã, tarde e noite) x escore médio das avaliações; 5. Análise fatorial exploratória (AFE)

utilizando extração por componentes principais e o método de rotação Varimax para identificar os itens que mais contribuíram para o escore total. Foram calculados os testes de esfericidade de Bartlett ($p < 0,05$) e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ($\geq 0,5$) para se verificar a adequação do modelo da AFE⁽¹⁰⁾; Para se estabelecer o número de fatores a serem extraídos considerou-se autovalores $\geq 1,0$ e o Screeplot (gráfico do autovalor). Foram retidas as cargas fatoriais $\geq 0,40$. Considerou-se comunidades significantes aquelas $> 0,50$ ⁽¹⁰⁾.

RESULTADOS

Os avaliadores (n=44) eram em sua maioria do sexo feminino (HA=25/31 e HB=12/13) com idade média de 29,7(Dp=6,0 - HA) e 30,6(Dp=7,1- HB) anos e tempo de atuação profissional de 3,7(Dp=2,4 - HA) e 6,8(Dp=5,8 - HB) anos. Nos hospitais a maior qualificação constituiu-se na especialização (HA=23/31 e HB=10/13).

Foram realizadas 138 avaliações do produto do cuidar em enfermagem sendo 73 no HA e 65 no HB. O instrumento apresentou alfa de Cronbach de 0,71. Os escores variaram de 14 (HA) a 29 (HB) com valor médio em torno de 24. Encontrou-se predomínio da categoria bom 47(64,3%) e 49(75,3%) em ambos os hospitais com o escore médio dos itens variando de 3 (HA) a 4 (HB) (Tabela 1).

Tabela 1 - Classificação do produto do cuidar em enfermagem nos hospitais investigados. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2016, N=138.

Classificação	Hospital A N(%)	Hospital B N(%)	Total N(%)
Ruim	-	-	-
Regular	18(24,6)	11(16,9)	29(21)
Bom	47(64,3)	49(75,3)	96(69,5)
Ótimo	8(10,9)	5(7,6)	13(9,4)
Escore Total Md (Q1; Q3)	24(21;26)	24(22;26)	-
Escore dos itens Md (Q1; Q3)	3(2,5;3)	4(3;4)	-

No que se refere à classificação do produto do cuidar por unidade de internação observou-se maior frequência da categoria “bom” em ambos os hospitais: H_A - clínica 13/20, irúrgica 8/15, hematológica 13/21, transplante de medula óssea 13/17; H_B - terapia intensiva pediátrica 19/25, terapia intensiva neonatal 12/15, maternidade 6/10 e canguru 12/15.

O escore médio variou de 22,6 a 25,2 no H_A e entre 22,6 a 25,5 no H_B e nas graduações de 3 (H_A) a 4 (H_B). Encontrou-se diferença estatística ($p < 0,01$) entre as graduações nas unidades dos hospitais. Quando analisados separadamente, somente o H_B apresentou diferença estatística entre as unidades ($p < 0,01$).

Na Tabela 2 observa-se a classificação do escore obtido nas graduações por item do instrumento nas unidades do H_A. Houve variação nas graduações de 2 para os itens “Interação e atuação multidisciplinar” (3/4 unidades) e “Planejamento da assistência” (1/4) a 4 para os itens “Recursos necessários para prestar assistência” (em 3/4), “Atenção paciente/família” (2/4) e “Atendimento/necessidades” (2/4).

Tabela 2 - Classificação dos escores obtidos nas graduações por item do instrumento e unidade investigada do hospital A. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2016, N=73.

Itens	Cirúrgica	Clínica	Hematológica	TMO
	Md (AIQ)	Md (AIQ)	Md (AIQ)	Md (AIQ)
1-Planejamento da assistência	3 (1)	2 (2)	3 (1,5)	3 (2)
2- Recursos necessaryes	3 (1)	4 (1)	4 (1)	4 (1)
3- Dimensionamento	3 (1)	3 (0,7)	3 (1)	4 (3)
4- Ações educativas	3 (1)	3 (1,7)	3 (1)	3 (1,5)
5- Acompanhamento	3 (1)	3 (1)	3 (1,5)	3 (1)
6- Interação/atuação	2 (2)	3 (2)	2 (2)	2 (3)
7- Atenção paciente/família	3 (2)	3 (1)	4 (1)	4 (0,5)
8- Atendimento/necessidades	3 (0)	3 (1)	4 (1)	4 (1)

TMO- Transplante de Medula Óssea; AIQ- Amplitude inter-quartis; 1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

No HB as medianas das gradações dos itens variaram de 2 para o item “Interação e atuação multidisciplinar” (2/4 unidades) e “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (1/4) a 4 para “Planejamento da assistência de enfermagem” (3/4), “Acompanhamento” (2/4) e “Atendimento/necessidades” (2/4)(Tabela 3).

Tabela 3 - Classificação dos escores obtidos nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital B. São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2016, N=65.

Itens	Canguru Md (AIQ*)	UTI Neo Md (AIQ)	UTI Ped Md (AIQ)	Maternidade Md (AIQ)
1-Planejamento da assistência	4 (1)	4 (1)	3 (1,5)	4 (1)
2- Recursos necessários	3 (1)	3 (1)	3 (0)	3 (0,7)
3- Dimensionamento	2 (1)	3 (1)	3 (1,5)	3 (0)
4- Ações educativas	4 (0)	3 (1)	3 (1)	3,5 (1,7)
5- Acompanhamento	4 (2)	4 (1)	3 (0,5)	3 (1,7)
6- Interação/atuação	4 (2)	2 (2)	2 (1,5)	3 (0,2)
7- Atenção paciente/família	4 (1)	3 (0)	3 (1)	3 (0,2)
8- Atendimento/necessidades	4 (0)	4 (1)	3 (1)	3 (1,7)

UTI Neo- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UTI Ped- Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica; AIQ- Amplitude inter-quartil; 1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

Para identificar os itens do instrumento que mais contribuíram para o escore total conduziu-se a AFE considerando-se as 138 avaliações realizadas. A medida KMO de adequação da amostra foi 0,70 e o teste de esfericidade de Bartlett mostrou-se significativo ($p < 0,01$). Foram extraídos três fatores com autovalores superiores a 1,0 corroborado pelo Screeplot. A variância explicada por eles totalizou 59,6% representados pelo fator 1 (31%; autovalor 2,5), fator 2 (15,3%; autovalor 1,2) e fator 3 (13,3%; autovalor 1,1).

Apenas o fator 1 foi analisado devido às baixas cargas fatoriais encontradas nos demais fatores. A matriz de correlação não rotacionada identificou 6/8 itens do instrumento com carga fatorial significativa. Já com o método de rotação Varimax foi

possível reduzir este número a quatro ($\geq 0,40$): “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “Recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49) (Tabela 4).

Tabela 4 - Cargas fatoriais na extração por análise de componentes principais (ACP) com rotação Varimax do fator 1, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2017, N=138.

Itens do instrumento	Cargas fatoriais	Comunalidades
1- Planejamento da Assistência	0,20	0,70
2- Recursos necessários	0,70	0,52
3- Dimensionamento	0,78	0,61
4- Ações educativas	0,05	0,71
5- Acompanhamento	0,29	0,64
6- Interação/atuação	0,26	0,53
7- Atenção paciente/família	0,49	0,46
8- Atendimento/necessidades	0,57	0,58

1- Planejamento da assistência de enfermagem; 2- Recursos Necessários para prestar assistência; 3- Dimensionamento de pessoal de enfermagem; 4- Ações educativas e desenvolvimento profissional; 5- Acompanhamento e transferência do cuidado; 6- Interação e atuação multidisciplinar; 7- Atenção ao paciente e/ou familiar; 8- Atendimento das necessidades assistenciais.

Em relação à associação das variáveis demográficas e profissionais com o escore total, foi possível notar no HA uma correlação de -0,37 ($p < 0,01$) entre o escore médio e a idade, e de -0,23 ($p < 0,05$) quando relacionado ao tempo na instituição; no HB foi observado valor de 0,29 ($p < 0,05$) com o tempo na unidade. Não se evidenciou diferença estatística entre os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) quando os hospitais foram comparados de forma independente; houve significância ($p = 0,01$), apenas, quando analisados conjuntamente e esta foi para o turno da noite ($p = 0,03$). (Tabela 5)

Tabela 5 - Associação do escore médio do APROCENF com os turnos de trabalho, São José do Rio Preto, SP, Brasil, 2016, N=138.

Classificação	Manhã	Tarde	Noite	Total	P
HA x HB	45	46	47	138	0,01
- regular	13	12	4	29	
- bom	30	28	38	96	
- ótimo	2	6	5	13	
HA	25	22	26	73	0,08
- regular	8	6	4	18	
- bom	16	13	18	47	
- ótimo	1	3	4	8	
HB	20	24	21	65	0,10
- regular	5	6	-	11	
- bom	14	15	20	49	
- ótimo	1	3	1	5	

DISCUSSÃO

Instrumentos gerenciais que abordam categorias associadas à produção do cuidado, como o APROCENF, permitem identificar aspectos decisivos para a assistência considerando as particularidades de cada unidade e/ou instituição hospitalar avaliada. Apesar de serem ferramentas reconhecidas por subsidiarem a prática profissional do enfermeiro, o APROCENF é um novo instrumento que ainda precisa ser estudado em diferentes cenários permitindo a comparação entre os produtos gerados e os fatores críticos do processo. Ao utilizá-lo em unidades especializadas de dois hospitais de alta complexidade foi possível reconhecer o produto gerado pela enfermagem e os fatores críticos do processo de cuidar.

Nessas instituições, o produto foi classificado como bom em 69,5% das avaliações, com escore total médio próximo a 24 e variação entre 14 e 32 pontos no H_A e de 17 a 29 no H_B. Em ambos os hospitais, os plantões foram avaliados entre regular e ótimo e, em relação às unidades de internação, o escore total médio variou de 22,6 a 25,2 no H_A e de 22,6 a 25,5 no H_B ratificando a tendência dos avaliadores à

classificação dos plantões como “bom”. Esta homogeneidade na pontuação de cada item do instrumento e no escore total pode refletir na consistência interna do mesmo, a qual foi demonstrada por um alfa de Cronbach de 0,71. Valores maiores do que 0,70 indicam existir confiabilidade entre as medidas⁽¹⁰⁾ e no estudo original, para validação do APROCENF, o alfa de Cronbach foi de 0,85⁽⁷⁾.

Ainda, quanto à característica homogênea dos dados, tem-se a hipótese de que a participação do enfermeiro clínico como avaliador do próprio plantão pode suscitar uma associação do escore total à sua autoavaliação. É importante ressaltar que todo método avaliativo tem como característica a atribuição de valor e precisa ser compreendido como um instrumento de transformação do processo de trabalho⁽¹¹⁾. Sendo assim, no momento de sensibilização prévia do enfermeiro quanto à utilização do APROCENF, seu construto e os valores agregados, recomenda-se o esclarecimento de que o mesmo não avalia o desempenho profissional. Por outro lado, estudos futuros poderão explorar a perspectiva de diferentes profissionais de enfermagem ou graduandos a fim de comparação e análise de diversos aspectos.

Quanto aos fatores críticos da produção do cuidado de enfermagem, houve diferença estatística ($p < 0,01$) entre as graduações de cada item nas unidades pesquisadas. Neste estudo, o item “Interação e atuação multidisciplinar” obteve a menor mediana (2) tanto no H_A (3/4 unidades) quanto no H_B (2/4 unidades), corroborando os achados encontrados na verificação de medidas psicométricas do APROCENF⁽⁷⁾. Este fato merece destaque, pois esta prática torna potente a autonomia dos profissionais de saúde e favorece a troca de conhecimentos no sentido de qualificar a assistência oferecida, especialmente em unidades altamente especializadas⁽¹²⁾. Entretanto, esta interação pode ser dificultada considerando devido à divisão social e técnica do trabalho, a falta de

cooperação e às falhas de comunicação entre as equipes, além de deficiências nas condições laborais⁽¹³⁾ e no modelo de organização e gestão da unidade⁽¹⁴⁾.

Em contrapartida, no item “Atendimento das necessidades assistenciais” os valores ficaram entre 3 (4/8) e 4 (4/8). Estas graduações compreendem atender a maior parte (3), quase que total ou totalmente as intervenções planejadas (4); realizar grande parte (3) ou todas (4) as atividades de maior complexidade técnica que competem ao enfermeiro com possibilidade moderada (3) ou mínima (4) de riscos aos pacientes. Este resultado vai ao encontro daquele evidenciado no estudo de validação⁽⁷⁾, mas também pode representar a particularidade de algumas unidades: hematológica, TMO, Canguru e UTI neonatal.

Os pacientes hematológicos e que demandam internação na TMO requerem, muitas vezes, cuidados complexos em relação à assistência de enfermagem semelhantes às unidades intensivas e necessitam, portanto, de um maior número de intervenções privativas do enfermeiro⁽¹⁵⁾. Na UTI neonatal, a prematuridade é a principal causa de internação e, além de recursos tecnológicos, os recém-nascidos exigem cuidados especializados e atenção prioritizada dos enfermeiros sobre as atividades técnicas⁽¹⁶⁾. Por outro lado, o método canguru não demanda investimento físico-estrutural, mas exige capacitação e organização dos profissionais de enfermagem visando à humanização na atenção ao binômio⁽¹⁷⁾.

O “Planejamento da assistência de enfermagem” também foi avaliado com graduações entre 3 (4/8) e 4 (3/8) nas unidades investigadas. Este plano de cuidados remete ao Processo de Enfermagem (PE), um instrumento de trabalho do enfermeiro que requer raciocínio clínico, sistematização e formalização das atividades, e diz respeito à organização da assistência. Os entendimentos e definições desse processo,

muitas vezes, são confundidos com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um método para a operacionalização do PE. Esta dificuldade de compreensão pode causar limitações e falta de clareza na atuação do enfermeiro⁽¹⁸⁾.

Neste sentido, conforme mencionado por alguns enfermeiros participantes, o item “Planejamento da assistência de enfermagem” parece ter sido associado à formalização da SAE que é de caráter obrigatório em ambos os hospitais e realizada por meio de sistema informatizado. Esta compreensão pode representar um viés na avaliação. Pesquisadores identificaram que as prescrições de enfermagem realizadas em base de dados eletrônica não estão em total concordância com as necessidades de cuidados dos pacientes⁽¹⁹⁾. Na construção da escala, os itens do APROCENF e suas gradações foram considerados autoexplicativos e, portanto, não foi realizada definição para cada um deles. O planejamento da assistência de enfermagem envolve muitos fatores, além da SAE, e as gradações desse item abordam a sistematização do processo (de forma verbal ou registro formal) a partir de avaliação direta (visita clínica) e complementação de informações junto à equipe (avaliação indireta).

O “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” considera a carga de trabalho em relação às necessidades dos pacientes e tem importante influência na segurança da assistência à saúde⁽²⁰⁾ e na (in) satisfação dos profissionais de enfermagem⁽²¹⁾. A grande maioria (6/8) avaliou esse item como 3, ou seja, “o dimensionamento de pessoal de enfermagem é quase que compatível com a carga de trabalho e, para as ausências previstas ou não previstas, dispõe de cobertura por meio de remanejamentos e/ou horas extra de profissional(is) com experiência na área”. Apenas uma unidade (canguru) classificou com mediana 2, gradação que afirma não haver compatibilidade com a carga de trabalho e, mesmo assim, os demais itens do APROCENF foram avaliados com

gradações entre 4 (6/8) e 3(1/8). Nesse caso, mesmo diante da sobrecarga de trabalho, a enfermagem parece conseguir avaliar, planejar, acompanhar a assistência prestada e realizar ações educativas estabelecendo também uma relação acolhedora com as pacientes e familiares. Esses achados contrariam pesquisas⁽²²⁻²³⁾ que defendem a correlação entre sobrecarga de trabalho gerada por um quantitativo de pessoal de enfermagem reduzido e dificuldade na supervisão da assistência de forma eficaz com diversos riscos na prestação do cuidado.

A associação entre o escore total e as variáveis demográficas e profissionais foi fraca e negativa em relação à idade e o tempo de atuação no H_A. Estes dados possibilitam deduzir que a maturidade do profissional e o maior tempo de vínculo com a instituição estão relacionados à aquisição de competências para a análise crítica do trabalho⁽²⁴⁾ tendendo à avaliação do produto do cuidar com menor escore. No H_B a correlação entre o escore médio e o tempo de atuação na unidade foi fraca. Foi possível notar diferença estatística ($p=0,01$) entre os turnos de trabalho na análise conjunta dos hospitais com valor significativo para o período noturno ($p=0,03$). No estudo de validação, o produto do cuidar em enfermagem tende a ser melhor avaliado no turno da tarde⁽⁸⁾.

Os itens que mais contribuíram para o escore total nas instituições pesquisadas foram: “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “Recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49). Valores diferentes foram encontrados na AFE do estudo de validação: “Atendimento das necessidades assistenciais” (0,79) e “Atenção ao paciente e/ou familiar” (0,79), “Acompanhamento e transferência de cuidado” (0,79) e “Planejamento da assistência de enfermagem” (0,77)⁽⁷⁾. Sendo assim,

parece que em unidades de internação de hospitais especializados os fatores estruturais (quadro de pessoal de enfermagem e demais recursos) contribuem de forma significativa na produção do cuidar, garantindo a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes⁽¹⁶⁾.

Portanto, o cenário de prática parece influir na produção do cuidar. A identificação de itens críticos do processo de trabalho só será possível se o enfermeiro assumir seu papel na gestão do cuidado utilizando instrumentos que permitam avaliar a prática, organizar as atividades e melhorar os resultados, reafirmando, portanto, o seu protagonismo na transformação da práxis subsidiado por evidências .

Limitações do Estudo

As avaliações foram conduzidas em oito unidades de dois hospitais especializados da região noroeste do estado de São Paulo a fim de abranger as possíveis especificidades dos diferentes cenários de prática. Entretanto, a quantidade de avaliações realizadas, o número de avaliadores entre o HA e HB e a inclusão do contexto assistencial de dois hospitais podem restringir os achados e diferir de outros serviços. O receio do enfermeiro em avaliar seu próprio desempenho e não o seu ambiente de trabalho ou mesmo a associação do plano de cuidados com a SAE em sistema informatizado, também podem ter interferido nos resultados.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os achados desse estudo evidenciam as particularidades e as convergências em relação ao produto do cuidar em enfermagem e os aspectos críticos atinentes a esse processo nas diferentes unidades e/ou serviços especializados contribuindo para a

comparação em outros contextos de prática. O APROCENF tem como proposta avaliar o produto entregue ao final do turno de trabalho de enfermagem e os itens contributivos instrumentalizando os enfermeiros na gestão do cuidado. Também é um norteador para os enfermeiros e graduandos de enfermagem sobre os processos que compõem a sua prática profissional e, dessa forma, poderão identificar as forças e fragilidades planejando estratégias de melhoria para cada unidade/serviço. Dessa forma, novos estudos deveriam ser efetuados para verificar sua qualidade diagnóstica, entre outros aspectos relativos à aplicabilidade do instrumento.

CONCLUSÃO

Em ambos os hospitais, o produto entregue pela enfermagem ao final do turno de trabalho foi considerado, predominantemente, como “bom” com diferença significativa entre as gradações das unidades e entre os turnos quando as instituições foram analisadas conjuntamente. A associação entre o escore total e as variáveis demográficas e profissionais mostrou-se fraca.

A avaliação do produto do cuidar de enfermagem em diferentes unidades de internação de hospitais especializados evidenciou aspectos críticos do trabalho e as áreas em que intervenções precisam ser conduzidas. O APROCENF confirma-se, portanto, como uma importante ferramenta que subsidia os enfermeiros na tomada de decisão e na gestão de mudanças tendo em vista melhores práticas na atenção à saúde.

REFERÊNCIAS

1.Ferreira GE, Dall’Agnol CM, Porto AR. Repercussions of proactivity in the management of care: Perceptions of nurses. Esc Anna Nery [Internet]. 2016 [cited 2016

Jul 10];20(3). Available from: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160057.pdf

2.Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. The meaning of care management attributed by nursing faculty members from the viewpoint of complex thinking. *Rev Rene* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jul 10];15(2):196-205. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160361097.pdf

3.Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2012 [cited 2016 Jun 12];46(3):729-35. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf

4.Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 Mai 02];70(9):1970-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12402/epdf>

5.Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 10];69(8):1862-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12038/pdf>

6.Alves DFDS, Silva DD, Guirardello EDB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *J Nurs Manag* [Internet]. 2017 [cited 2017 Jan 10];25(1):46-55. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12427/pdf>

7.Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): a reliability and construct validity study. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2017

[cited 2017 Mai 02];25:e2860. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2860.pdf>

8.Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2016 Mai 10];23(4):642-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>

9. Callegari J, Sidia M. *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artemed; 2003.

10.Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. *Análise multivariada dos dados*. 6th ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.

11.Pierantoni CR, França T, Ney MS, Monteiro VO, Varella TC, Santos MR, et al. Performance evaluation: discussing technology for planning and managing health workforce. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011 [cited 2017 Mai 05]; 45(esp):1627-31. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en_v45nspea14.pdf

12.Alves LR, Giacomini MA, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA, Goulart BF, et al. Evidências sobre o trabalho em equipe na atenção hospitalar. *Journal Health NPEPS* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 05];1(2):246-262. Available from: <http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/1592/1518>

13.Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent R, Green JSA. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *Health Serv Res* [Internet]. 2014 [cited 2016 Fev 23];14:377. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1472-6963-14-377?site=bmchealthservres.biomedcentral.com>

- 14.Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2016 Fev 23];18(11):3203-3212. Available from: http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S1413-81232013001100011&pid=S1413-81232013001100011&pdf_path=csc/v18n11/11.pdf&lang=pt
- 15.Silva JB, Póvoa VCO, Lima MHM, Oliveira HC, Padilha KG, Secoli SR. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2015 [cited 2016 Fev 15];49(esp):92-98.Available from: http://www.scielo.br/pdf/reensp/v49nspe/en_1980-220X-reensp-49-spe-0093.pdf
- 16.Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2016 Mai 15];66(5): 656-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf>
- 17.Toma, TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. *Bol. Inst. Saúde* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mai 10];13(3):231-38. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a05.pdf>
- 18.Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo; Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, SilvaRCG. *Processo de enfermagem: guia para a prática*. 1th ed. São Paulo: COREN-SP [Internet], 2015 [cited Abril 2017]. Availables from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
- 19.Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2016

[cited 2017 Jun 15];24:e2723. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02723.pdf>

20.Rossetti AC, Gaidzinski RR, Bracco MM. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. *Einstein* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jan 23];12(2):217-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n2/1679-4508-eins-12-2-0217.pdf>

21.Bronwyn H, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manage* [internet]. 2010 [cited 2017 Fev 15];18(7):804–14. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x/pdf>

22.Nunes BK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: Application of the Nursing Activities Score. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 17];21(1):348-55.Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a09.pdf>

23.Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs* [Internet]. 2010 [cited 2016 Jun 14];19(15-16): 2185–2195. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057502/pdf/nihms218827.pdf>

24.Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. *Texto Contexto Enferm* Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 17]; 22(2): 552-60. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71427998034#>