

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

**CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE
GESTÃO DA QUALIDADE EM
ENFERMAGEM**

Dos alunos do Curso de Licenciatura em enfermagem

Autora:

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Leiria, Agosto de 2007

INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE LEIRIA

**CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE
GESTÃO DA QUALIDADE EM
ENFERMAGEM**

Dos alunos do Curso de Licenciatura em enfermagem

Estudo apresentado a Concurso de recrutamento de Professor-Adjunto, área científica de enfermagem, para o quadro da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, de acordo com o Edital n.º554/2007 publicitado no D.R., 2.ª Série n.º128 de 5 de Julho de 2007

Autora:

Maria da Saudade de Oliveira Custódio Lopes

Leiria, Agosto de 2007

SUMMARY

The requirement in the quality of health services has brought challenges and responsibilities in preparing students for quality management in nursing, so the purpose of this correlational study was to identify the knowledge to the practice of quality management and relationship with its observation during clinical training.

The 107 finalists students of the Graduate Studies in Nursing who constituted a convenience sample and who answered a survey created and developed for the purpose.

Data analysis revealed that the Joint Commission accreditation was the know nest management model of quality, by 32,71% of students and the Code of Ethics and Regulation of the professional practice of the nurse were the benchmarks of nursing best known, and the Regulation of Evaluation of Performance Standards and Quality unknown by 71,03 and 68,22% of the nurses.

The knowledge to the practice of quality management in nursing students returned by an average score positive ($M = 48,77$; $SD = 7.80$), to the maximum expected (85 points) and with differences in mean scores of factors. During the clinical training the frequency of observation practices of quality management in nursing, had an average score for the total scale of positive ($M = 64,73$, $SD = 12,28$) for a possible 120 points and with differences in the mean scores of factors.

Students with more knowledge to the practice of quality management in nursing more such practices observed during the clinical training ($r = 0,89$; $p = \leq 0,01$). On average, there are differences in knowledge for the practice of quality management in nursing, among students who was clinical training in a hospital in the accreditation process and those who was clinical training, and it has not confirmed the influence of the hospital in the knowledge of these practices ($t = 0,195$, $p = 0,846$).

The results highlight the importance of revising nursing curriculum and the need for training in nursing management as a component of clinical training developing together in the caring process.

RESUMO

A exigência na qualidade dos serviços de saúde veio trazer desafios e responsabilidades na preparação dos alunos para a gestão da qualidade em enfermagem, pelo que o objectivo deste estudo correlacional foi identificar os conhecimentos dos alunos sobre os referenciais para a gestão da qualidade; e sobre os conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade e a relação com a sua observação durante o ensino clínico. Participaram 107 alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem que constituíram uma amostra por conveniência e responderam a um questionário elaborado para o efeito.

A análise dos dados revelou que o modelo de gestão de qualidade mais conhecido de nome por 95,33% dos alunos e de conteúdo por 32,71% foi a Acreditação Joint Commission. O Código Deontológico e o Regulamento do Exercício profissional do Enfermeiro foram os referenciais de enfermagem mais conhecidos, sendo o Regulamento da Avaliação do desempenho e os Padrões de Qualidade desconhecidos por 71,03 e 68,22% dos enfermeiros.

O conhecimento para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem obteve pelos alunos uma pontuação média positiva ($M=48,77$; $DP=7,80$), perante o máximo esperado de (85 pontos) e com diferenças nas pontuações médias dos factores. Durante o ensino clínico a frequência da observação das práticas de gestão da qualidade em enfermagem, teve uma pontuação média para o total da escala positiva ($M=64,73$; $DP=12,28$) para um máximo possível de 120 pontos e com diferenças nas pontuações médias dos factores.

Os alunos com mais conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem observaram mais essas práticas durante o ensino clínico ($r=0,89$; $p\leq 0,01$). Em média, não há diferenças nos conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem, entre os alunos que estagiaram num hospital em processo de acreditação e os que não estagiaram, pelo que não se confirmou a influência do hospital no conhecimento destas práticas ($t=0,195$; $p=0,846$). Os resultados evidenciam a importância da revisão dos curricula do respectivo curso.

INDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
1. GESTÃO DA QUALIDADE.....	14
1.1. O CONCEITO DE QUALIDADE	14
1.2. EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE	17
1.3. GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	18
2. GESTÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS	20
2.1. A ACREDITAÇÃO DOS HOSPITAIS	21
2.2. A UTILIZAÇÃO DOS MODELOS DE EXCELÊNCIA	24
2.2.1. O modelo de Excelência da EFQM	25
3. GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM	29
3.1. REFERENCIAIS DE ENFERMAGEM	31
4. CONHECIMENTOS DOS ALUNOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO EM ENFERMAGEM	35
4.1. PRÁTICAS DA GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL	37
4.2. ESTRUTURA DE GESTÃO DE ENFERMAGEM	39
4.3. MÉTODOS E FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE	41
4.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA	44
CAPÍTULO II – CONTRIBUIÇÃO PESSOAL	
1. METODOLOGIA	48
1.1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES	49
1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA	50
1.2.1. Selecção da amostra	50
1.2.2. Características gerais da amostra	50
1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	51
1.3.1. Variáveis sócio-demográficas	51
1.3.2. Hospitais onde estagiou	52
1.3.3. Conhecimento dos modelos de gestão da qualidade	52
1.3.4. Conhecimento dos referenciais para a implementação da qualidade em Enfermagem	53

1.3.5. Conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em Enfermagem	53
1.3.6. Práticas de gestão da qualidade em enfermagem	58
1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	63
1.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO	63
2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	65
2.1 HOSPITAIS ONDE ESTAGIOU	65
2.2. CONHECIMENTO DOS MODELOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E HOSPITAIS ONDE ESTAGIOU	66
2.3. CONHECIMENTO DOS REFERENCIAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM	68
2.4. CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DA GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM	70
2.5. PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM	75
2.6. OS CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM EM FUNÇÃO DA SUA OBSERVAÇÃO	81
2.7. CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM EM FUNÇÃO DO HOSPITAL ONDE ESTAGIOU	82
3. CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
 ANEXOS	
ANEXO I – INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS	
ANEXO II – AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DOS DADOS	

INDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1: Conjunto de qualificações para o sucesso da prática de enfermagem no século 21...	36
Quadro 2: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos publicados de acordo com os elementos de gestão da qualidade	38
Quadro 3: Distribuição da amostra por sexo e escalão etário, em função do Curso de Licenciatura em Enfermagem	51
Quadro 4: Média, mediana, moda, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra	51
Quadro 5: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ECPGQE	55
Quadro 6: Análise factorial da ECPGQE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=107)	56
Quadro 7: Resumo dos resultados da Análise em Componentes Principais da ECPGQE	57
Quadro 8: Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os quatro factores e o total da ECPGQE	57
Quadro 9: Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EPGQE	59
Quadro 10: Análise factorial da EPGQE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=107)	61
Quadro 11: Resumo dos resultados da análise em componentes principais da EPGQE	62
Quadro 12: Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os quatro factores e o total da EPGQE	62
Quadro 13: Resultados da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov por escalas	64
Quadro 14: Distribuição da amostra por hospitais onde estagiou, em função do Curso de Licenciatura em Enfermagem	66
Quadro 15: Distribuição da amostra em função do conhecimento do nome e da existência do conteúdo genérico de Modelos de Gestão de Qualidade	66
Quadro 16: Distribuição da amostra por conhecimento do conteúdo dos Modelos de Gestão de Qualidade em função do local de estágio	68
Quadro 17: Distribuição da amostra em função do conhecimento de referenciais para a Implementação da qualidade em enfermagem (N=107)	69
Quadro 18: Médias e Desvios Padrão dos itens, factores e total da ECPGQE (N=107)	74
Quadro 19: Médias e Desvios Padrão dos itens, factores e total da EPGQE (N=107).....	77
Quadro 20: Médias e desvios padrão observados nos itens, factores e no total da EPGQE, em função dos locais onde estagiou, e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes	80
Quadro 21: Matriz de correlações de <i>Pearson</i> entre os factores e totais das ECPGQ e EPGQ ..	82
Quadro 22: Médias e desvios padrão observadas nos itens, factores e no total da ECPGQE, em função hospital onde estagiou, e resultados do teste <i>t-Student</i> para grupos independentes	83

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1: Distribuição da amostra em função do conhecimento do nome e do conteúdo genérico de Modelos de Gestão de Qualidade	67
Gráfico 2: Distribuição da amostra em função do conhecimento de Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem (N=107)	70
Gráfico 3: Distribuição das Médias e Desvios Padrão dos factores da ECPGQE (N=107).....	75
Gráfico 4: Distribuição das Médias e Desvios Padrão dos factores da EPGQE (N=107).....	79

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1: O Modelo de Excelência do EFQM	26
Figura 2: Os elementos da gestão da qualidade com conceitos e princípios de qualidade total ..	30
Figura 3: Estrutura para assegurar a qualidade	36

SIGLAS E ABREVIATURAS

CIPE:	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
ECPGQE:	Escala de conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem
EFQM:	European Foundation for Quality Management
EPGQE:	Escala de conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem
ISO:	Organização Internacional de Normalização
KFHQS:	King's Fund Health Quality Service
MBNQA:	Malcom Baldrige National Quality Award
PDCA:	Planear, Executar, Verificar, Actuar - (<i>Plan-Do-Check-Act</i>)
REPE:	Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

INTRODUÇÃO

A qualidade nos serviços de saúde é assumida por todos como um caminho e uma meta a ser atingida. Silva (2001) afirma que a qualidade é hoje universalmente reconhecida como satisfação das necessidades explícitas e implícitas do cliente, a custos adequados e tornou-se num imperativo para todas as organizações públicas, pela necessidade de contenção orçamental, pelo maior nível de exigências do cidadão, pela referência que o Estado assume face à Sociedade e pela diversidade de bens e serviços que presta à comunidade.

Assim, a qualidade em saúde precisa do compromisso de todos na implementação de práticas sistemáticas de gestão que conduzam à satisfação dos seus utentes, dando particular atenção à melhoria contínua dos processos organizacionais.

Para esta melhoria e em consequência de políticas e estratégias de qualidade definidas pelo governo, as organizações públicas de saúde investiram na implementação de sistemas de qualidade. Este investimento foi mais notório nos hospitais inicialmente de uma forma voluntária e posteriormente como resposta ao Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, previsto no Programa do XVII Governo Constitucional (PORTUGAL, 2005).

Com a qualidade como razão de ser de uma organização, e pelo envolvimento de todos que a constituem, surge o termo de qualidade total que PIRES (2000) define como uma cultura de qualidade. No entanto, tem de ser encarada como um processo de gestão, pelo que muitos autores atribuem-lhe a designação de gestão da qualidade total.

Esta filosofia veio trazer desafios e exigências ao exercício e à formação do enfermeiro. A sua preparação deve ter em vista um sistema de garantia de qualidade em enfermagem em integração, interligação e harmonia com a instituição e o país. Os enfermeiros têm a responsabilidade de contribuir para o planeamento e política de saúde e para a coordenação e gestão dos serviços de saúde, para além da responsabilidade de gestão dos serviços de enfermagem, pelo que assumem responsabilidades individuais e colectivas na contribuição de um serviço de

qualidade. Esta qualidade está inerente a todos os procedimentos de enfermagem pelo que gerir cuidados de enfermagem é em grande parte sinónimo de gestão da qualidade em enfermagem.

As competências atribuídas ao enfermeiro de cuidados gerais, pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004), traduzem os elementos inerentes a um sistema de implementação da qualidade: Liderança, Focalização no cliente, Controlo de processos e Melhorias contínuas.

SHERMAN e BISHOP (2007) e MAHONEY (2001) referem que é necessária uma abordagem mais proactiva da formação em gestão para garantir a próxima geração de enfermeiros gestores e a liderança da profissão. SHERMAN e BISHOP (2007) mencionam um estudo de STELTZER (2006), em que, no seu país, 55% das gestoras de enfermagem se retiravam entre 2011 e 2020, pelo que se questionam sobre o que vai acontecer quando deixarem de exercer funções. Em Portugal esta questão também poderá ser colocada, pois nos últimos anos tem diminuído o investimento nesta área da formação de enfermagem e num futuro próximo os enfermeiros assumirão responsabilidades de gestão em serviços de enfermagem sem qualificações acrescidas à licenciatura.

A Escola tem uma posição chave para influenciar os estudantes e começar a preparar o futuro da liderança em enfermagem. A liderança não deve ser vista como uma opção, mas como uma responsabilidade profissional, e os estudantes devem ser preparados para lideranças futuras. (SHERMAN e BISHOP, 2007)

O Programa do XVII Governo Constitucional menciona que a formação dos recursos humanos da saúde deve ter uma forte componente de gestão eficiente de recursos, de qualidade e de questões éticas (PORTUGAL, 2005). O Curso de Licenciatura em Enfermagem visa assegurar a formação para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais e para a participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde. (DECRETO-LEI n.º 353/99 de 3 de Setembro). A PORTARIA n.º 799-D/99 de 18 de Setembro regulamenta este ensino e prevê que seja estruturado em duas componentes: ensino teórico e ensino clínico. Para responder a estes desafios os planos de estudo incluem conteúdos que, num processo de melhoria, são avaliados e adaptados.

Este contexto de mudança, de exigências constantes e o envolvimento dos novos profissionais nos sistemas implementados, originam muitas questões que

poderiam e deveriam dar origem a vários estudos centrados na formação dos alunos, pelo que identificar os conhecimentos dos alunos nesta temática, poderá ser importante para a avaliação do ensino na área da gestão da qualidade em enfermagem e implementação de melhorias.

Sendo necessário a realização de um estudo para apresentação a concurso para Professor Adjunto e motivada pela formação e experiência em gestão de serviços de enfermagem e de saúde em hospitais, realizou-se este estudo que teve por base a seguinte questão:

“Quais os conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem possuem e de que forma se relacionam com a observação dessas práticas durante o ensino clínico?” Para responder a esta questão realizou-se um estudo correlacional com os seguintes objectivos:

- Identificar os Modelos de Gestão da Qualidade no Hospital que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem conhecem de nome e de conteúdo.
- Identificar os Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem conhecem.
- Identificar o conhecimento para as práticas de gestão da qualidade que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem adquiriram durante o curso.
- Identificar as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os estudantes do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem observaram durante os ensinamentos clínicos.
- Saber se há relação entre os conhecimentos para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem, adquiridos durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem e as práticas de gestão da qualidade em enfermagem observadas pelos alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem durante os ensinamentos clínicos.

Para este estudo, tendo por base o Dicionário de Língua Portuguesa (2007), definiu-se práticas de gestão da qualidade como sinónimo de actividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade. Efectuou-se uma revisão da literatura em livros

e revistas científicas especializadas, documentos electrónicos e em bases de dados de produção e investigação científica, dos últimos sete anos, na área das ciências da saúde e das ciências de enfermagem com os recursos disponíveis através da EBSCOhost e B-ON (CINAHL, Nursing & Allied Collection, Cochrane Collection e MEDLINE, entre outros).

O estudo empírico teve como população os alunos do 4.º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria, sendo constituída uma amostra por conveniência (HILL & HILL, 2002) de 107 alunos representando 95% da população. Os dados foram colhidos através de um questionário que foi elaborado por não se ter encontrado nenhum para o efeito e tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 14.0 para *Windows*. Dois conjuntos de questões do questionário, após validação, resultaram em duas escalas às quais foram atribuídas os seguintes nomes: Escala do Conhecimento para as Práticas de Gestão da Qualidade em Enfermagem (ECPGQE) e Escala de Práticas de Gestão da Qualidade em Enfermagem (EPGQE).

Do ponto de vista estrutural, seguindo as normas da Instituição onde se exercem funções, divide-se este trabalho em dois capítulos.

No primeiro capítulo apresenta-se a revisão da literatura subdividida por áreas temáticas em que na primeira se desenvolve o conceito de qualidade e a evolução da gestão da qualidade, fazendo referência aos principais teóricos da gestão da qualidade. Na segunda descrevem-se a gestão da qualidade nos hospitais e os modelos implementados. Na terceira área aborda-se a gestão da qualidade em enfermagem com descrição de alguns referenciais. O quarto, e último tema, considera o conhecimento dos estudantes para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem, com identificação de estudos sobre práticas e sobre os conhecimentos para a gestão da qualidade.

O segundo capítulo também é subdividido iniciando por descrever a metodologia do estudo, onde para além das questões de investigação e da operacionalização das variáveis são apresentados os procedimentos na colheita dos dados e no tratamento estatístico.

Finalmente apresentam-se e discutem-se os resultados e termina-se com as conclusões do trabalho e as suas implicações para o ensino e para a investigação.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. GESTÃO DA QUALIDADE

As perspectivas de gestão encaram a qualidade como uma entidade ou processo autónomo que pode ser planeado, gerido e controlado com a ajuda de conhecimentos técnicos e da gestão (ANTÓNIO e TEIXEIRA, 2007). Pressupõe princípios de gestão da qualidade que, para BENGGOA e outros (2006), se baseiam no melhor uso dos recursos, orientação para os clientes e planeamento de acções com impacto na melhoria da qualidade dos serviços.

O conceito de qualidade, o modo como tem evoluído e a coordenação das actividades para gerir a qualidade são fundamentais para a compreensão destes princípios.

1.1. O CONCEITO DE QUALIDADE

O conceito de qualidade tem sido abordado de forma diferente por diversos autores.

A qualidade é definida pelas normas ISO (Organização Internacional de normalização) como o grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas (NP EN ISO 9000:2000, 2001)

Para JURAN (1988) qualidade é a adequação ao uso. Esta adequação tem duas dimensões: a performance do produto, cujas características se ajustam às necessidades do cliente; e a ausência de deficiências, como reduzir os erros, o desperdício, as provas, o tempo para colocação no mercado, os custos e melhoria no resultado.

Discordando com a limitação à conformidade por não dar espaço à inovação, DEMING (1986) invoca redução das variações como fundamento para uma melhoria contínua e as necessidades e expectativas dos consumidores como o ponto de partida para a melhoria da qualidade.

GARVIN (1987) propõe cinco abordagens para a definição da qualidade: transcendente, baseada no produto, baseada no utilizador, baseada na produção e baseada no valor, mas na qualidade na saúde PISCO (2001) considera mais adequado aos cuidados de saúde um modelo mais recente de ALAN GILLES que analisa a qualidade recorrendo também a diferentes perspectiva:

- Perspectiva transcendente: qualidade como sinónimo de excelência.
- Perspectiva da Saúde pública: a principal ideia é que a qualidade dos cuidados deve procurar manter e melhorar a saúde mais do que cuidar da doença.
- Perspectiva baseada nos recursos: o máximo de cuidados que podem ser obtidos para os recursos destinados aos cuidados de saúde.
- Perspectiva dos profissionais: valoriza os conhecimentos e os resultados clínicos como principal medida de qualidade.
- Perspectiva dos utilizadores: o bem-estar e a satisfação dos utilizadores são cruciais

As diferentes definições de qualidade, conforme as circunstâncias, influenciam a gestão das organizações, afirmam REEVES E BEDNAR (1994) e especificam:

- Definida como excelência pode levar a um investimento na força de trabalho e limitada por normas.
- Definida como valor ou como conformidade com as especificações pode levar uma organização a focar-se na eficiência interna e efectividade externa.
- Definida como correspondendo ou excedendo as expectativas dos utilizadores exige a identificação das exigências dos clientes e a inclusão de factores subjectivos como a cortesia e a satisfação que são difíceis de quantificar e avaliar.

De acordo com PISCO (2001) a qualidade em saúde é definida de forma diferente de acordo com as variáveis que assumem mais importância para os diversos actores: para os doentes (acessibilidade, afabilidade, melhoria do estado de saúde), para os prestadores (capacidades técnicas e na obtenção de resultados clínicos) e para os gestores (eficiência, obtenção dos resultados desejados, rentabilização dos investimentos), tornando as questões relacionadas com a qualidade de prestação de cuidados de saúde difíceis e complexas de abordar.

Na enfermagem é a resposta às necessidades dos utentes a variável fundamental em que a carreira de enfermagem prevê a utilização de uma

metodologia científica na prestação de cuidados que devem ser centrados nessas necessidades, com a sua implicação e com a preparação para a alta, tendo por base um modelo teórico. A eficiência, as capacidades técnicas e a obtenção de resultados clínicos também são aspectos previstos e valorizados para todas as categorias profissionais (DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro).

Esta complexidade do conceito dificulta a medição e a implementação de melhorias, pelo que alguns autores consideram importante dividi-lo em dimensões. Entre esses autores, BENGGOA e outros (2006) descrevem seis áreas ou dimensões da qualidade para a melhoria dos cuidados de saúde:

- Efectividade: baseados na evidência e com resultados na resposta às necessidades das pessoas e comunidade.
- Eficiência: maximização dos recursos evitando desperdícios.
- Acessibilidade: prestação de cuidados de saúde pontuais, com qualificações e recursos apropriados às necessidades.
- Centrados no cliente: ter em conta as preferências e as expectativas individuais dos clientes.
- Equidade: não fazer distinção das pessoas pelo seu género, raça, etnia, localização geográfica e estatuto socioeconómico.
- Segurança: minimização dos riscos e dos danos nos clientes.

PISCO (2005) refere que estas dimensões também estão implícitas nos aspectos que a Organização Mundial de Saúde considera determinantes para obter a qualidade:

- Excelência profissional
- Eficiência na utilização dos recursos
- Garantir segurança dos doentes
- Satisfação dos utilizadores com o serviço de saúde
- Resultados obtidos – ganhos em saúde com a melhoria progressiva dos indicadores.

Considerar as várias definições e dimensões da qualidade na prestação de serviços e as constantes mudanças das organizações tem conduzido ao longo do tempo ao aparecimento de várias propostas e novas formas de gestão da qualidade. Esta preocupação tem uma longa evolução na indústria com conceitos e directrizes que estão a ser aplicados nas instituições de saúde.

1.2. EVOLUÇÃO DA GESTÃO DA QUALIDADE

São vários os autores de gestão da qualidade que ao longo dos anos desenvolveram novos conceitos e propuseram melhorias na qualidade das empresas. Os mais conhecidos da literatura são quatro americanos e um Japonês: Deming, Juran, Feigenbaum, Crosby e Ishikawa.

DEMING (1986) apresenta a sua abordagem da gestão da qualidade em catorze pontos que servem para as pequenas e grandes empresas e para as empresas de serviços e propõe para resolução de problemas e melhoria sistemática da qualidade um ciclo de acção. A utilização deste ciclo, conhecido pelo ciclo de Deming PDCA (Planear, Executar, Verificar e actuar, do inglês *Plan-Do-Check-Act*), continua a ser muito utilizado e é referenciado como uma metodologia para processos de melhoria pelas Norma Portuguesa de Certificação (NP EN ISO 9000:2000, 2001).

Sintetizados os catorze pontos de Deming coincidem com os de JURAN (1988) que são conhecidos como a Triologia de Juran: Planificação da qualidade, controlo da qualidade e melhoria da qualidade.

JURAN (1988) especifica que o planeamento da qualidade consiste em actividades para o desenvolvimento do produto e do processo requerido para as necessidades dos clientes. O controlo da qualidade avalia a actual performance, compara-a com os objectivos e actua na diferença, devendo ser feita a todos os níveis de gestão. Na melhoria da qualidade são estabelecidos os projectos de melhoria, as equipas para os projectos, os recursos, a formação e motivação para diagnosticar a causa e implementar soluções.

O controlo de qualidade como uma técnica de gestão para melhor responder às exigências do cliente é considerado por FEIGENBAUM (1991) que advoga um envolvimento de todos em qualquer processo, que inicia na identificação da qualidade requerida pelo cliente e termina quando o produto é entregue ao cliente e ele fica satisfeito. Refere que, para além do controlo da qualidade total, é necessário uma gestão constante e manutenção de um sistema de qualidade.

De acordo BANK (1998), ISHIKAWA (1986) deu corpo à filosofia que conduziu ao desenvolvimento dos círculos de qualidade no princípio da década de 60. Sugeriu uma mistura do melhor das práticas americanas, tais como as técnicas de produção da linha de montagem e as práticas japonesas que valorizavam o

trabalho de equipa. Considerou sete ferramentas básicas para o controlo da qualidade: análise de Pareto, diagramas de espinha, estratificação, mapas de registo, histogramas, diagramas de dispersão e mapas de controlo, que considerava suficientes para a resolução dos problemas de qualidade.

A ausência de defeitos e a conformidade com as especificações é o principal objectivo na qualidade e a base teórica de CROSBY (1979) que considera que a qualidade é grátis e os custos estão na não qualidade.

Estes especialistas em gestão da qualidade realçam a importância da gestão de topo, o papel importante da equipa de trabalho, o processo de produção e a relação com o cliente. Partilham alguns pontos de vista mas destacaram-se pela sua diversidade. Esta diversidade de análise, a sua pertinência e evolução têm originado uma filosofia de gestão em que são consideradas muitas variáveis de forma a controlar a qualidade da produção, os custos, a envolver os trabalhadores e a satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes.

Para significar a vasta colecção de filosofias, conceitos, métodos e ferramentas usadas em todo o mundo na gestão da qualidade, surge o termo genérico de gestão da qualidade total.

1.3. GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL

Para PIRES (2000) o termo qualidade total surge da evolução da garantia da qualidade. A garantia da qualidade pressupõe um conjunto de actividades planeadas e sistemáticas que de uma forma integrada podem garantir que a qualidade desejada está a ser alcançada. Com a importância atribuída a esta garantia veio a sua integração na gestão das organizações surgindo o termo gestão da qualidade. Este evoluiu para o termo de qualidade total, pois considerando a qualidade a razão de ser de uma empresa, ela é uma função de todos dentro da empresa. Muitos autores atribuem-lhe a designação de Gestão da Qualidade Total.

PIRES (2000) define qualidade total como uma cultura da empresa. Esta permite fornecer produtos e serviços capazes de satisfazer as necessidades e expectativas dos clientes e identifica princípios, benefícios e aspectos relevantes para uma empresa caracterizada pela qualidade total. Os princípios são cinco: empenhamento da gestão de topo; objectivos de satisfação do cliente; processo

contínuo de melhorias; qualidade entendida como um problema de toda a gente; e gestão dos resultados económicos da qualidade.

O mesmo autor menciona que como benefícios de uma cultura de qualidade, entre outros, surgem a satisfação dos clientes internos e externos, a comunicação efectiva, eliminação do desperdício e a melhoria contínua. Para a sua prossecução é relevante o alargamento da consciência da qualidade a todos os níveis, tomar decisões baseadas em factos, usar técnicas adequadas, gerir e controlar os processos e estabelecer medidas de avaliação da qualidade total.

A utilização da filosofia da gestão da qualidade total para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pelos serviços de saúde é valorizada por SALE (2000), porque a atenção é para a organização como um todo, pois a focalização no cliente, o trabalho em equipa, o quebrar das barreiras profissionais e uma melhor gestão dos recursos, exigem a mobilização de todos para a qualidade.

De acordo com SALE (2000) com esta filosofia o sistema nacional de saúde não pode abordar as questões relativas à garantia da qualidade partindo do topo para a base da organização. As normas são criadas e implementadas por todos, pois um dos aspectos mais importantes da gestão da qualidade total é a noção de pertença e de compromisso em relação à qualidade dos cuidados e serviços prestados, a todos os níveis da organização. A mesma autora refere que historicamente é grande o empenho do pessoal de saúde em melhorar os cuidados e os serviços que presta, mas de forma isolada dentro da organização e deve ser a própria organização a fazer parte de um sistema estruturado de qualidade que é gerido sistematicamente.

É esta filosofia de gestão da qualidade que se procura implementar nos hospitais em Portugal e que os enfermeiros, pelo seu número dentro das organizações e pelo valor do serviço que prestam aos clientes, têm que dinamizar. Para isso é importante a conjugação das políticas e objectivos das organizações e as suas responsabilidades.

2. GESTÃO DA QUALIDADE NOS HOSPITAIS PÚBLICOS.

Nos Serviços Públicos o modelo de qualidade considera o cliente como juiz final, considera as pessoas, a melhoria contínua, a inovação, a liderança e a consistência dos objectivos, presente em todas as fases da vida dos serviços e envolvendo dirigentes, funcionários e clientes (SILVA, 2001).

Na Lei de Gestão Hospitalar, LEI n.º27/2002 de 8 de Novembro, o atendimento de qualidade e a garantia da prestação de cuidados de saúde de qualidade com um controlo rigoroso dos recursos são, respectivamente, um dos princípios específicos da gestão hospitalar e um dos princípios gerais para a prestação de cuidados de saúde.

Os hospitais portugueses têm vindo a desenvolver e a demonstrar um progressivo e crescente interesse e preocupação com a qualidade, com uma prática de intervenções mais ou menos isoladas, conjuntamente condicionadas e baseada num voluntarismo. A estratégia de qualidade do Ministério da Saúde varia com a mudança do Governo e existem muitos projectos a serem implementados nos hospitais.

O INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2003), na definição da estratégia de actuação na gestão da qualidade, considerou de crucial importância o programa nacional de acreditação de hospitais, pelo que a acreditação assume a liderança entre os vários projectos implementados ao nível da gestão da qualidade dos hospitais. A importância na acreditação continua a ser atribuída pelo XVII Governo Constitucional que no seu Programa de 2005 – 2009.

De acordo com PORTUGAL (2005:80) é necessário: “Responsabilidade e profissionalismo; Melhoria contínua da qualidade através do Programa Nacional de Acreditação de Hospitais, Programa Nacional de Auditoria Clínica e desenvolvimento de Normas de Orientação e Gestão Clínica; Efectiva gestão de risco: qualidade da prescrição, prevenção e luta contra a infecção, erro profissional, insegurança de locais e práticas de utentes e profissionais; revisão do quadro legal relativo a acidentes, incidentes e erros clínicos; Liderança nos serviços: formação em gestão, planeamento estratégico, sustentabilidade, segurança, qualidade e liderança”.

2.1. A ACREDITAÇÃO DOS HOSPITAIS

Ac creditação é o procedimento através do qual o Organismo Nacional de Ac creditação reconhece, formalmente, que uma entidade é competente tecnicamente para efectuar uma determinada função específica, de acordo com normas internacionais, europeias ou nacionais, baseando-se, complementarmente, nas orientações emitidas pelos organismos internacionais de ac creditação de que Portugal faça parte (DECRETO-LEI nº 125/2004 de 31 de Maio).

De acordo com PISCO (2002), em Portugal o Programa Nacional de Ac creditação de Hospitais iniciou-se em Setembro de 1999 com base na metodologia do *King's Fund Health Quality Service* (KFHQS) e com o objectivo de criar um sistema autónomo de monitorização e ac creditação da qualidade organizacional dos hospitais portugueses. Considerou-se um programa de melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais, obtido através do cumprimento de um conjunto de passos (traduzidos em padrões e critérios) que culminam numa auditoria externa levada a cabo por entidades independentes que reúnem as competências e conhecimentos da própria organização auditada.

O mesmo autor considerou essencial para a implementação do Programa a inclusão, no âmbito do III Quadro Comunitário de Apoio, de uma medida específica para a melhoria da qualidade no Programa Operacional da Saúde – Saúde XXI com uma dotação de aproximadamente 35 milhões de euros, para o período 2000-2006.

Segundo o Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI, PORTUGAL (2006), até 31 de Dezembro de 2005 foram financiados, entre outros, 21 projectos de ac creditação de hospitais e 40 projectos de certificação de serviços hospitalares pelas normas ISO.

O INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE (2004) ao fim de cinco anos de implementação dos processos de ac creditação fez um estudo do impacte da ac creditação nos profissionais de saúde, através da aplicação de um questionário. Os resultados foram globalmente positivos na organização e no envolvimento e expectativas dos profissionais. Dos vinte e um hospitais que aderiram ao programa de ac creditação, quinze, através do Conselho de Administração ou dos Grupos de Qualidade, descreveram um conjunto de benefícios resultantes do processo de ac creditação e que se resumem nos seguintes:

- Melhorias de estruturas físicas e criação de novas estruturas organizacionais: serviço de saúde ocupacional, sistema de segurança, sistema de gestão do risco e de controlo de infecção
- Envolvimento da gestão
- Envolvimento dos profissionais
- Focalização no cliente
- Desenvolvimento do trabalho de equipa
- Gestão do processo
- Definição de novas políticas e procedimentos
- Formação
- Sistema de informação

De acordo com PISCO (2004) com a criação dos Hospitais SA (Sociedades Anónimas) e de uma Unidade de Missão para os gerir, ficaram duas entidades sob a mesma tutela com a responsabilidade na promoção de metodologias da qualidade e implementação de modelos de qualidade: o Instituto da Qualidade em Saúde, através da acreditação KFHQS, do Reino Unido; e a Unidade de Missão que optou pela acreditação pela *Joint Commission* dos Estados Unidos. São dois referenciais que com metodologias diferentes têm o objectivo de promover a qualidade.

A JOINT COMMISSION (2007) tem como missão melhorar a segurança e qualidade da saúde através da acreditação de cuidados de saúde ou através da certificação de serviços e fornecer um processo baseado em normas para avaliar as organizações. Estas normas aplicam-se a toda a organização, a todo o departamento e a todos os serviços. São comuns a todas as organizações de saúde, estando agrupadas por funções:

- Acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos.
- Direitos do doente e família
- Avaliação de clientes
- Cuidados prestados ao doente
- Educação do doente e família
- Melhoria da qualidade e segurança do doente
- Prevenção e controlo de infecções
- Administração, chefia e direcção
- Gestão e segurança da instalação

- Qualificações e educação dos profissionais
- Gestão da informação

Estas normas constituem uma parte do Manual de Acreditação para Hospitais da JOINT COMMISSION (2007), que numa secção tem um capítulo de enfermagem. Neste é evidenciado o significado do papel do enfermeiro para a evolução dos cuidados de saúde e a necessidade de liderança em todos os níveis justificando que: o enfermeiro assegura a prestação e supervisão de serviços 24 horas por dia, 7 dias por semana, assumindo muitas responsabilidades para qualidade e segurança dos cuidados em todo o hospital e na definição da necessidade em cuidados de enfermagem dos clientes; o enfermeiro executivo assume um papel de liderança vital para um trabalho de equipa e para o sucesso do hospital, mantendo equilíbrio financeiro, qualidade e segurança nos cuidados, assegurando, ainda, a qualidade das normas de cuidados e a implementação na prática dos resultados dos estudos, normas com reconhecimento profissional e outras políticas e procedimentos que orientam a prestação de cuidados, tratamentos e serviços.

A JOINT COMMISSION (2007) atribui a acreditação à organização que demonstrar concordância com as normas na altura da avaliação. A acreditação também pode ser provisória, condicional ou negada conforme o cumprimento das normas.

Para além destes dois modelos existe a norma NP EN ISO 9001:2000 (2001) que, baseada nos princípios de gestão da qualidade, especifica requisitos para um sistema de gestão da qualidade numa organização e fomenta a adopção de uma abordagem por processos com especificação de requisitos. Todos os requisitos desta norma são genéricos e aplicáveis a todas as organizações, independentemente do tipo, dimensão e produto que proporcionam. No entanto, nos hospitais tem sido utilizada na certificação de alguns serviços do hospital, não englobando toda a organização com se verifica no Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI (PORTUGAL, 2006).

SILIMPERI, ZANTEN E FRANCO (2004) referem que para iniciar um sistema de qualidade a acreditação é uma abordagem que responde aos objectivos pois comporta três conjuntos de actividades ou funções essenciais para garantia da qualidade:

- Definição de qualidade: padrões e normas de qualidade para todo o sistema com componente administrativa e técnica.

- Medição da qualidade: autoavaliação, monitorização, estudos especiais e avaliações periódicas como as auditorias.
- Melhoria da qualidade: as avaliações determinam a situação do hospital e a necessidade de melhoria.

A acreditação também é considerada pelo CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2007) um meio de assegurar a qualidade e proteger o público confirmando que as pessoas, os programas, as instituições ou os produtos cumprem normas previamente acordadas. A sujeição a um conjunto de procedimentos e mecanismos de acreditação obrigatórios contribui para fomentar a uniformidade das normas e dos programas de formação no país e com a renovação periódica da acreditação estes programas mantêm-se actualizados.

Contudo, o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2007), advoga que o processo poderá levantar algumas questões:

- Maior centralização nas actividades de controlar e organizar do que nas de desenvolver e inovar.
- Sobrecarga de actividades de regulamentação e de acreditação.
- Ficar pela fase inicial da introdução de normativos.

Perante a dúvida levantada, por diversos autores, da utilidade dos processos de acreditação no desenvolvimento da inovação, RUIZ (2004) propõe para a implementação de sistemas de gestão da qualidade nos hospitais dois níveis de implementação. Um primeiro por um processo de acreditação e outro com autoavaliação com um Modelo de Excelência.

2.2. A UTILIZAÇÃO DOS MODELOS DE EXCELÊNCIA

O aparecimento e uso dos prémios de excelência, de acordo com ANTÓNIO e TEIXEIRA (2007) surgiram com a intenção de promover a qualidade nas organizações e servir para a sua autoavaliação baseando-se num conjunto de critérios que apoiam a sua avaliação. Descrevem que, nos anos cinquenta, o Japão foi o primeiro país a desenvolver esta abordagem com o Prémio Deming (criado para homenagear o gestor da qualidade Deming), trinta anos mais tarde os Estados Unidos criaram o prémio *Malcom Baldrige* e posteriormente o prémio EFQM (*European Foundation for Quality Management*) foi criado na Europa.

Estes modelos possibilitaram um avanço importante na gestão da qualidade total. Para ANTÓNIO E TEIXEIRA (2007) a autoavaliação da organização e a comparação com outras organizações, tornou os gestores de topo líderes da qualidade total e deu-se início ao *benchmarking* que é uma tendência importante na gestão moderna da qualidade, alargada aos serviços de saúde.

O *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA) do NATIONAL INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY (2007) tem critérios específicos para os cuidados de saúde e é muito aplicado nas organizações de saúde a nível mundial. Tem conceitos fundamentais que também são comuns aos outros Modelos e preconizam algumas práticas para a gestão da qualidade:

- Liderança
- Gestão de recursos humanos
- Políticas e estratégias
- Focalização nos clientes
- Participação dos empregados
- Educação e formação
- Gestão dos processos
- “Benchmarking” e melhoria contínua

O MBNQA é referência em muitos estudos de gestão da qualidade, sendo alguns referenciados no desenvolvimento da última área temática deste capítulo, mas de acordo com REIS (2001) em muitos países europeus e em Portugal, os prémios nacionais e a certificação de qualidade em serviços públicos, baseiam-se no Modelo de Excelência Europeu (EFQM), pelo que de uma forma sucinta se descreve este Modelo.

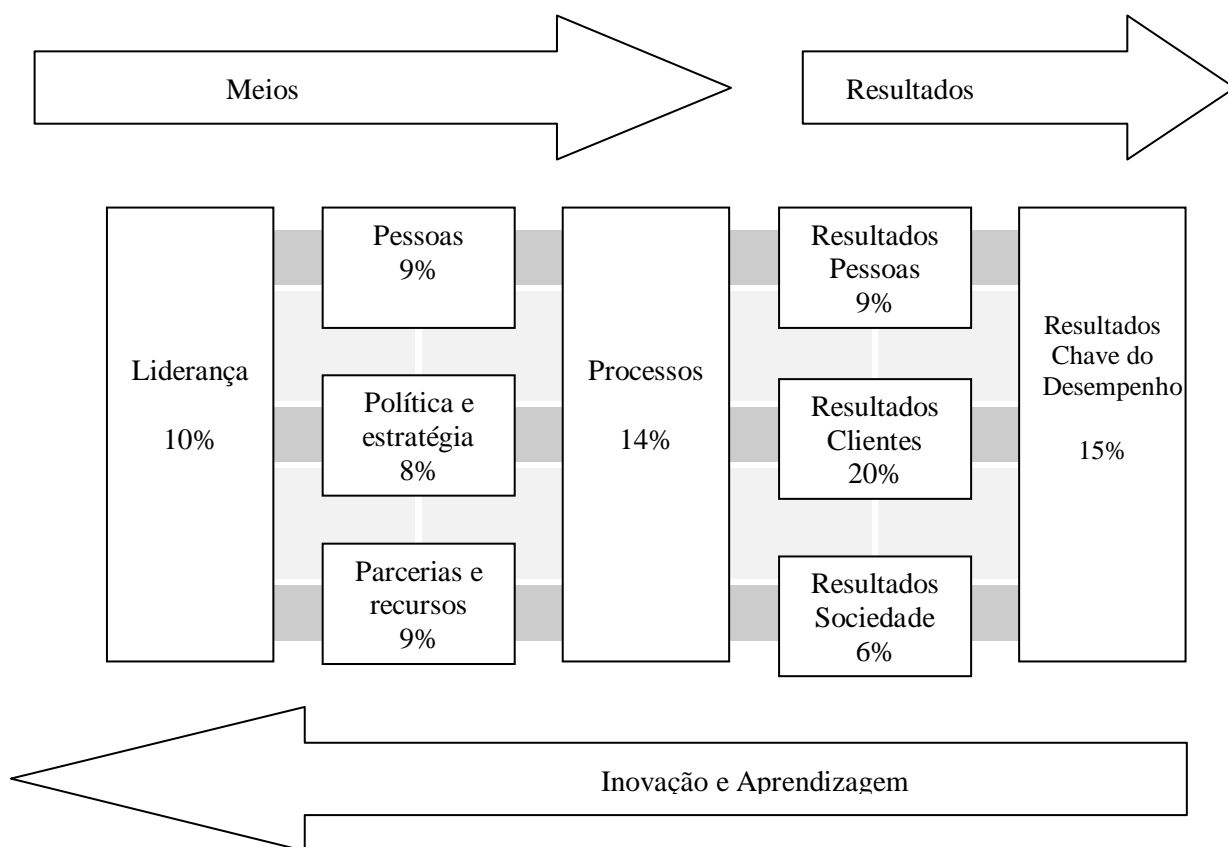
2.2.1. O Modelo de Excelência da EFQM

Este Modelo é uma matriz de autoavaliação que conduz a uma melhoria contínua da qualidade, tendo como meta a excelência e, como se visualiza na figura 1, tem nove critérios classificados como meios e resultados e vários sub critérios. Cada critério tem uma pontuação específica de acordo com o grau de importância que lhe foi atribuída.

De acordo com a EFQM (2003) os critérios de meios dizem respeito à forma como as organizações realizam as suas actividades chave e os critérios de resultados dizem respeito à forma como os resultados são alcançados.

Resultados excelentes no que se refere ao desempenho, clientes, pessoas e sociedade são alcançados através da liderança na condução de política e estratégia, a qual é transferida através das pessoas das parcerias dos recursos e dos processos.

Figura 1. O Modelo de Excelência do EFQM



Fonte: EFQM (2003:5)

O modelo baseia-se em oito Conceitos Fundamentais de Excelência e os comportamentos, actividades ou iniciativas baseadas nestes conceitos são frequentemente referidos como Gestão da Qualidade Total (EFQM, 2003).

Os Conceitos Fundamentais da Excelência

Os Conceitos Fundamentais da Excelência devem ser adaptados em função do desenvolvimento e da melhoria das organizações e a EFQM (2003) indica como devem ser colocados em prática:

1. *Orientação para os resultados*: a excelência obtém-se através de um equilíbrio de satisfações. A organização monitoriza e antecipa as necessidades de todos os “*stakeholders*” e revê o desempenho de outras organizações.
2. *Focalização no cliente*: centrar a organização na procura da satisfação das necessidades actuais e das expectativas futuras dos seus clientes e responder de forma rápida e eficiente quando algo está a correr mal. A organização mantém excelentes relações com os clientes e compreende as vantagens competitivas das outras organizações.
3. *Liderança e constância de propósitos*: ao proporcionarem clareza e unidade nos propósitos os líderes criam o ambiente apropriado para a organização e para os seus colaboradores se destacarem pela excelência. Lideram pelo exemplo que transmitem, reconhecendo os seus “*stakeholders*” e trabalhando conjuntamente com eles em actividades de melhoria adaptando o rumo da sua organização.
4. *Gestão por processos e por factos*: a implementação sistemática de políticas, estratégias, objectivos e planos de organização é conseguida e assegurada através de um conjunto de processos claramente definido e integrado. As decisões respeitantes às operações correntes e ao planeamento de acções de melhoria são tomadas com base em informação fiável, que deve incluir as percepções das diversas partes interessadas e o desempenho de outras organizações.
5. *Desenvolvimento e envolvimento das pessoas*: partilha de valores e cultura de confiança, de responsabilização e de delegação de autoridade que encoraje o envolvimento de todas as pessoas para gerar e implementar oportunidades de melhoria. É preconizado e apoiado o desenvolvimento pessoal, permitindo a realização das pessoas e a libertação do seu potencial e as pessoas são preparadas para a mudança.

6. *Aprendizagem, inovação e melhoria contínuas*: realização de “*benchmarking*” interno e externo para aprenderem com o seu desempenho e com o dos outros. As pessoas partilham o conhecimento com toda a organização e procuram oportunidades de inovação e melhorias contínuas que tragam valor acrescentado.
7. *Desenvolvimento de parcerias*: as parcerias podem ser estabelecidas com os clientes, a sociedade, os fornecedores e até mesmo com a concorrência, baseada em confiança, partilha de valores e integração de esforços e convergem em benefícios mútuos bem definidos.
8. *Responsabilidade social corporativa*: Promovem activamente a responsabilidade social e a sustentabilidade ecológica e diligenciam no sentido de minimizar qualquer impacto adverso na comunidade local. Através de um envolvimento dos “*stakeholders*” satisfazem e excedem as expectativas e as regulamentações das comunidades.

Os processos de acreditação foram os modelos escolhidos para a implementação da qualidade total nos hospitais mas, apesar de englobarem toda a organização, também originam alguma fragmentação os profissionais e os serviços centram a sua atenção na qualidade da sua área específica.

Na implementação do processo de acreditação e de autoavaliação estabelecem-se normas, critérios e melhorias com autoavaliação de acordo com o grau de maturação da organização e necessitam do envolvimento dos profissionais. Os enfermeiros são elementos essenciais nestes programas, com procedimentos referentes a toda a organização e os específicos de enfermagem, sendo responsáveis pelo âmbito e normas do seu exercício.

3. GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM

A enfermagem como profissão e como serviço tem de gerir a qualidade criando as suas estruturas e actividades, com elementos em inter relação entre si e com toda a organização.

A qualidade total implica um acompanhamento e integração das mudanças ocorridas nas políticas, uma visão sistémica das organizações, e um envolvimento de todos os enfermeiros independentemente da sua categoria profissional.

LIN e outros (2007) referem que as enfermeiras gestoras jogam um papel pivot nos hospitais, pois têm que comunicar com outras áreas funcionais e outras organizações, gerir recursos de enfermagem, influenciar as estratégias do hospital e planear as actividades de enfermagem num ambiente competitivo.

A cultura organizacional é considerada por MAYCOCK e HALL (2005) como um elemento principal que suporta vários elementos interdependentes uns dos outros e a sua harmonia, eficiência e efectividade permitem atingir melhores resultados. Para ilustrar esta inter relação entre os elementos da gestão da qualidade, propõem um desenho, ao qual se juntaram os princípios e conceitos de qualidade total expostos nos capítulos anteriores, como fundamentais para o clima da organização (Figura 2)

Estes princípios e conceitos devem ser considerados a todos os níveis da organização, com a integração e interligação de todos os grupos profissionais, em equipa, com processos que respondam às necessidades dos clientes, avaliação dos resultados e implementação de melhorias contínuas que permitam melhores resultados nos clientes.

Figura 2: Os elementos da gestão da qualidade com conceitos e princípios de qualidade total



Fonte: MAYCOCK E HALL (2005:8), modificada e ampliada.

São as necessidades dos clientes que orientam os processos de cuidados de enfermagem pelo que SIDANE, DORAN E MITCHELL (2004) consideram importante identificar os resultados dos cuidados no cliente, para delinear o contributo do enfermeiro no sistema de cuidados de saúde. Reconhecer quais os processos que não são efectivos para atingir resultados é necessário para redefinir as normas dos cuidados, racionalizar serviços e melhorar a qualidade e a segurança dos serviços. Propõem uma abordagem orientadora para avaliar os cuidados de enfermagem baseada em três elementos:

1. As características do cliente: As características influenciam o processo e o resultado dos cuidados, pois a centralidade dos cuidados no cliente é um princípio que guia as práticas da profissão de enfermagem.
2. A descrição do processo de cuidados: O processo é essencial para a qualidade dos cuidados e refere-se ao serviço oferecido aos clientes e às actividades que cada profissional utiliza na prestação deste serviço.
3. Monitorização dos resultados: são as mudanças observadas no estado de saúde do cliente como resultado da prestação de cuidados de enfermagem e que constituem indicadores de qualidade.

Esta orientação também é considerada nos referenciais de enfermagem que, conjuntamente com o cumprimento do programa do governo para a qualidade nos hospitais e os direitos dos doentes, complementam a figura anteriormente apresentada, na especificação dos processos e que poderá orientar um sistema de qualidade em enfermagem.

3.1. REFERENCIAIS DE ENFERMAGEM

Os referenciais de enfermagem possibilitam orientação para todos os elementos da gestão da qualidade.

O conteúdo funcional das diversas categorias do enfermeiro da área de prestação de cuidados (DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro) evidencia a utilização de uma metodologia científica na prestação de cuidados centrados nas necessidades dos clientes, com a sua implicação e com a preparação para a alta, tendo por base um modelo teórico. Prevê a avaliação dos cuidados de enfermagem prestados, efectuando os respectivos registos e analisando os factores que contribuíram para os resultados obtidos; e a realização de estudos sobre problemas e trabalhos de investigação com utilização dos resultados na melhoria dos cuidados de enfermagem.

O mesmo diploma atribui ao enfermeiro chefe a responsabilidade pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e ao enfermeiro director, com a colaboração do enfermeiro supervisor a orientação, promoção e avaliação da qualidade e a participação na definição das políticas de saúde. Estabelece, ainda, um sistema de avaliação do desempenho, em que prevê uma

avaliação contínua do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro, contribuindo para melhorar o seu desempenho e a sua valorização pessoal e profissional. São também valorizados estudos ou trabalhos de investigação e a formação contínua.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro) define que o enfermeiro tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, sendo os cuidados de enfermagem caracterizados por:

- Terem por fundamento uma interacção entre enfermeiro e utente com respeito pelos seus direitos e com uma função de complementaridade funcional com outros profissionais.
- Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente
- Utilizarem metodologia científica com intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes.

O mesmo Decreto-Lei referencia actividades dos enfermeiros que contribuem para a melhoria e evolução da prestação de cuidados de enfermagem:

- Desenvolvimento da formação
- Dotação de recursos humanos e avaliação do desempenho.
- Elaboração de normas e critérios de actuação
- Protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados
- Parecer técnico acerca das instalações, materiais e equipamentos utilizados na prestação de cuidados de enfermagem.
- Colaboração na elaboração de protocolos entre instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos.
- Propor a política geral para o exercício da profissão, ensino e formação em enfermagem de acordo com a avaliação das necessidades da população e dos recursos disponíveis.
- Promover e participar nos estudos necessários à reestruturação, actualização e valorização da profissão de enfermagem.

No desenvolvimento destas actividades os enfermeiros têm de cumprir normas deontológicas, que constituem o Código Deontológico do Enfermeiro definidos pela ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) em que a excelência do exercício na profissão

e a relação com outros profissionais são princípios orientadores. Para esta excelência o enfermeiro tem vários deveres:

- Analisar o desempenho e reconhecer as falhas
- Adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa.
- Actualização contínua dos conhecimentos, das ciências humanas e utilização de tecnologias.
- Exercer a profissão com dignidade e qualidade
- Garantir qualidade e assegurar a continuidade de cuidados

Para o cumprimento destes deveres e para promover a qualidade dos cuidados, assim como o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) preconiza o uso do pensamento crítico, o trabalho com metodologia científica, avaliação do desempenho, formação, definição de padrões de qualidade, melhoria contínua e boas condições de trabalho.

Para a elaboração dos padrões de qualidade, a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002) definiu seis categorias de enunciados descritivos entre os quais: a satisfação dos clientes, a prevenção de complicações, o bem-estar e ao auto cuidado dos clientes, e a organização dos serviços de enfermagem. Para a excelência do exercício considerou elementos fundamentais: as parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; a resposta aos problemas potenciais; o rigor técnico/científico na implementação de intervenções de enfermagem; a responsabilização do enfermeiro; a continuidade de cuidados; a existência de um quadro de referências para o exercício profissional; existência de sistema de melhoria; existência de sistema de registos; a dotação de enfermeiros; a formação contínua e a utilização de metodologias de organização de cuidados promotoras da qualidade.

Para a gestão da qualidade é também importante a criação de um ambiente de cuidados seguro pelo que é necessário uma efectiva gestão do risco e o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2002) menciona algumas medidas: formação dos profissionais; melhoria das prestações; profilaxia das infecções; uso seguro dos medicamentos; práticas clínicas e infra-estruturas necessárias. Acrescenta que é fundamental transparência e comunicação na identificação do risco e o abandono de prática de culpabilização, para a prevenção

ou correcção.

Sendo um serviço de qualidade o que responde às necessidades e expectativas dos clientes, estes são o foco essencial da gestão da qualidade, pelo que, os documentos onde estão enunciados os seus direitos e deveres são referenciais importantes para a qualidade total dos serviços de enfermagem. Entre vários diplomas destacam-se os que se consideram mais abrangentes:

- DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS DE 10 DE DEZEMBRO DE 1948 (1978)
- Declaração dos Direitos das Crianças em documento anexo ao Código Deontológico do Enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003)
- A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (PORTUGAL, s.d.)

4. CONHECIMENTOS DOS ALUNOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM

Para DIAS (2006) os conhecimentos compreendem os sistemas de regras interiorizadas pelo enfermeiro no âmbito da socialização em enfermagem e permitem agir e resolver um conjunto de situações emergentes do contexto profissional. São o saber que com o saber-fazer se manifestam através do desempenho e realçam o saber-ser em contextos de trabalho. A formação deve preparar o estudante para intervir nas várias dimensões:

1. Como prestador directo de cuidados de enfermagem
2. Como membro de uma profissão
3. Como membro de uma equipa
4. Como membro de uma organização
5. Como membro de uma sociedade.

O conhecimento de cuidados de saúde têm uma evolução rápida, pelo que LIN e outros (2007) evidenciam a necessidade de todos os profissionais evoluírem nos seus conhecimentos e nas suas competências.

De acordo com DAGGET, BUTTS E SMITH (2002), a transformação do sistema de cuidados de saúde da última década contribuiu para a evolução do papel da profissão de enfermagem e exigiu a avaliação dos currícula de enfermagem. Para responder às muitas exigências, enumeram um conjunto de qualificações necessárias para o sucesso da prática no sistema de cuidados de saúde emergente (Quadro 1).

Este conjunto de qualificações permite dar resposta às várias dimensões da qualidade e orientam para uma melhoria contínua da qualidade.

Quadro 1: Conjunto de qualificações/habilidades para o sucesso da prática de enfermagem no século 21

Qualificações/habilitações
1. Uso adequado de recursos para oferecer serviços que mantenham ou melhorem a qualidade e baixos custos
2. Melhorar o acesso aos cuidados
3. Produzir menos cuidados intensivos às pessoas idosas mas satisfazer os seus desejos.
4. Dominar a tecnologia de informação
5. Desenvolver protocolos para novas tecnologias com análise custo - benefício
6. Acolher na disciplina a melhoria contínua da qualidade.
7. Compreender o <i>empowerment</i> do consumidor de cuidados de saúde e desenvolver habilidades para a mudança de atitudes individuais.
8. Incorporar a perspectiva holística na deliberação dos cuidados.

Fonte: DAGGET, BUTTS E SMITH (2002:35)

SILIMPERI, ZANTEN e FRANCO (2004) propõem uma estrutura para a garantia de qualidade em forma de triângulo com três grupos de actividades: definição, medição e melhoria de qualidade (Figura3). Em cada grupo há um conjunto de actividades interrelacionadas que, suportadas por metodologias e técnicas de qualidade asseguram a qualidade de cuidados e garantem a qualidade do sistema.

Figura 3: Estrutura para assegurar a qualidade



Fonte: SILIMPERI, ZANTEN, FRANCO (2004:96)

Nas acções para a definição da qualidade devem ser considerados o desenvolvimento de normas e desenhado um sistema para a qualidade. As normas são desenvolvidas para a estrutura, processo e resultados e podem ser clínicas e administrativas. As clínicas devem ser baseadas na melhor evidência científica disponível.

No vértice da medição da qualidade propõem a avaliação da performance de acordo com os resultados pretendidos, incluindo a satisfação do cliente. Podem ser definidas várias actividades como a autoavaliação, a monitorização, estudos especiais, auditorias ou informação recolhida através de várias formas: observação, simulação, análise de gráficos e entrevistas com os prestadores e clientes. A monitorização da qualidade é essencial para identificar áreas de melhoria.

Na melhoria da qualidade SILIMPERI, ZANTEN e FRANCO (2004) referem a necessidade de aplicação de métodos e ferramentas para a compreensão e melhoria das deficiências do sistema.

Neste esquema proposto abordam-se temáticas importantes para a gestão da qualidade para as quais são necessários conhecimentos específicos. Estas temáticas serão desenvolvidas separadamente para uma melhor sistematização dos conteúdos, mas devem ser considerados em interligação.

Assim, inicia-se com as actividades gerais de gestão da qualidade, que neste estudo se traduzem por práticas, segue-se o sistema de qualidade a que também se pode chamar estrutura de gestão, por coerência com os elementos apresentados anteriormente e, por último, os métodos e ferramentas para a qualidade e a prática baseada na evidência.

4.1. PRÁTICAS DA GESTÃO DA QUALIDADE TOTAL

Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2007) a palavra prática tem várias definições. Entre outras, é definida como actividade que visa a obtenção de resultados concretos; aplicação de regras e dos princípios de uma arte ou ciência; maneira concreta de exercer uma arte ou conhecimento; a forma habitual de agir e procedimento. Neste trabalho a palavra prática utiliza-se para definir as actividades que visam a aplicação de regras e dos princípios de gestão da qualidade e a obtenção de resultados na melhoria da qualidade.

Consequentemente, os princípios da gestão da qualidade total são definidores das práticas de gestão, para além dos princípios e das regras inerentes ao sistema de saúde e à profissão de enfermagem. Padrões estabelecidos de desempenho e políticas e procedimentos claramente definidos são essenciais para criar o sentimento de seguir caminhos seguros e bem definidos.

Não se encontraram estudos sobre práticas de gestão da qualidade em enfermagem, mas, entre os muitos estudos exploratórios sobre as práticas de gestão da qualidade nas empresas, identificaram-se vários em hospitais cujas práticas de gestão da qualidade tiveram por base os Modelos de Excelência.

No quadro 2 apresentam-se as práticas encontradas em alguns destes estudos referentes aos hospitais, divididas pelos elementos de qualidade anteriormente adoptados. Estas práticas podem ser observadas nos hospitais e exigem o envolvimento de todas as pessoas

Quadro 2: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos publicados de acordo com os elementos de gestão da qualidade

Elementos gestão	Práticas	Autores
Estrutura de gestão	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Equipas de qualidade ▪ Comissão para dirigir a qualidade ▪ Plano de actividades para a qualidade ▪ Cooperação com os cuidados saúde primários ▪ Tecnologia de informação ▪ Consultores externos ▪ Compromisso da direcção ▪ Estratégia de qualidade 	<p>GOWEN e OUTROS (2006)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>LAI (2003)</p> <p>LAI (2003)</p>
Processos de trabalho e Medição da performance	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema de gestão do risco ▪ Instrumentos de avaliação ▪ Uso de normas da qualidade ▪ Protocolos clínicos ▪ Gestão do processo ▪ Controlo estatístico do processo ▪ Envolvimento do pessoal ▪ Medição da performance 	<p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>NAVEH e STERN, (2005)</p> <p>LAI (2003)</p> <p>GOWEN e outros (2006);</p> <p>LAI (2003)</p> <p>LAI (2003)</p> <p>LAI (2003)</p>

(continua)

Quadro 2: Práticas de Gestão da Qualidade utilizadas em estudos publicados de acordo com os elementos da qualidade

(Continuação)

Elementos gestão	Práticas	Autores
Focalização no cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estudos de avaliação da satisfação do cliente. ▪ Focalização no cliente 	GOWEN e outros (2006) GOWEN e outros (2006); LAI (2003)
Formação do pessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniões de programas de qualidade ▪ Formação para a qualidade ▪ 	GOWEN e outros (2006) NAVEH e STERN, (2005); LAI (2003)
Melhores resultados	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Competitivo <i>benchmarking</i> de melhores processos. ▪ Partilhar a melhor prática e a informação ▪ Partilha de melhores resultados ▪ Sistema de sugestões dos empregados ▪ Medidas e actividades para a melhoria da satisfação do cliente. ▪ Estudos de melhoria ▪ <i>Benchmarking</i> 	GOWEN e outros (2006) GOWEN e outros (2006) GOWEN e outros (2006) NAVEH e STERN, (2005) NAVEH e STERN, (2005) NAVEH e STERN, (2005) LAI (2003)

Fonte: Elaboração da autora

Pela dificuldade de integração do aluno no clima organizacional, o conhecimento prático pode apenas basear-se nas observações de práticas de gestão da qualidade e na sua reflexão crítica no desenvolvimento do processo de cuidados de enfermagem, como sugere SHERMAN e BISHOP (2007), devendo esta observação ser explorada e os comportamentos de gestão serem avaliados como parte da competência clínica e em consequência de planeamento.

4.2. ESTRUTURA DE GESTÃO DE ENFERMAGEM

Já foram mencionadas competências necessárias e inerentes à gestão do ambiente terapêutico, entendido e segundo o Dicionário de Língua Portuguesa

(2007) como toda a envolvente que rodeia o cliente e o profissional no local de trabalho e que assume fundamental importância num sistema de qualidade.

Assim, o conhecimento de políticas e estratégias locais, nacionais e internacionais para a saúde assumem uma área de importância, mas o conhecimento dos referenciais de qualidade para os hospitais e dos referenciais de enfermagem mencionados anteriormente (Código Deontológico, Carreira de Enfermagem, Padrões de Qualidade e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro) são fundamentais na elaboração de quadros de referência para os processos de trabalho.

À gestão de recursos e do risco, já especificadas, é importante acrescentar os aspectos para monitorizar os processos e para implementar melhorias contínuas. A carreira de enfermagem (DECRETO -LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro) descreve a avaliação do desempenho como um instrumento de avaliação da performance, assumindo extrema importância para a implementação de melhorias do processo e para identificação de necessidades de estruturas e de formação do enfermeiro.

Num estudo sobre as actividades e competências da enfermeira gestora, nos três níveis de gestão: topo, intermédio e operacional (LIN e outros, 2007) verificaram que a gestão da qualidade em enfermagem foi valorizada nos diferentes níveis e um conjunto de competências foram consideradas essenciais:

- Análise e julgamento
- Inovação e criatividade
- Planeamento e organização
- Liderança
- Monitorização e controlo
- Comunicação e coordenação
- Aprendizagem e adaptação

O CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2001) também menciona a investigação e a elaboração de modelos inovadores de prestação de cuidados que incluam o planeamento, gestão e a elaboração de políticas evidentes para a eficácia de enfermagem.

Para a segurança e a qualidade dos cuidados o CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2002) aconselha o uso de indicadores de qualidade que orientam a acção e medem os resultados. Estes indicadores devem ser sensíveis à prática de enfermagem também para demonstrarem que a enfermagem introduz uma diferença

essencial, com carácter económico na prestação de cuidados seguros e de grande qualidade para o cliente. O mesmo CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2006) propõe a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), como um documento de suporte a um sistema de informação em enfermagem.

4.3. MÉTODOS E FERRAMENTAS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE

A incorporação de conceitos e práticas de melhorias da qualidade na educação dos estudantes de enfermagem e a sua inclusão nos seus projectos no ensino clínico é defendido por TEELEY e outros (2006) que acreditam que a medida traz benefícios para melhorar os currícula e a colaboração entre as organizações.

(KYRKJEBØ, HANSEN E HAUGLAND, 2001) consideram que essa inclusão também é importante para os estudantes adquirirem conhecimentos básicos e qualificações necessárias para começar a sua vida profissional e, conjuntamente, desenvolver atitudes para a evolução da sua prática profissional. Acrescentam que para a melhoria contínua da qualidade, os profissionais de saúde necessitam combinar o seu conhecimento profissional com o conhecimento acerca do processo de cuidados e técnicas de melhoria da qualidade.

Dividem o conhecimento específico em oito domínios do conhecimento:

1. Cuidados de saúde como um processo e um sistema
2. Medição da variação
3. Conhecimento do cliente/beneficiário
4. Monitorização do processo e implementação de mudanças com estratégias de gestão de recursos humanos e actividades diversas de gestão desenvolvendo um agradável clima organizacional de trabalho e aprendizagem.
5. Colaboração na equipa de trabalho
6. Acompanhamento do contexto social: inclui a compreensão do impacto económico dos cuidados de saúde
7. Produzir os conhecimentos necessários
8. Conhecimento dos assuntos específicos da profissão

Os métodos e as técnicas de melhoria da qualidade são várias e SILIMPERI, ZANTEN e FRANCO (2004), propõem o método de resolução de problemas complementado com um ciclo de melhoria (ciclo PDCA) para a abordagem do processo de melhoria. Inicia-se com a definição do problema, compreender o problema, avaliar as alternativas para a resolução do problema e implementação utilizando o ciclo de melhoria.

A resolução de problemas e a tomada de decisão dos enfermeiros em situações clínicas são cada vez mais complexas, devido à rápida evolução do conhecimento e tecnologia na saúde e na doença.

Para exercer funções neste contexto complexo o pensamento crítico é uma qualificação considerada essencial por TWIBELL, RYAN e HERMIZ (2005) e um resultado esperado dos profissionais de educação. Considera que o pensamento crítico em enfermagem difere do de outras disciplinas pelo dinamismo do processo de cuidados. Realizaram um estudo qualitativo a uma população de professores de enfermagem com dois domínios de análise:

- Descrever a natureza do pensamento crítico e as estratégias para o ensinar.
- Explorar a percepção de professores de enfermagem sobre o ensino do pensamento crítico a estudantes de enfermagem nos locais clínicos.

Como estratégias de ensino surgiu o trabalho conjunto em diversas actividades: procurar informação, reflectir, definir conceitos, resolver problemas, predizer, planear e aplicar informação. As principais estratégias propostas para promover o pensamento crítico nos locais clínicos foram: colocar questões, conduzir conferências clínicas individuais ou em grupo, avaliar os documentos escritos como os planos de cuidados, estudo de casos, análise de resolução de problemas e a realização de jornais pelos estudantes.

KYRKJEBØ, HANSEN e HAUGLAND (2001) avaliaram a inclusão de um programa para iniciar a utilização de técnicas de melhoria contínua num grupo de estudantes do segundo ano de enfermagem: Após um curso teórico sobre os métodos e ferramentas da qualidade, o aluno acompanhava um cliente durante o dia de trabalho, organizando o processo de cuidados na perspectiva do cliente e identificando aspectos da prática que poderiam ser melhorados. Na descrição das melhorias eram utilizadas técnicas e instrumentos da qualidade: fluxo gramas,

diagramas de causa e efeito, indicadores de qualidade usando estrutura, processo e resultados.

Como resultado todos os estudantes identificaram a importância dos conhecimentos e qualificações necessárias para incluir a melhoria contínua da qualidade na prática clínica e demonstraram que tinham compreendido a centralidade do processo de cuidados na perspectiva do cliente e a necessidade de um bom desempenho da equipa, como pré-requisitos para melhorar os cuidados de saúde. Os professores e orientadores clínicos envolvidos tiveram que se preparar para os seus papéis e, perante os resultados das avaliações individuais, concluíram ser uma forma útil para iniciar os estudantes nas metodologias da melhoria da qualidade.

KYRKJEBO (2006) descreve um programa de aprendizagem da melhoria contínua da qualidade integrada na educação dos estudantes do 3.º ano de educação em enfermagem numa universidade da Noruega. O programa tinha algumas semelhanças com o anterior e consistiu em 3 partes:

- Projecto pessoal de melhoria: o papel da escola era apresentar exemplos e os métodos e as ferramentas usadas no trabalho, supervisionar o trabalho e dar feedback.
- Desenvolvimento e melhoria de um processo do cliente na perspectiva do cliente: o papel da escola era supervisionar e criar seminários para os estudantes discutirem o seu projecto.
- Trabalho em equipa com processos de melhoria na prática clínica: a escola supervisionava, participava na conversação entre estudantes e equipa clínica, dava feedback dos relatórios dos estudantes e acompanhava os projectos de melhoria.

Os resultados indicaram que os estudantes aprenderam os métodos e ferramentas de melhoria, mas tiveram dificuldade em os colocar em prática, constituindo dificuldade de sucesso a não integração da experiência no ensino geral e a limitação de conhecimentos da escola e do pessoal clínico.

Como proposta KYRKJEBO (2006) referiu que os projectos dos estudantes deveriam ser relacionados com um trabalho de melhoria contínua no ensino clínico.

4.4. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

De acordo com CRAIG, SMYTH E SARAH (2004), vários autores expressam que a prática da medicina baseada na evidência implica a integração de competência clínica individual com o que de melhor existe disponível em evidência clínica pela investigação sistemática e, envolvendo a perspectiva do cliente, na tomada de decisão clínica. O desafio para a prática de enfermagem é desenvolver e delinear uma base bem focalizada de evidência relativa a tratamentos clínicos específicos, para melhorar a qualidade dos procedimentos clínicos e ao mesmo tempo, delinear também uma base mais diversa de evidência, para o conceito mais alargado dos cuidados que prestam.

Competências de apreciação crítica serão cruciais para permitir que profissionais, sequeiros de conhecimento, distingam entre evidência de alta e baixa qualidade, mas a evidência emergente não é estática e com constante crescimento. Esta aprendizagem tem de ser feita ao longo da vida e os resultados da investigação tem de ser analisados para poderem ser transferidos para a prática clínica. É importante que os enfermeiros possam avaliar criticamente a qualidade da investigação e que sejam capazes de respeitar e apreciar as diferentes metodologias.

A procura de cuidados de saúde de qualidade e eficientes com uma prática profissional baseada em provas e na investigação, há vários anos que é sugerida pelo CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (1999), que alerta, ainda, para a obrigação do profissional de prestar cuidados que sejam submetidos a revisão, investigação e validação.

Segundo PENZ e BASSENDOWSKI (2006) os professores de enfermagem jogam uma influência no desenvolvimento de orientação de programas para novos profissionais e tem a oportunidade para promover melhores práticas baseadas na evidência e um suporte para localizar as bases de dados e incentivar a investigar e a reflectir em abordagens da prática de enfermagem.

Apontam aspectos que consideram importantes:

- A prática baseada na evidência é uma abordagem essencial para os cuidados de enfermagem produzirem melhores resultados no cliente.
- Factores de contexto dos locais de prática clínica criam dificuldades na

abordagem desta metodologia.

- Os professores de enfermagem têm uma oportunidade de serem agentes de mudança para facilitar a enfermagem baseada na evidência dentro da prática clínica.

As autoras consideram que há factores que dificultam a enfermagem baseada na evidência, como: o tempo disponível, o acesso à informação, as qualificações dos enfermeiros em investigação, as oportunidades de aprendizagem e factores do contexto de trabalho

Para a prática baseada na evidência, NEWHOUSE e outros (2005) propõem um modelo com três fases:

- Identificação da questão prática com base na evidência, recorrendo a estudos ou quando não existam a peritos.
- Identificação da evidência.
- Implementar a mudança com base na evidência.

Este modelo pode ser um guia de ensino para análise dos procedimentos de enfermagem no ensino clínico e para a elaboração dos jornais dos estudantes.

Pelo que foi exposto conclui-se que a gestão da qualidade deve ser abordada numa perspectiva de qualidade total que pressupõe um envolvimento de todos, em equipa, a todos os níveis de gestão.

A legislação existente e as políticas para a qualidade obrigam que todos os hospitais tenham sistemas de qualidade. Há hospitais que os implementam de uma forma liberal e outros de acordo com modelos criados para o efeito: sistemas de acreditação e de autoavaliação.

A qualidade em enfermagem tem de ser abordada neste contexto de envolvimento e de inter relação e, enquanto sistema específico para a sua área de actuação.

Os alunos devem ser dotados de conhecimentos para serem profissionais activos na qualidade total e conseqüentemente dotados de um conjunto de saberes para que no exercício da sua função, de uma forma pró activa, saibam fazer e ser.

Na responsabilidade que lhe é atribuída as escolas procuram o desenvolvimento deste saber num contexto teórico e prático em que os alunos adquirem saberes através da reflexão dos conhecimentos teóricos e através da aplicação ou da observação na prática.

Há referenciais que indiciam os conhecimentos e as práticas fundamentais para a qualidade total e alguns estudos que apontam a dificuldade na sua aquisição e a importância da prática na aquisição dos conhecimentos.

CAPÍTULO II

CONTRIBUIÇÃO PESSOAL

1. METODOLOGIA

Neste capítulo procura-se proporcionar uma descrição sobre o modo como a investigação foi realizada, tendo como referência a pergunta de partida e os objectivos do estudo.

“Quais os conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem possuem e de que forma se relacionam com a identificação dessas práticas durante o ensino clínico?”, foi a pergunta que motivou a definição dos seguintes objectivos:

- Identificar os Modelos de Gestão da Qualidade que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem conhecem de nome e de conteúdo.
- Identificar os Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem conhecem.
- Identificar o conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem adquiriram durante o curso.
- Identificar as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano da Licenciatura em Enfermagem observaram durante os ensinamentos clínicos.
- Saber se há relação entre os conhecimentos para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem adquiridos durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem e as práticas de gestão da qualidade observadas pelos alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem durante os ensinamentos clínicos.

Para a prossecução destes objectivos e tendo como referência a caracterização de RIBEIRO (1999), desenhou-se um estudo analítico- transversal, correlacional, pois procurou-se responder às questões com dados recolhidos num grupo e num determinado momento e estabelecer uma relação entre duas variáveis.

1. 1. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E HIPÓTESES

De acordo com os objectivos procurou-se responder às seguintes questões de investigação:

- a. Quais são os Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem e os Modelos de Gestão da Qualidade que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem conhecem?
- b. Quais são os conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem que os alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem adquiriram durante o curso e qual a sua relação com a observação de práticas da qualidade durante os ensinos clínicos no hospital?
- c. Quais são as práticas de gestão da qualidade em enfermagem observadas pelos alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem durante o ensino clínico?

O enquadramento teórico evidencia que a qualidade é uma exigência nos hospitais e para a gestão dessa qualidade são necessárias práticas implementadas com o envolvimento de todos os profissionais. Alguns hospitais aderiram à implementação de processos de acreditação, nos quais se exige a explicitação de um sistema de qualidade, baseado na adaptação e aplicação de normas internacionais com a consequente evidência das práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

O ensino de enfermagem tem uma componente clínica importante na aquisição de conhecimentos e todos os alunos estagiaram em vários hospitais, mas nem todos em hospitais em processo de acreditação.

Tendo por base esta fundamentação e a partir dos objectivos propostos e das questões, construíram-se as seguintes hipóteses gerais:

H1 – Existe correlação positiva e estatisticamente significativa, entre os conhecimentos das práticas de gestão da qualidade em enfermagem e a observação dessas práticas durante os ensinos clínicos nos hospitais.

H2 – Há diferenças estatisticamente significativas entre os conhecimentos das práticas de gestão da qualidade em enfermagem em função do hospital onde o aluno estagiou.

1.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A selecção e caracterização da amostra basearam-se nos objectivos e na finalidade do estudo. Pelos objectivos considerou-se pertinente optar-se pelo último ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Sendo o estudo para apresentar a um concurso impõe um curto período de realização e uma amostra acessível.

1.2.1. Selecção da amostra

O estudo foi realizado na população de alunos do 4.º Ano de dois cursos de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria. Um curso (8.º Curso de Licenciatura), composto por 60 alunos, estava no final do ano lectivo. O outro (9.º Curso de Licenciatura), composto por 53 alunos estava no final do 1.º Semestre, tendo completado toda a parte teórica do Curso de Licenciatura.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por conveniência baseada na acessibilidade aos respondentes. HILL e HILL (2002) atribuem esta designação ao tipo de amostra que se baseia na disponibilidade e acessibilidade dos respondentes.

Dos critérios de inclusão constou:

1. Aceder livremente participar no estudo
2. Ser aluno do 4.º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Leiria.

1.2.2. Características gerais da amostra

A amostra foi constituída por 107 alunos. Destes 60 eram do 8.º Curso de Licenciatura em Enfermagem (54 raparigas e 6 rapazes) correspondendo à totalidade dos alunos do Curso e 47 do 9.º Curso de Licenciatura em Enfermagem (42 raparigas e 5 rapazes), correspondendo a aproximadamente 89% da totalidade (53) dos alunos deste Curso. As alunas representaram 89,72% da amostra em estudo (Quadro 3).

Quadro 3: Distribuição da amostra por sexo e escalão etário, em função do Curso de Licenciatura em Enfermagem

	8º CL		9ºCL		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
Sexo	60	56,07	47	43,93	107	100
Feminino	54	50,47	42	39,25	96	89,72
Masculino	6	5,61	5	4,67	11	10,28
Escalão etário						
[20-22[14	13,08	13	12,15	27	25,23
[22-24[41	38,32	26	24,30	67	62,62
24 ou mais	5	4,67	8	7,48	13	12,15

Legenda: CL – Curso Licenciatura

As idades dos alunos que constituíram a amostra estão compreendidas entre 20 e 33 anos com uma média de idades de 22,35 anos e um desvio padrão de 1,58, em que os rapazes são ligeiramente mais velhos. A moda e a mediana localizaram-se nos 22 anos, conforme consta no quadro 4.

Quadro 4: Média, mediana, moda, desvios padrões, mínimos e máximos da idade, em função do sexo e para a globalidade da amostra

<i>Idade</i>	<i>Média</i>	<i>Mediana</i>	<i>Moda</i>	<i>DP</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>
<i>Sexo</i>						
Masculino	23,00	22,00	22,00	1,73	21,00	27,00
Feminino	22,27	22,00	22,00	1,55	20,00	33,00
Total	22,35	22,00	22,00	1,58	20,00	33,00

Legenda: DP – Desvio Padrão; Min. – Mínimo; Max. - Máximo

1.3. INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Com base na revisão da literatura foi elaborado um questionário que procurou reunir as condições de colheita de dados que pudessem ajudar a responder às questões de investigação (Anexo I)

De seguida, apresentam-se a conceptualização e a operacionalização das variáveis que se pretendem medir, bem como o processo de construção e validação de duas escalas: escala de conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem e a escala de práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

1.3.1. Variáveis sócio-demográficas

a) Curso de Licenciatura em Enfermagem

Questão A do questionário - fechada dicotómica: TL8 ou TL9.

b) Idade

Questão B do questionário - aberta em que cada aluno especificava a sua idade.

c) Sexo

Questão C do questionário - fechada dicotómica (Feminino ou Masculino).

1.3.2. Hospitais onde estagiou

Questão D do questionário, mista com 6 alternativas fechadas, com possibilidade de serem todas sinalizadas e de acrescentar outras especificando. Destes hospitais os 3 primeiros encontravam-se em processo de acreditação pela Joint Commission e os restantes não.

Figueira da Foz
Leiria
Médio Tejo
Alcobaça
Caldas da Rainha
Torres Vedras
Outro (especificar)

1.3.3. Conhecimento dos Modelos de Gestão da Qualidade

Questão E1 do questionário para identificação dos modelos de gestão da qualidade pelo conhecimento do nome. Questão fechada com descrição de 5 modelos numerados, permitindo a identificação da totalidade dos modelos.

Acreditação King's Fund Health Quality Service

Acreditação Joint Commission

Certificação ISO(Organização Internacional de Normalização)

MBNQA (Malcolm Baldrige National Quality Award)

EFQM (Europeu Foundation for Quality Management)

Questão E2 do questionário para identificação do conhecimento do conteúdo genérico dos modelos que referenciou na questão anterior. Questão mista (sim ou não; se sim indicar os modelos).

1.3.4. Conhecimento dos Referenciais para a implementação da qualidade em Enfermagem

Questão F do questionário com 8 referenciais para identificarem todos os que conheçam. Consideraram-se os referenciais que oficialmente regulam a profissão de enfermagem e os que orientam para o cliente do hospital que é um princípio importante na gestão da qualidade (BENGOA e outros, 2006).

- *Carreira de Enfermagem*
- *Regulamento do Exercício da Profissão de Enfermeiro*
- *Código Deontológico do Enfermeiro*
- *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*
- *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*
- *Regulamento da Avaliação do Desempenho*
- *Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes*
- *Carta dos Direitos das Crianças*

1.3.5. Conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem

Questão G do questionário num total de 17 questões fechadas de resposta tipo Likert com cinco respostas alternativas (*Muito mau, mau, razoável, bom e muito bom*), para a autoavaliação de conhecimentos. Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Muito mau*, a 5 para a resposta *Muito bom*, correspondendo este às pontuações mais elevadas de conhecimentos.

Por não se encontrar instrumento para este efeito, procedeu-se à validação de uma escala que resultou em 17 questões e que se designou por ECPGQE (escala de conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem).

A elaboração deste conjunto de questões resultou da revisão da literatura e de alguns estudos encontrados e pretende mensurar os conhecimentos para as

práticas de gestão da qualidade em enfermagem dos alunos do 4.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem.

De seguida apresentam-se as características psicométricas da escala

a) *Estudo das características psicométricas da escala*

O estudo das características psicométrica foi realizado tendo presente os seguintes critérios:

- Inspeção da correlação de cada item com a escala total excluindo o item. De acordo com os critérios apontados por STREINER e NORMAN (1989), estas correlações devem ser superiores a 0,20.
- Análise factorial pelo método de condensação em componentes principais, segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) e seguida de rotação ortogonal do tipo *varimax*.
- Inspeção da correlação entre os factores.

O estudo da **fidelidade** foi realizado determinando o coeficiente *Alfa* de *Cronbach*, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos, um a um. Segundo HILL e HILL (2002), uma boa consistência interna deve exceder um α de 0,80, mas são aceitáveis valores acima de 0,60 quando as escalas têm um número baixo de itens.

▪ **Fidelidade**

O Quadro 5 mostra a fidelidade avaliada através do coeficiente *Alfa* de *Cronbach*. Os valores são bons, de acordo com HILL e HILL (2002), (de 0,879 a 0,888 para os itens e 0,889 para o total da escala) e verifica-se que, quando os itens são excluídos, os α descem, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. O valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,36.

Quadro 5 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da ECPGQE

	Descrição dos itens	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
1	Utilização de métodos estatísticos para controlar a qualidade	1-5	2,83	0,78	0,53	0,883
2	Metodologias de investigação	1-5	3,64	0,68	0,43	0,886
3	Elaboração de normas baseadas na evidência científica	1-5	3,39	0,73	0,52	0,884
4	Método de resolução de problemas	1-5	3,23	0,71	0,54	0,883
5	Ferramentas da qualidade	1-5	2,93	0,83	0,59	0,881
6	Trabalho em equipa	1-5	4,19	0,68	0,36	0,888
7	Indicadores de qualidade em enfermagem	1-5	3,19	0,78	0,59	0,881
8	Avaliação do desempenho	1-5	3,24	0,82	0,62	0,880
9	Desenvolvimento de processos de melhoria	1-5	3,16	0,83	0,55	0,882
10	Sistema de classificação de doentes segundo o grau de dependência	1-5	3,32	1,10	0,57	0,882
11	CIPE	1-5	2,99	1,10	0,46	0,887
12	Bases de dados científicas	1-5	3,19	0,91	0,57	0,882
13	Políticas e planos de saúde	1-5	3,25	0,81	0,61	0,880
14	Auditorias em enfermagem	1-5	2,47	0,86	0,65	0,879
15	Gestão do risco	1-5	3,02	0,84	0,46	0,886
16	Gestão de recursos	1-5	3,14	0,87	0,51	0,884
17	Uso do <i>benchmarking</i> (comparar as práticas com as instituições líderes, ou peritas no assunto) para implementação de melhorias	1-5	2,40	0,98	0,56	0,882
Escala Total ECPGQE		17-85	53,61	8,68		0,889

Legenda: M – média DP – desvio padrão
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

- Validade

A análise factorial pelo método de condensação em componentes principais e segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) extraiu 4 factores que, após a rotação ortogonal do tipo *varimax* explicam 62,37% da variância total (Quadro 6).

Todos os itens têm uma saturação superior a 0,40 e apenas num item (item 12) se verificam saturações simultâneas em dois factores (F2 e F3), em que os valores não distam em mais do que 0,1. Pela importância teórica que o item tem, e pelo seu teor, optou-se pela sua inclusão no factor 3.

Ao factor 1 está associada 36,99% da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com métodos de controlo, ferramentas, referenciais da qualidade e estratégias de implementação de melhorias pelo que lhe foi atribuído a designação de *Referenciais e instrumentos*

Ao factor 2 está associada 9,17 % da variância total, sendo saturado sobretudo pelos itens relacionados com as políticas, gestão do risco e de recursos e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Gestão do ambiente terapêutico*.

Ao factor 3 está associada 8,86 % da variância total, é saturado sobretudo pelos itens relacionados com metodologias de trabalho com evidência científica e ao trabalho em equipa, pelo que se designou por *Prática com evidência científica*.

Ao factor 4 está associada 7,35 % da variância total, é constituído pelos itens relacionados com a avaliação do desempenho e desenvolvimento de processos de melhoria sendo-lhe atribuída a designação de *Monitorização e melhoria*

Quadro 6 - Análise factorial da ECPGQE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=107)

Descrição do item		h ²	F1	F2	F3	F4
1	Utilização de métodos estatísticos para controlar a qualidade	0,540	0,696	0,121	0,060	0,193
5	Ferramentas da qualidade	0,511	0,618	0,178	0,241	0,199
7	Indicadores de qualidade em enfermagem	0,654	0,706	-0,051	0,323	0,221
10	Sistema de classificação de doentes segundo o grau de dependência	0,715	0,697	0,084	0,410	-0,232
11	CIPE	0,679	0,513	0,223	0,414	-0,442
14	Auditorias em enfermagem	0,716	0,686	0,475	-0,051	0,132
17	Uso do <i>benchmarking</i> (comparar as práticas com as instituições líderes, ou peritas no assunto) para implementação de melhorias	0,652	0,724	0,253	-0,074	0,242
13	Políticas e planos de saúde	0,614	0,227	0,662	0,339	0,098
15	Gestão do risco	0,584	0,108	0,741	0,063	0,135
16	Gestão de recursos	0,702	0,155	0,814	0,049	0,113
2	Metodologias de investigação	0,506	0,099	0,141	0,683	0,100
3	Elaboração de normas baseadas na evidência científica	0,567	0,130	0,428	0,605	-0,029
4	Método de resolução de problemas	0,552	0,121	0,435	0,570	0,153
6	Trabalho em equipa	0,611	0,122	-0,134	0,729	0,216
12	Bases de dados científicas	0,467	0,254	0,396	0,358	0,343
8	Avaliação do desempenho	0,785	0,339	0,290	0,244	0,726
9	Desenvolvimento de processos de melhoria	0,748	0,279	0,239	0,228	0,749
Eigenvalues			6,29	1,56	1,51	1,25
Variância Explicada ($\Sigma = 62,37\%$)			36,99	9,17	8,86	7,35
Número de itens			7	3	5	2
Alfa de Cronbach			0,832	0,753	0,720	0,832

O Quadro 7 resume os resultados da análise factorial. Nele observa-se que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade ($\chi^2 = 755,467$, $p < 0,0001$) e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,82) se

aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações é elevada.

Quadro 7 - Resumo dos resultados da Análise em Componentes Principais da ECPGQE

Factores	Itens com maior saturação no factor	Nome atribuído ao factor
F1	1 ,5, 7, 10, 11, 14 e 17	<i>Referenciais e instrumentos</i>
F2	13, 15 e 16	<i>Gestão do ambiente terapêutico</i>
F3	2, 3, 4, 6 e 12	<i>Prática com evidência científica</i>
F4	8 e 9	<i>Monitorização e melhoria</i>
Estatísticas relativas à análise factorial:		
Percentagem total da variância explicada pelos factores: 62,37%		
KMO = 0,823		
Teste da esfericidade de Bartlett = 755,467, $p < 0,0001$		

No quadro 8 podemos observar que todas as correlações entre os diferentes factores e o total da escala são significativas ($p < 0,01$ e $p < 0,05$) e os valores das correlações são razoáveis (oscilando entre 0,54 e 0,21), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo constructo, permitindo interpretações unidimensionais.

Quadro 8 - Matriz de correlações de Pearson entre os quatro factores e o total da ECPGQE

	F1	F2	F3	F4
F1- Referenciais e instrumentos	1,00			
F2- Gestão do ambiente terapêutico	0,48 **	1,00		
F3-Prática com evidência científica	0,54 **	0,53 **	1,00	
F4-Monitorização Melhoria	0,48 **	0,47 **	0,53 **	1,00
Total	0,43 **	0,35 **	0,30 **	0,21*

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$;

O valor da escala de conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem varia entre o mínimo de 17 pontos e o máximo de 85 pontos. Valores mais elevados conotam-se com maior frequência de práticas observadas. De salientar que para os factores, afim de permitir a comparação das médias, optou-se pelo score médio em virtude de serem constituídos por iguais números de itens.

1.3.6. Práticas de gestão da qualidade em Enfermagem

A questão H do questionário num total de 24 questões fechadas de resposta tipo Likert com cinco respostas alternativas (*Nunca, Raramente, Às vezes, Frequentemente e Muito frequentemente ou Sempre*). Os itens foram pontuados de 1, para a resposta *Nunca*, a 5 para a resposta *Muito frequentemente ou Sempre*. Maiores pontuações correspondiam a mais práticas observadas.

A elaboração deste conjunto de questões resultou da revisão da literatura e de alguns estudos de identificação de práticas de gestão da qualidade nos Hospitais. Também por não se encontrar instrumento para este efeito, procedeu-se à construção e validação de uma escala que resultou em 24 questões e que se designou por EPGQE (escala de práticas de gestão da qualidade em enfermagem) e pretende avaliar a frequência das práticas de gestão da qualidade observadas pelos estudantes durante os ensinamentos clínicos nos hospitais.

a) *Estudo das características psicométricas da escala*

O estudo das características psicométricas foi realizado tendo presente os critérios apontados para a escala validada anteriormente

Fidelidade

O Quadro 9 mostra a fidelidade avaliada através da consistência interna de cada um dos itens e da escala total. Os valores são muito bons, de acordo com HILL e HILL (2002), (de 0,904 a 0,912 para os itens e 0,912 para o total da escala) e verifica-se que, só em três itens se mantém o valor quando os itens são excluídos, descendo nos outros, o que significa que quando estão presentes melhoram a homogeneidade da escala. No mesmo quadro pode verificar-se que o valor mais baixo da correlação (entre cada item e o total da escala a que pertence quando esta não contém o item) é de 0,34.

Quadro 9 - Estatísticas de homogeneidade dos itens e coeficientes de consistência interna (Alfa de Cronbach) da EPGQE

	Descrição dos itens	Limites	M	DP	r do total sem o item	α de Cronbach quando o item é excluído
1	Existência de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	1-5	2,41	0,85	0,45	0,910
2	Integração do doente/família no planeamento de cuidados	1-5	3,17	0,93	0,45	0,910
3	Existência de uma política de formação contínua que visa o sucesso e a inovação	1-5	2,75	0,79	0,51	0,909
4	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos doentes	1-5	3,16	0,80	0,44	0,910
5	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos profissionais	1-5	3,11	0,86	0,39	0,911
6	Existência de um plano de acolhimento para novos enfermeiros	1-5	2,48	0,99	0,36	0,912
7	Participação dos enfermeiros na definição das suas necessidades de formação	1-5	2,50	0,83	0,51	0,909
8	Envolvimento de todos os enfermeiros na concepção e planeamento da qualidade	1-5	2,49	0,85	0,70	0,905
9	Envolvimento dos enfermeiros nos processos de melhoria dos cuidados	1-5	3,13	0,79	0,47	0,910
10	Sistema de prevenção de erros ou falhas	1-5	2,14	0,95	0,62	0,907
11	Existência de processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos	1-5	2,48	0,92	0,58	0,907
12	Medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar	1-5	3,80	0,75	0,34	0,912
13	A ocorrência de falhas ou eventos adversos originam programas formativos	1-5	2,31	0,77	0,53	0,908
14	Existência de auditorias aos registos de enfermagem	1-5	2,76	1,16	0,55	0,908
15	Avaliação do desempenho dos enfermeiros de acordo com a concretização dos objectivos definidos (medição da performance)	1-5	2,64	0,97	0,55	0,908
16	As reuniões de passagem de turno são utilizadas para a melhoria dos processos de cuidados	1-5	3,76	0,94	0,37	0,912
17	Existência de um sistema de informação em enfermagem	1-5	2,81	0,84	0,48	0,909
18	São realizados estudos de melhoria da qualidade	1-5	2,63	0,86	0,66	0,906
19	A satisfação do doente é medida	1-5	2,40	0,93	0,66	0,906
20	A satisfação dos enfermeiros é medida	1-5	2,21	0,87	0,70	0,905
21	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	1-5	2,30	0,92	0,74	0,904
22	As Sugestões/reclamações dos doentes são considerados para a implementação de melhorias	1-5	2,42	0,87	0,66	0,906
23	Troca de experiências com os outros serviços evidenciando as boas práticas.	1-5	2,50	0,93	0,48	0,909
24	Troca de experiências com outras instituições evidenciando as boas práticas.	1-5	2,39	0,90	0,43	0,910
Escala Total		24-120	64,7 3	12,2 8		0,912

Legenda: M – média; DP – desvio padrão

Validade

A análise factorial pelo método de condensação em componentes principais e segundo a regra de Kaiser (raízes latentes iguais ou superiores a um) extraiu 7

factores que, após a rotação *varimax* explicam 69,24% da variância total (Quadro 10).

Todos os itens têm uma saturação superior a 0,36 e somente em três itens se verificaram correlações simultâneas com dois factores em que a distância entre ambos os valores não distasse em mais do que 0,1. Pela importância teórica dos itens em questão optou-se pela sua manutenção nos factores onde a saturação foi mais elevada.

Ao factor 1 está associada 34,44% da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com estruturas, processos e formação para prevenção de erros ou falhas percebida pelos estudantes, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Gestão do risco*.

Ao factor 2 está associada 7,29 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com estudos e implementação de melhorias, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Controlo da satisfação dos clientes*

Ao factor 3 está associada 6,81 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com as auditorias e avaliação do desempenho, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Controlo do processo*.

Ao factor 4 está associada 6,70 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com a troca de experiências, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Benchmarking*.

Ao factor 5 está associada 4,87 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com o respeito pelos direitos dos clientes e trabalhadores, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Focalização nas pessoas*.

Ao factor 6 está associada 4,83 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com envolvimento do pessoal e do cliente no processo de cuidados e nas medidas de controlo de infecção hospitalar, e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Envolvimento dos clientes e organização do processo*.

Ao factor 7 está associada 4,31 % da variância total. Este factor é saturado sobretudo pelos itens relacionados com os indicadores, passagem de turno e sistema de informação e por isso foi-lhe atribuído a designação de *Informação e análise*.

Quadro 10 - Análise factorial da EPGQE pelo método de condensação em componentes principais. Solução após rotação varimax (N=107)

	<i>Descrição do item</i>	h^2	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
7	Participação dos enfermeiros na definição das suas necessidades de formação	0,596	0,736	0,170	-0,062	0,101	0,057	0,154	0,046
8	Envolvimento de todos os enfermeiros na concepção e planeamento da qualidade	0,726	0,690	0,272	0,100	0,271	0,032	0,281	0,112
10	Sistema de prevenção de erros ou falhas	0,680	0,739	0,139	0,283	0,117	0,126	0,019	0,080
11	Existência de processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos	0,658	0,732	0,252	0,180	-0,026	0,164	0,033	-0,039
13	A ocorrência de falhas ou eventos adversos originam programas formativos	0,478	0,536	0,277	0,206	0,245	-0,050	-0,020	0,091
18	São realizados estudos de melhoria da qualidade	0,589	0,190	0,599	0,231	0,146	0,189	0,246	0,180
19	A satisfação do doente é medida	0,078	0,268	0,853	0,084	0,123	-0,010	0,153	0,095
20	A satisfação dos enfermeiros é medida	0,781	0,312	0,823	0,134	0,157	0,043	0,107	0,057
21	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	0,744	0,293	0,681	0,374	0,103	0,173	0,090	0,110
22	As Sugestões/reclamações dos doentes são considerados para a implementação de melhorias	0,693	0,086	0,524	0,321	0,371	0,347	0,019	0,239
6	Existência de um plano de acolhimento para novos enfermeiros	0,547	0,367	0,203	0,383	-0,043	0,157	0,144	-0,535
14	Existência de auditorias aos registos de enfermagem	0,609	0,181	0,257	0,816	0,014	0,065	0,068	0,101
15	Avaliação do desempenho dos enfermeiros de acordo com a concretização dos objectivos definidos (medição da performance)	0,535	0,159	0,198	0,787	0,136	0,041	0,091	0,155
23	Troca de experiências com os outros serviços evidenciando as boas práticas.	0,857	0,175	0,153	0,106	0,903	0,055	0,070	0,061
24	Troca de experiências com outras instituições evidenciando as boas práticas.	0,838	0,137	0,184	0,007	0,886	0,070	0,068	0,044
4	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos doentes	0,823	0,090	0,124	0,068	0,128	0,892	0,138	0,047
5	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos profissionais	0,791	0,131	0,091	0,052	0,019	0,883	0,139	-0,027
2	Integração do doente/família no planeamento de cuidados	0,542	0,180	0,341	-0,026	0,007	0,195	0,596	0,026
3	Existência de uma política de formação contínua que visa o sucesso e a inovação	0,530	0,342	-0,014	0,351	-0,018	0,309	0,365	0,289
9	Envolvimento dos enfermeiros nos processos de melhoria dos cuidados	0,513	0,365	0,024	0,061	0,349	0,221	0,491	-0,082
12	Medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar	0,598	-0,032	0,119	0,138	0,054	0,068	0,766	0,157
1	Existência de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	0,503	0,472	0,195	0,126	0,037	0,202	-0,254	0,471
16	As reuniões de passagem de turno são utilizadas para a melhoria dos processos de cuidados	0,572	0,035	0,149	0,183	0,102	0,012	0,327	0,632
17	Existência de um sistema de informação em enfermagem	0,598	0,217	0,283	0,229	0,012	0,034	0,110	0,659
	Eigenvalues	8,26	1,75	1,63	1,61	1,17	1,16	1,03	
	Variância Explicada ($\Sigma = 69,24\%$)	34,44	7,29	6,81	6,70	4,87	4,83	4,31	
	Número de itens	5	5	3	2	2	4	3	
	Alfa de Cronbach	0,834	0,891	0,674	0,891	0,866	0,641	0,590	

O Quadro 11 resume os resultados da análise factorial. Nele observa-se que foi rejeitada a hipótese da matriz de correlação constituir uma matriz de identidade

($\chi^2 = 1290,958$, $p < 0,0001$) e que a medida de Keiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,832) se aproxima da unidade, garantindo que a adequação do modelo factorial a esta matriz de correlações é elevada.

Quadro 11 - Resumo dos resultados da análise em componentes principais da EPGQE

Factores	Itens com maior saturação no factor	Nome atribuído ao factor
F1	7, 8, 10, 11 e 13	<i>Gestão do risco</i>
F2	18, 19, 20, 21 e 22	<i>Controlo da satisfação dos clientes</i>
F3	6, 14 e 15	<i>Controlo do processo</i>
F4	23 e 24	<i>Benchmarking</i>
F5	4 e 5	<i>Focalização nas pessoas</i>
F6	2, 3, 9 e 12	<i>Envolvimento dos clientes e Organização do processo</i>
F7	1, 16 e 17	<i>Informação e análise</i>
Estatísticas relativas à análise factorial:		
Percentagem total da variância explicada pelos factores: 69,24%		
KMO = 0,832		
Teste da esfericidade de Bartlett = 1290,958, $p < 0,0001$		

No Quadro 12 pode observar – se que todas as correlações entre os diferentes factores e o total da escala são significativas ($p < 0,01$).

Os valores das correlações estão entre o bom e o razoável (0,86 e 0,21), o que permite afirmar que tendem a medir o mesmo construto, permitindo interpretações unidimensionais.

Estes resultados apontam para a utilização quer dos resultados globais da escala, quer dos sub-totais dos factores.

Quadro 12 – Matriz de correlações de *Pearson* entre os quatro factores e o total da EPGQE

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7
F1 <i>Gestão do risco</i>	1,00						
F2 <i>Controlo da satisfação dos clientes</i>	0,62 *	1,00					
F3 <i>Controlo do processo</i>	0,52 *	0,56 *	1,00				
F4 <i>Benchmarking</i>	0,38 *	0,43 *	0,22 *	1,00			
F5 <i>Focalização nas pessoas</i>	0,29 *	0,33 *	0,26 *	0,19 *	1,00		
F6 <i>Envolvimento dos clientes e Organização do processo</i>	0,48 *	0,51 *	0,40 *	0,31 *	0,43 *	1,00	
F7 <i>Informação e análise</i>	0,47 *	0,54 *	0,37 *	0,26 *	0,21 *	0,39 *	1,00
Total	0,82 *	0,86 *	0,71 *	0,54 *	0,50 *	0,71 *	0,66 *

* Significativo para $p \leq 0,01$

O valor da Escala de Práticas de Gestão da Qualidade em Enfermagem varia entre o mínimo de 24 pontos e o máximo de 120 pontos. Valores mais elevados conotam-se com maior frequência de práticas observadas. De salientar que para os factores,

afim de permitir a comparação das médias, optou-se pelo score médio em virtude de serem constituídos por iguais números de itens.

1.4. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Após solicitação junto do Presidente do Conselho Directivo da Escola e a autorização, prontamente concedida, procedeu-se à colheita de dados. (Anexo 2).

Com o objectivo de testar a compreensão e a adequação das questões, a clareza das instruções e da escala das respostas, foi realizada uma aplicação experimental utilizando o método da reflexão falada (*Thinking Aloud*). Assim, seleccionaram-se alguns elementos com características similares à amostra pretendida, no que respeita à idade, sexo e nível de ensino, para que os resultados obtidos contribuíssem para a coerência da análise do instrumento. Por limitação de tempo foram utilizados 3 elementos da mesma população, tendo como critério de elegibilidade o voluntarismo e a disponibilidade revelada pelos alunos.

O questionário foi lido em voz alta pelos alunos e levou 10 minutos a preencher. Por sugestão dos alunos redigiram-se 4 questões de forma mais compreensível.

Após a introdução destas alterações considerou-se o instrumento definitivo, pois todas as questões foram respondidas sem ocorrência de quaisquer dúvidas.

As sessões de preenchimento do questionário definitivo decorreram na Escola Superior de Saúde de Leiria, durante uma aula de cada curso previamente seleccionada para o efeito.

Nestas aulas estiveram presentes uma professora e a autora do estudo para assegurar o preenchimento individual e voluntário do questionário.

Cada questionário continha instruções relativas ao preenchimento e à garantia de anonimato. Após o preenchimento, os questionários foram colocados, pelos alunos, invertidos em cima da secretária.

Cada sessão durou aproximadamente 10 minutos e decorreram nos dias 16 e 20 de Julho de 2007

1.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico – *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* – versão 14.0. para *Windows*.

Nas variáveis a estudar, antes da utilização dos testes estatísticos, aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov* (como teste de normalidade da distribuição) para avaliar se as variáveis em estudo apresentavam ou não distribuição normal dos seus resultados. O teste revelou que as variáveis apresentavam distribuição normal, ou seja $p > 0,05$ (Quadro 13). Por este facto optou-se por utilizar testes paramétricos.

Quadro 13 – Resultados da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov por escalas

Escalas	Estatística	p
Escala de conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em Enfermagem (ECPGQE)	0,621	0,836
Escala de práticas de gestão da qualidade em enfermagem (EPGQE)	0,571	0,900

Para a análise dos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências (absolutas e relativas), medidas de tendência central (médias aritméticas), medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão, mínimos e máximos), e estatística inferencial (testes *t* de *Student* para grupos independentes e *correlações de Pearson*).

Em todas as análises estatísticas utilizaram-se os seguintes níveis de significância:

- $p > 0,05$ (a diferença não é significativa)
- $p \leq 0,05$ (a diferença é significativa)
- $p \leq 0,01$ (a diferença é muito significativa)
- $p \leq 0,001$ (a diferença é altamente significativa)

Para o estudo das propriedades psicométricas das escalas estudadas foram calculadas as medidas descritivas de resumo, as correlações de cada item com o total da escala a que pertence (excluindo o respectivo item) e o *Alfa de Cronbach*, tanto para a globalidade dos itens como para o conjunto da escala após irem sendo excluídos um a um. Foi igualmente realizada a inspeção da correlação do item com a escala a que pertence e com as escalas a que não pertencem.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados conjuntamente com a sua análise. De salientar que a apresentação das variáveis segue a ordem da metodologia, mas sempre que se achar pertinente, e afim de dar resposta aos objectivos, faz-se o cruzamento de variáveis.

2.1. HOSPITAIS ONDE ESTAGIOU

Dos 107 alunos que compõem a amostra 85,98% estagiaram em hospitais em processo de acreditação, sendo 48,60% do 8.º Curso de Licenciatura e 37,38% do 9.º Curso de Licenciatura (Quadro 14).

De acordo com PISCO (2002) a acreditação é um processo de melhoria e desenvolvimento interno dos hospitais através do cumprimento de um conjunto de procedimentos e de normas, e segundo a JOINT COMMISSION (2007) estas normas (clínicas e administrativas) aplicam-se a toda a organização, a todo o departamento e a todos os serviços, entre os quais os serviços de enfermagem, pelo que é possível que 85,98% dos alunos, durante o ensino clínico, tivessem oportunidades de aprendizagem sobre as práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

A qualidade para todos os hospitais é uma exigência do DECRETO-LEI n.º27/2002 de 8 de Novembro, mas nos hospitais em processo de acreditação houve um grande investimento financeiro em sistemas de qualidade (PORTUGAL, 2005). Consequentemente, é de considerar a desigualdade de oportunidades de aprendizagem para 14,02% dos alunos, que não estagiaram em hospitais em processo de acreditação, e de avaliar este impacto nos seus conhecimentos ao nível da prática clínica e de organização de trabalho.

Quadro 14: Distribuição da amostra por hospitais onde estagiou, em função do Curso de Licenciatura em Enfermagem

	8º CL		9ºCL		Total	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
	60	56,07	47	43,93	107	100
Locais onde estagiou						
Estagiou em hospital em Acreditação	52	48,60	40	37,38	92	85,98
Não estagiou em hospital em Acreditação	8	7,48	7	6,54	15	14,02

Legenda: CL – Curso Licenciatura

2.2. CONHECIMENTO DOS MODELOS DE GESTÃO DA QUALIDADE E HOSPITAIS ONDE ESTAGIOU.

O quadro 15 mostra que todos os modelos foram identificados como conhecidos pelo nome, mas é a Acreditação Joint Commission que 95,33% da amostra conhece, o que se poderá explicar por ser o modelo utilizado nos hospitais onde os alunos estagiaram. O Modelo de Acreditação King' Fund é o segundo mais conhecido, mas apenas por 17,76% da amostra.

Em relação ao conteúdo o mesmo modelo é conhecido por 32,71% da amostra. O Modelo MBNQA não é conhecido por nenhum aluno o que pode ser justificado por não estar a ser utilizado em Portugal (REIS, 2001).

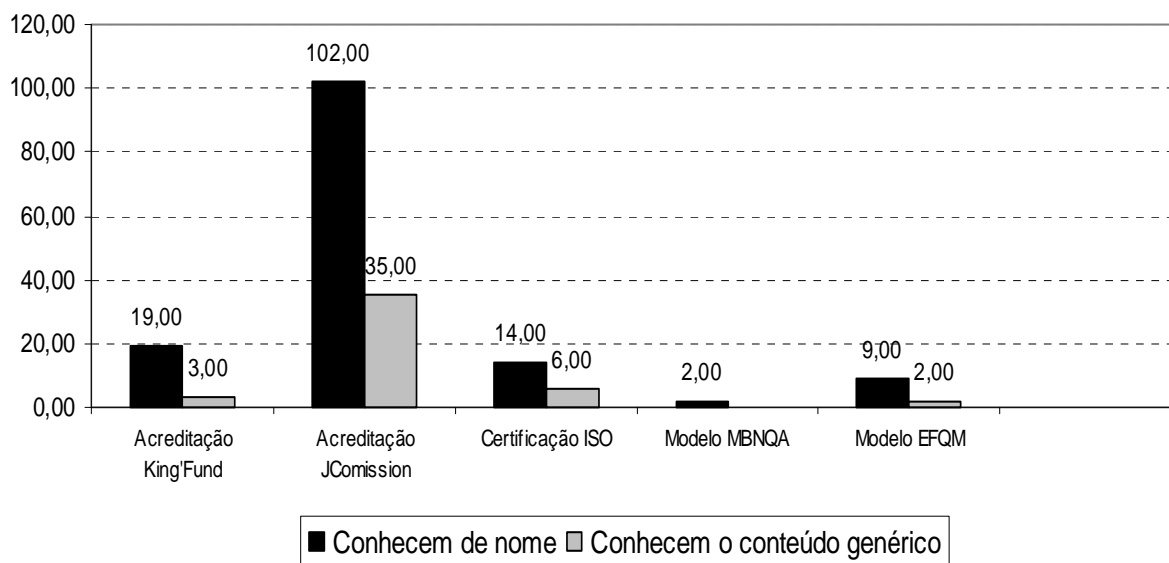
Quadro 15: Distribuição da amostra em função do conhecimento do nome e da existência do conteúdo genérico de Modelos de Gestão de Qualidade

Modelos de Gestão da Qualidade	Conhecem de nome		Conhecem o conteúdo genérico	
	n.º	%	n.º	%
Acreditação King'Fund	19	17,76	3	2,80
Acreditação Joint Commission	102	95,33	35	32,71
Certificação ISO	14	13,08	6	5,61
Modelo MBNQA	2	1,87	0	0,00
Modelo EFQM	9	8,41	2	1,87

ISO(Organização Internacional de Normalização); MBNQA(Malcolm Baldrige National Quality Award); EFQM (Europeu Foundation for Quality Management)

Na representação gráfica é visível a diminuição do número de estudantes que conhece o conteúdo genérico dos modelos em relação ao conhecimento do nome.

Gráfico 1: Distribuição da amostra em função do conhecimento do nome e do conteúdo genérico de Modelos de Gestão de Qualidade



O quadro 16 evidencia que 62,62% dos alunos não conhecem os Modelos de Gestão de Qualidade, tendo 51,40% estagiado em hospitais em processo de acreditação e 11,22% não estagiaram. Dos 85,98% dos alunos que estagiaram em hospitais em processo de acreditação, somente 34,58% conhecem o conteúdo genérico dos modelos de gestão da qualidade. Este dado indicia que não foi explorada a oportunidade de aprendizagem nesta temática e o acompanhamento do contexto social e dos cuidados que, de acordo com KYRKJEBØ, HANSSSEN e HAUGLAND (2001), é um domínio do conhecimento importante para preparar o aluno para a melhoria da qualidade e para o desenvolvimento da sua prática profissional.

Somente 15 alunos não estagiaram em hospitais em acreditação e, destes, 3 referem conhecimento de modelos.

Quadro 16: Distribuição da amostra por conhecimento do conteúdo dos Modelos de Gestão de Qualidade em função do local de estágio

	Estagiou em hospitais em processo de Acreditação		Não estagiou em hospitais em processo de Acreditação		Total	
	n ^o	%	n ^o	%	n ^o	%
	92	85,98	15	14,02	107	100
Conhece Modelos de Gestão de Qualidade	37	34,58	3	2,80	40	37,38
Não conhece Modelos de Gestão de Qualidade	55	51,40	12	11,22	67	62,62

2.3. CONHECIMENTO DOS REFERENCIAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM

No quadro 17 visualiza-se que o referencial mais conhecido é o Código Deontológico do Enfermeiro com conhecimento por 87,85% dos alunos, seguido do REPE (83,18%) e da carta dos direitos e deveres dos doentes (82,24%).

Como descrito na revisão da literatura são referenciais muito importantes para a Qualidade Total, pois são dois documentos que orientam para a focalização do cliente que é um conceito fundamental da excelência (EFQM, 2003).

No Código Deontológico são evidenciados deveres do enfermeiro e orientações para a excelência do exercício que pressupõem o uso de referenciais como a avaliação do desempenho e normas de qualidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003). Perante os dados de 71,03% dos alunos não conhecerem o regulamento da avaliação do desempenho, 57,01% a carreira de enfermagem e 68,22% os padrões de qualidade, poderá haver dificuldades na aplicação destes deveres e princípios orientadores para a excelência do exercício.

Quadro 17: Distribuição da amostra em função do conhecimento de referenciais para a Implementação da qualidade em enfermagem (N=107)

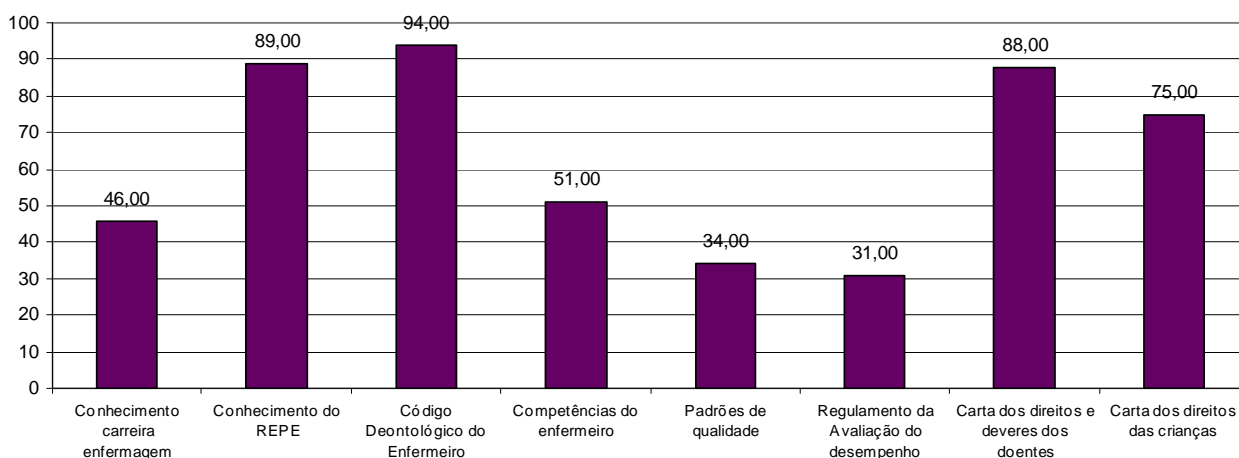
Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem	Conhecem		Não Conhecem	
	nº	%	nº	%
Carreira Enfermagem	46	42,99	61	57,01
REPE	89	83,18	18	16,82
Código Deontológico do Enfermeiro	94	87,85	13	12,15
Competências do Enfermeiro	51	47,66	56	52,34
Padrões de Qualidade	34	31,78	73	68,22
Regulamento da Avaliação do Desempenho	31	28,97	76	71,03
Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes	88	82,24	19	17,76
Carta dos Direitos das Crianças	75	70,09	32	29,91

Legenda: REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

A representação gráfica dos dados evidencia que não há nenhum referencial que seja conhecido por todos os alunos, em que a carreira (n=46), a avaliação do desempenho (n=31), os padrões de qualidade (n=34) e as competências do enfermeiro (n=51) são desconhecidos por mais de 50% da amostra. São referenciais importantes na orientação do exercício, na atribuição de responsabilidades e na monitorização do desempenho.

A monitorização do desempenho e introdução de melhorias são actividades fundamentais na gestão da qualidade e previstas por todos os teóricos da área (DEMING, 1986; JURAN, 1988; FEIGENBAUM, 1991 e CROSBY, 1979) e indispensáveis para colocar em prática os conceitos fundamentais da excelência, especificamente *aprendizagem, inovação e melhoria contínuas* (EFQM, 2003).

Gráfico 2: Distribuição da amostra em função do conhecimento de Referenciais para a implementação da qualidade em enfermagem (N=107)



2.4. CONHECIMENTO PARA AS PRÁTICAS DA GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM

O conhecimento para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem teve uma pontuação média positiva ($M=48,77$), mas com um desvio padrão significativo ($DP=7,80$) e distante do score máximo esperado de 85 pontos (Quadro 18). Isto evidencia a necessidade de investimento nesta área de formação para assegurar a formação para a gestão de cuidados de enfermagem e para a participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos como previsto no diploma que aprova as regras para o ensino de enfermagem (DECRETO-LEI n.353/99 de 3 de Setembro).

Esta pontuação não foi uniforme nos factores pelo que se discutem, individualmente, iniciando pelos de maior pontuação média.

- *Factor 3*

O factor 3, relacionado com a prática com evidência científica foi, em média, o mais pontuado ($M=3,52$; $DP=0,52$). No entanto, este valor também se deve a este factor conter o item mais pontuado da escala, trabalho em equipa, que é muito importante para uma prática de qualidade, mas só por si, não traduz que essa prática tenha evidência científica. O CONSELHO INTERNACIONAL DE

ENFERMAGEM (1999) adverte para a necessidade de a prática se basear em provas e na investigação. Para isso é importante o conhecimento em metodologias de investigação que é o segundo item mais pontuado deste factor (M=3,64; DP=0,8) e de bases científicas (M=3,19; DP=0,91); e a elaboração de normas baseadas na evidência científica, positivamente pontuado (M=3,39; DP=0,73). Estes dados sugerem que os alunos se auto avaliam com conhecimentos para a prática baseada na evidência que é de extrema importância para a efectividade dos cuidados. A efectividade é uma dimensão da qualidade evidenciada por BENGIOA e outros (2006).

De acordo com CRAIG; SMYTH e MULLALLY (2004), os resultados de investigação têm de ser analisados para serem transferidos para a prática clínica e os factores de contexto da prática, segundo PENZ E BASSENDOWSKI (2006), dificultam a enfermagem baseada na evidência. Este facto indicia que, para o desenvolvimento desta área do conhecimento, assume extrema importância o ensino clínico como sugerido por NEWHOUSE e outros (2005) com a análise dos procedimentos de enfermagem e elaboração de documentos como jornais.

▪ *Factor 4*

O factor 4, relacionado com a monitorização e melhoria, foi em média o segundo mais pontuado (M=3,2; DP=0,76), onde o item mais pontuado foi a avaliação do desempenho (M=3,24; DP=0,82). Como visualizado anteriormente no quadro 17 só 28,97% dos alunos conheciam o regulamento da avaliação do desempenho e, estando em período de avaliação do desempenho em ensinos clínico, poderá indicar que ele esteja aqui reflectido. Seria interessante estudar em que medida este processo do ensino clínico contribui para a formação dos alunos nesta área de gestão. No entanto, tanto esta avaliação do aluno como a avaliação do desempenho prevista na carreira de enfermagem (DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro), contribuem para a melhoria do desempenho individual e para o desenvolvimento do processo de melhorias, que é o segundo item deste factor pontuado (D=3,16; DP=0,83), mas é necessário que esta monitorização tenha em consideração a produção como o resultado de um trabalho de equipa e não só a performance individual, pois como afirma SIDANI, DORAN e MITCHELL (2004) são as necessidades dos clientes que orientam os processos de cuidados e que

determinam quais os que são efectivos e acessíveis para atingir os resultados, sendo a efectividade e a acessibilidade duas dimensões da qualidade (BENGOA e outros, 2006).

- *Factor 2*

O factor 2, relacionado com a gestão do ambiente terapêutico, foi, em média, o terceiro mais pontuado (M=3,13; DP=0,61), em que o item com maior pontuação média (M=3,25; DP=0,81) foi o relacionado com os conhecimentos em políticas e planos de saúde

Os conhecimentos dos alunos sobre as políticas e os planos de saúde permitem-lhes serem elementos activos com uma visão sistémica e planear as actividades de enfermagem num ambiente competitivo (LIN e outros, 2007). Para este planeamento é importante gerir recurso, obtendo este item uma pontuação média também positiva (M=3,14; DP=0,87). A maximização de recursos evitando desperdícios é outra dimensão da qualidade (BENGOA e outros, 2006; PISCO, 2005) e engloba muitas práticas importantes para a gestão da qualidade como a melhoria de estruturas físicas e planeamento da formação dos profissionais (INSTITUTO DA QUALIDADE NA SAÚDE, 2004).

A gestão do risco foi o item menos pontuado (M=3,02; DP=0,84) deste factor e exige uma atenção especial pois engloba medidas fundamentais, inerentes ao conceito de qualidade e que são evidenciadas por todos como uma necessidade. DEMING (1986); JURAN (1988); FEIGENBAUM (1991) e CROSBY (1979) são exemplo de considerarem a ausência de falhas e erros na resposta às exigências do cliente o fio condutor da gestão da qualidade. A gestão do risco é também uma medida evidenciada como necessária à qualidade em saúde no Programa do Governo (PORTUGAL, 2005). O CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2002) também orienta para a gestão do risco para melhorar a segurança dos clientes.

- *Factor 1*

O factor 1, relacionado com os referenciais e instrumentos para a qualidade foi o menos pontuado (M=2,87; DP=0,66) em que o item em média mais pontuado,

sistema de classificação de doentes segundo o grau de dependência (M=3,32; DP=1,10), teve o valor mais elevado de desvio padrão, o que poderá indiciar influência dos diferentes locais de ensino clínico, visto que nem todos os hospitais têm implementado este sistema.

O uso do *Benchmarking* foi, em média o item do factor1 menos pontuado (M=2,40; 0,98), o que se compreende porque, embora seja um instrumento fundamental para a melhoria da qualidade, é de acordo com ANTÓNIO e TEIXEIRA (2007) uma tendência da gestão moderna e implementada pelos Modelos de Excelência que são usados numa fase posterior ao processo de acreditação (RUIZ, 2004).

O uso de ferramentas da qualidade, fundamentais para o controlo da qualidade e resolução de problemas, segundo ISHIKAWA (1986), citado por BANK (1998), foi um item com uma pontuação média de 2,93. TEELEY e outros (2006) defendem que o uso de ferramentas e métodos de melhoria pelos estudantes, melhora os currículos e a colaboração com as organizações, pelo que devem ser incorporados na formação dos estudantes. Esta importância também é atribuída por KYRKJEBØ (2006) que sugere que deveriam ser incluídos em projectos da prática clínica, porque os alunos têm dificuldade em aplicá-los.

A CIPE é considerada pelo CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2006) como um documento de suporte para um sistema de informação em enfermagem e tem uma pontuação média baixa (M=2,99; DP= 1,10) necessitando de maior investimento por parte das escolas.

A pontuação média (M=3,19; DP= 0,78) atribuída aos indicadores de qualidade evidencia que os alunos se autoavaliam com conhecimentos que são fundamentais para a qualidade de cuidados (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2006); e que permitem uma orientação para o cliente, que é o primeiro conceito de excelência do EFQM (2003).

Quadro 18 - Médias e Desvios Padrão dos itens, factores e total da ECPGQE (N=107)

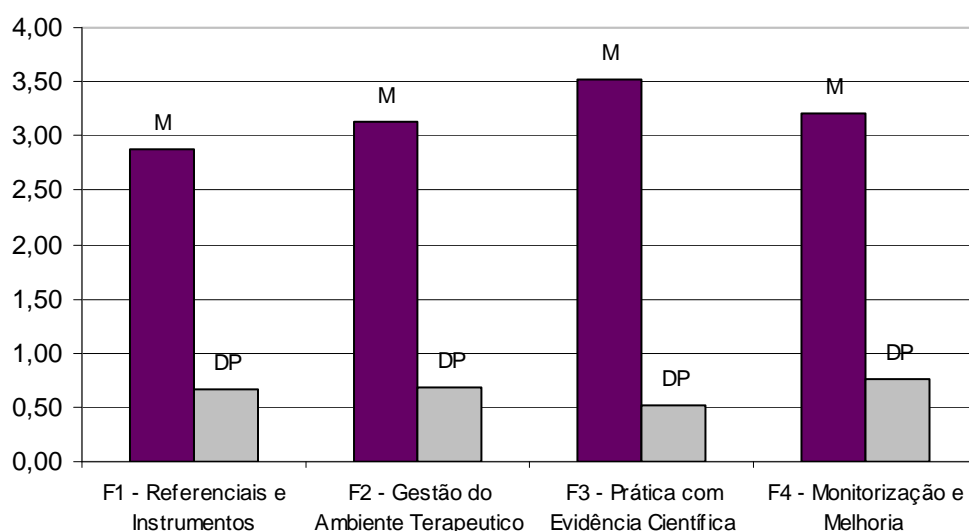
	<i>Descrição dos itens</i>	M	DP
1	Utilização de métodos estatísticos para controlar a qualidade	2,83	0,78
5	Ferramentas da qualidade	2,93	0,83
7	Indicadores de qualidade em enfermagem	3,19	0,78
10	Sistema de classificação de doentes segundo o grau de dependência	3,32	1,10
11	CIPE	2,99	1,10
14	Auditorias em enfermagem	2,47	0,86
17	Uso do <i>benchmarking</i> (comparar as práticas com as instituições líderes, ou peritas no assunto) para implementação de melhorias	2,40	0,98
Total Factor 1		2,87	0,66
13	Políticas e planos de saúde	3,25	0,81
15	Gestão do risco	3,02	0,84
16	Gestão de recursos	3,14	0,87
Total Factor 2		3,13	0,61
2	Metodologias de investigação	3,64	0,68
3	Elaboração de normas baseadas na evidência científica	3,39	0,73
4	Método de resolução de problemas	3,23	0,71
6	Trabalho em equipa	4,19	0,68
12	Bases de dados científicas	3,19	0,91
Total Factor 3		3,52	0,52
8	Avaliação do desempenho	3,24	0,82
9	Desenvolvimento de processos de melhoria	3,16	0,83
Total Factor 4		3,20	0,76
Total da ECPGQE		48,77	7,80

M – média; DP – desvio padrão

O gráfico 3 permite visualizar que, os factores tiveram pontuações médias positivas, com o factor 1, que pontuou menos, com valor de média acima de 2,50; e em que o factor 3, em média, pontuou mais com menor desvio padrão.

Embora seja importante a melhoria nos diversos factores, o factor 1 é o que indicia necessidade de maior investimento na formação.

Gráfico 3 – Distribuição das Médias e Desvios Padrão dos factores da ECPGQE (N=107).



2.5. PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM

No quadro 19 observa-se que foram observadas práticas de gestão da qualidade em enfermagem durante o ensino clínico, com um score médio para o total da escala de 64,73 e desvio padrão 12,28 num máximo possível de 120 pontos, havendo diferenças nas pontuações médias dos factores.

▪ Factor 6

O factor 6, relacionado com o envolvimento do cliente e organização do processo foi, em média, o que mais pontuou ($M=3,21$; $DP=0,57$), onde o item referente às medidas explícitas para o controlo da infecção foi, em média, o mais pontuado ($M=3,80$; $DP=0,57$), seguida da integração do cliente/família no planeamento dos cuidados ($M=3,17$; $DP=0,93$).

De acordo com a JOINT COMMISSION (2007) a prevenção e controlo de infecção é uma das práticas previstas nos processos de acreditação, pelo que a sua observação seria esperada.

O envolvimento do cliente na organização do processo é uma prática importante na gestão da qualidade em enfermagem, pois permite uma excelente relação com o cliente como é preconizado pelo EFQM (2003) e pelos referenciais de enfermagem que orientam para a sua implicação no processo de cuidados

(DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro e ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002).

- *Factor 5*

O factor 5, relacionado com as práticas focalizadas nas pessoas, foi, em média, o segundo factor mais pontuado ($M=3,14$; $DP=0,57$), onde as políticas e as estratégias que consideram os direitos dos doentes foram as mais pontuadas ($M=3,16$; $DP=0,80$).

Os dados do quadro 17 evidencia que os alunos conhecem os direitos dos doentes, mas a observação no ensino clínico das estratégias para os implementar é de extrema importância pois, como refere SIDANI, DORAN e MITCHELL (2004) as decisões com reconhecimento pelos valores, desejos e preferências são tomadas num contexto de relação de cuidados.

- *Factor 7*

O factor 7, relacionado com práticas de informação e análise, foi, em média o terceiro item mais pontuado ($M=2,99$; $DP=0,65$), onde a utilização das reuniões de passagem de turno para a melhoria dos processos de cuidados foi, em média, a mais pontuada do factor ($M=3,76$; $DP=0,94$) e a segunda mais pontuada da escala. A observação desta prática poderá ser importante para o desenvolvimento do pensamento crítico necessário para a qualidade dos cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003), e a monitorização da qualidade é essencial para identificar áreas de melhoria da qualidade SILIMPERI, ZANTEN e FRANCO (2004).

- *Factor 3*

Este factor, relacionado com práticas de controlo do processo, com uma pontuação média de 2,62 com um desvio padrão de 0,81, com práticas de medição da performance e de técnicas de melhorias do processo de trabalho que contribuem para a formação do aluno e é um elemento fundamental da gestão da qualidade (MAYCOCK e HALL, 2005).

- *Factor 4*

No factor 4, relacionado com o uso de *Benchmarking*, também foram observadas práticas, com uma pontuação média: $M=2,45$; $DP=0,87$. A realização do

Benchmarking é importante para a aprendizagem, inovação e melhoria continua (EFQM, 2003).

- *Factor 2*

O factor 2, Controlo da Satisfação dos Clientes, teve uma pontuação média: M=2,39; DP=0,74, e os alunos tiveram oportunidade de observar a realização de estudos de melhoria e implementação de melhorias que KYRKJEBO, HANSSEN e HAUGLAND (2001) e KYRKJEBO (2006), consideram importantes para a formação dos alunos.

- *Factor1*

O factor 1, com práticas relacionadas com a gestão do risco que foi o factor que, em média, menos pontuou na escala (M=2,38; DP=0,67), com o item referente ao sistema de prevenção de erros ou falhas, com a pontuação média mais baixa do factor e da escala (M=2,14). Considerando que são práticas previstas no Programa do Governo para a qualidade (PORTUGAL, 2005); e a segurança do cliente ser considerada por BENGGOA e outro (2006) uma dimensão importante da qualidade, seria de esperar uma maior pontuação média na sua observação.

Quadro 19 – Médias e Desvios Padrão dos itens, factores e total da EPGQE (N=107).

<i>Factor</i>	<i>Descrição do item</i>	M	DP
7	Participação dos enfermeiros na definição das suas necessidades de formação	2,50	0,83
8	Envolvimento de todos os enfermeiros na concepção e planeamento da qualidade	2,49	0,85
10	Sistema de prevenção de erros ou falhas	2,14	0,95
11	Existência de processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos	2,48	0,92
13	A ocorrência de falhas ou eventos adversos originam programas formativos	2,31	0,77
Total Factor 1		2,38	0,67

(Continua)

(Continuação)

Quadro 19 – Médias e Desvios Padrão dos itens, factores e total da EPGQE (N=107).

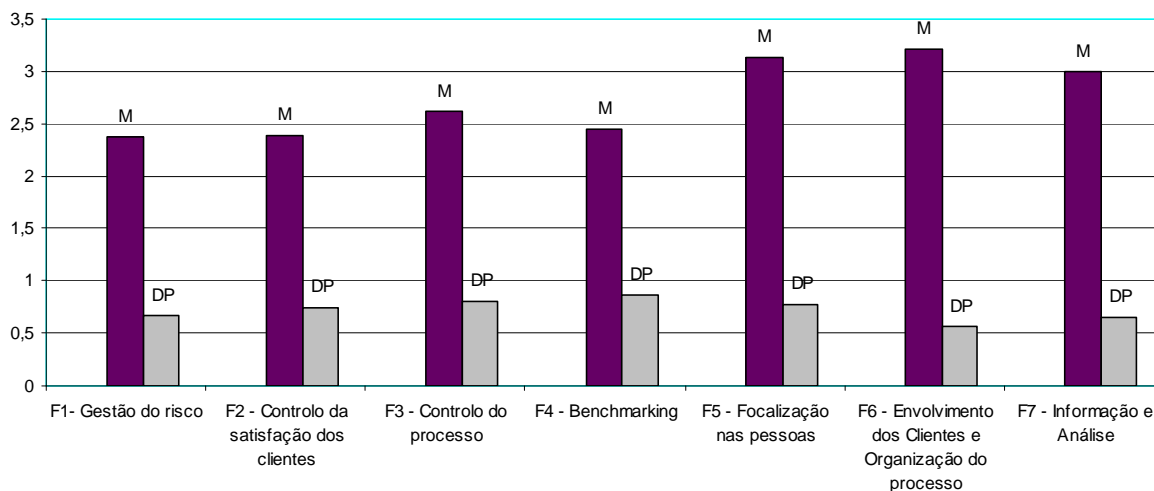
<i>Factor</i>	<i>Descrição do item</i>	M	DP
18	São realizados estudos de melhoria da qualidade	2,63	0,86
19	A satisfação do doente é medida	2,40	0,93
20	A satisfação dos enfermeiros é medida	2,21	0,87
21	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	2,30	0,92
22	As Sugestões/reclamações dos doentes são considerados para a implementação de melhorias	2,42	0,87
Total Factor 2		2,39	0,74
6	Existência de um plano de acolhimento para novos enfermeiros	2,48	0,99
14	Existência de auditorias aos registos de enfermagem	2,76	1,16
15	Avaliação do desempenho dos enfermeiros de acordo com a concretização dos objectivos definidos (medição da performance)	2,64	0,97
Total Factor 3		2,62	0,81
23	Troca de experiências com os outros serviços evidenciando as boas práticas.	2,50	0,93
24	Troca de experiências com outras instituições evidenciando as boas práticas.	2,39	0,90
Total Factor 4		2,45	0,87
4	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos doentes	3,16	0,80
5	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos profissionais	3,11	0,86
Total Factor 5		3,14	0,78
2	Integração do doente/família no planeamento de cuidados	3,17	0,93
3	Existência de uma política de formação contínua que visa o sucesso e a inovação	2,75	0,79
9	Envolvimento dos enfermeiros nos processos de melhoria dos cuidados	3,13	0,79
12	Medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar	3,80	0,75
Total Factor 6		3,21	0,57
1	Existência de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	2,41	0,85
16	As reuniões de passagem de turno são utilizadas para a melhoria dos processos de cuidados	3,76	0,94
17	Existência de um sistema de informação em enfermagem	2,81	0,84
Total Factor 7		2,99	0,65
Total EPGQ		64,73	12,28

M – Média; DP- Desvio Padrão

No gráfico 4 confirma-se a existência de factores que pontuam, em média, menos de 2,5 com valores de desvio padrão entre 0,5 e 1, o que seria interessante identificar

se não foram identificadas por desconhecimento dos alunos ou por não se realizarem.

Gráfico 4 – Distribuição das Médias e Desvios Padrão dos factores da EPGQE (N=107).



Tendo presente que os alunos em estudo realizaram estágio em hospitais em processo de acreditação e em hospitais sem processo de acreditação, optou-se por averiguar se este facto influenciou a frequência com que observaram as práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

O quadro 20 evidencia que os alunos que estagiaram em hospitais em processo de acreditação, em média pontuaram mais nos factores 1,2,3,6 e no total da escala e menos nos factores 4 e 5, do que os alunos que não estagiaram nestes hospitais, mas estas diferenças não são estatisticamente significativas.

F1 ($t=0,628$; $p=0,531$)

F5 ($t=-1,238$; $p=0,218$)

F2 ($t=0,770$; $p=0,443$)

F6 ($t=0,460$; $p=0,646$)

F3 ($t=0,118$; $p=0,906$)

F7 ($t=0,530$; $p=0,597$)

F4 ($t=-1,052$; $p=0,295$)

Total ($t=0,292$; $p=0,771$)

Estes resultados sugerem que, em média, não há diferenças estatisticamente significativa na observação de práticas de gestão da qualidade, entre os alunos que estagiaram num hospital em processo de acreditação e os que não estagiaram.

Quadro 20 - Médias e desvios padrão observados nos itens, factores e no total da EPGQE, em função dos locais onde estagiou, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

		Estagiou em hospital em Acreditação (N=92)		Não estagiou em hospital em Acreditação (N=15)			
<i>Descrição do item</i>		M	DP	M	DP	t	p
7	Participação dos enfermeiros na definição das suas necessidades de formação	2,48	0,83	2,60	0,83	-0,526	0,600
8	Envolvimento de todos os enfermeiros na concepção e planeamento da qualidade	2,46	0,84	2,67	0,90	-0,886	0,378
10	Sistema de prevenção de erros ou falhas	2,18	0,96	1,87	0,83	1,210	0,229
11	Existência de processos que evidenciam prevenção ou redução de riscos	2,54	0,93	2,07	0,80	1,873	0,064
13	A ocorrência de falhas ou eventos adversos originam programas formativos	2,33	0,79	2,20	0,68	0,586	0,559
Factor1 - Gestão do risco		2,40	0,68	2,28	0,63	0,628	0,531
18	São realizados estudos de melhoria da qualidade	2,64	0,91	2,53	0,52	0,660	0,514
19	A satisfação do doente é medida	2,46	0,92	2,07	0,96	1,514	0,133
27	A satisfação dos enfermeiros é medida	2,25	0,85	1,93	0,96	1,318	0,190
20	Os resultados dos inquéritos de satisfação são utilizados para a implementação de melhorias	2,30	0,87	2,27	1,22	0,146	0,884
22	As Sugestões/reclamações dos doentes são considerados para a implementação de melhorias	2,41	0,84	2,47	1,06	-0,221	0,826
Factor2 - Controlo da satisfação dos Clientes		2,41	0,73	2,25	0,85	0,770	0,443
6	Existência de um plano de acolhimento para novos enfermeiros	2,42	1,00	2,80	0,94	-1,365	0,175
14	Existência de auditorias aos registos de enfermagem	2,82	1,13	2,40	1,35	1,285	0,202
15	Avaliação do desempenho dos enfermeiros de acordo com a concretização dos objectivos definidos (medição da performance)	2,64	0,96	2,60	1,06	0,153	0,879
Factor3 - Controlo do processo		2,63	0,80	2,60	0,89	0,118	0,906
23	Troca de experiências com os outros serviços evidenciando as boas práticas.	2,48	0,93	2,67	0,90	-0,730	0,467
24	Troca de experiências com outras instituições evidenciando as boas práticas.	2,35	0,88	2,67	0,98	-1,279	0,204
Factor4 - Benchmarking		2,41	0,86	2,67	0,88	-1,052	0,295
4	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos doentes	3,14	0,81	3,27	0,80	-0,559	0,577
5	Políticas e estratégias que consideram os direitos dos profissionais	3,05	0,88	3,47	0,64	-1,735	0,086
Factor5 - Focalização nas pessoas		3,10	0,79	3,37	0,69	-1,238	0,218
2	Integração do doente/família no planeamento de cuidados	3,16	0,96	3,20	0,68	-0,143	0,887
3	Existência de uma política de formação contínua que visa o sucesso e a inovação	2,76	0,80	2,67	0,72	0,426	0,671
9	Envolvimento dos enfermeiros nos processos de melhoria dos cuidados	3,16	0,80	2,93	0,70	1,045	0,299
12	Medidas explícitas para o controlo da infecção hospitalar	3,80	0,74	3,80	0,77	0,021	0,983
Factor6 - Envolvimento dos Clientes e Organização do processo		3,22	0,58	3,15	0,45	0,460	0,646
1	Existência de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	2,43	0,84	2,27	0,88	0,712	0,478
16	As reuniões de passagem de turno são utilizadas para a melhoria dos processos de cuidados	3,79	0,94	3,53	0,92	0,994	0,323
17	Existência de um sistema de informação em enfermagem	2,79	0,87	2,93	0,59	-0,785	0,440
Factor7 - Informação e Análise		3,01	0,67	2,91	0,54	0,530	0,597
Total EPGQE		64,87	12,47	63,87	11,42	0,292	0,771

* Significativo para $p \leq 0,01$

2.6. OS CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM EM FUNÇÃO DA SUA OBSERVAÇÃO.

Ao aplicar-se a Correlação de Pearson aos conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem (ECPGQE), em função da observação das práticas de gestão da qualidade em enfermagem (EPGQE), observou-se (Quadro 21) que a correlação é positiva e estatisticamente muito significativa tanto para o total das escalas como para os factores da ECPGQE com o total da EPGQE.

As correlações mais fortes verificam-se entre os totais das escalas ($r=0,89$; $p\leq 0,01$).

Estes resultados indiciam que os alunos com mais conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem observam mais frequentemente as práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

A necessidade de aumentar o conhecimento para as práticas de gestão de qualidade é preconizada no Programa do XVII Governo Constitucional, PORTUGAL, (2005) para a formação dos recursos humanos na área; por DAGGET, BUTTIS e SMITH (2002), que considera que a disciplina deve acolher a melhoria contínua e um conjunto de qualificações para o sucesso da prática de enfermagem no século 21 e LIN e outros (2007) que evidencia um conjunto de competências a desenvolver para a gestão da qualidade em enfermagem. Verificando-se que a sua observação se correlaciona positivamente com o conhecimento, evidencia-se a necessidade de orientar os alunos para a observação e reflexão sobre estas práticas durante o ensino clínico, o que vai ao encontro das propostas de vários autores:

- SHERMAN E BISHOP (2007) que sugerem que a gestão seja explorada nos ensinos clínicos e os comportamentos de gestão sejam avaliados como parte da competência clínica
- TEELEY e outros (2006) e KYRKJEBO (2006) que defendem a incorporação de conceitos e práticas de melhoria da qualidade na formação dos estudantes de enfermagem e a sua inclusão nos seus projectos durante o ensino clínico, pela dificuldade de os colocar em prática.
- NEWHOUSE e outros (2005) que consideram importante o desenvolvimento da prática baseada na evidência, durante o ensino clínico e a análise de procedimentos de enfermagem e elaboração dos jornais pelos estudantes.

Quadro 21 – Matriz de correlações de Pearson entre os factores e totais das ECPGQE e EPGQE

	RI	GAT	PEC	MM	TotalC	GR	CSC	CP	B	FP	EO	IA	TotalP
RI	1												
GAT	0,48**	1,00											
PEC	0,54**	0,53**	1,00										
MM	0,48**	0,47**	0,53**	1,00									
TotalC	0,43**	0,35**	0,30**	0,21*	1,00								
GR	0,32**	0,25**	0,10	0,14	0,79**	1,00							
ASC	0,38**	0,34**	0,21*	0,19	0,64**	0,62**	1,00						
CP	0,33**	0,23*	0,13	0,05	0,72**	0,52**	0,56**	1,00					
B	0,35**	0,14	0,04	0,16	0,30**	0,38**	0,43**	0,22	1,00				
FP	0,23*	0,41**	0,37**	0,15	0,59**	0,29**	0,33**	0,26**	0,19	1,00			
EO	0,23*	0,29**	0,30**	0,24*	0,68**	0,48**	0,51**	0,40**	0,31**	0,43**	1,00		
IA	0,49**	0,21*	0,20*	0,23*	0,59**	0,47**	0,54**	0,37**	0,26**	0,21*	0,39**	1,00	
TotalP	0,47**	0,37**	0,25**	0,23*	0,89**	0,82**	0,86**	0,71**	0,54**	0,50**	0,71**	0,66**	1,00

* Significativo para $p \leq 0,05$; ** Significativo para $p \leq 0,01$

Legenda:

RI – Referenciais e instrumentos (F1 da escala do conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

GAT – Gestão do ambiente terapêutico (F2 da escala do conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

PEC – Prática com evidência científica (F3 da escala do conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

MM – Monitorização e Melhoria (F4 da escala do conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

TotalC – Total da escala do conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem

GR – Gestão do risco (F1 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

CSC – Controlo da satisfação dos clientes (F2 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

CP – Controlo do processo (F3 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

B – Benchmarking (F4 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

FP – Focalização nas pessoas (F5 da práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

EO – Envolvimento dos clientes e Organização do processo (F6 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

IA – Informação e análise (F7 da escala das práticas de gestão da qualidade em enfermagem)

TotalP - Total da escala das práticas gestão da qualidade em enfermagem

2.7 - CONHECIMENTOS PARA AS PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE EM ENFERMAGEM EM FUNÇÃO DO HOSPITAL ONDE ESTAGIOU

No quadro 22 pode-se observar que, em média, quem referiu ter estagiado em hospital em processo de acreditação revelou uma autoavaliação dos conhecimentos mais elevada, mas as diferenças não são estatisticamente significativas para o total da escala ($t=0,195$; $p=0,846$), nem para os factores, com excepção do factor 3 - *Prática com Evidência Científica* ($t=-2,184$; $p=0,031$).

Estes resultados sugerem que, em média, não há diferenças nos conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade, entre os alunos que estagiaram num hospital em processo de acreditação e os que não estagiaram, pelo que não se confirma a influência do hospital no conhecimento destas práticas. No

entanto, os alunos que não estagiaram em hospitais em processo de acreditação, em média, revelaram mais conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem relacionadas com a prática com evidência científica (Factor 3) mais positiva, do que os alunos que estagiaram em hospitais em processo de acreditação, com diferenças estatisticamente significativas ($t = -2,184$; $p = 0,031$).

Como não se conhecem outros estudos para comparar, sugere-se um estudo para a identificação dos factores que influenciaram esta diferença.

Quadro 22 - Médias e desvios padrão observadas nos itens, factores e no total da ECPGQE, em função hospital onde estagiou, e resultados do teste *t-Student* para grupos independentes

		Estagiou em hospital em Acreditação (N=92)		Não estagiou em hospital em Acreditação (N=15)			
Descrição do item		M	DP	M	DP	t	P
1	Utilização de métodos estatísticos para controlar a qualidade	2,75	0,79	3,13	0,64	-1,777	0,078
5	Ferramentas da qualidade	2,95	0,83	2,87	0,83	0,341	0,733
7	Indicadores de qualidade em enfermagem	3,13	0,78	3,47	0,74	-1,554	0,123
10	Sistema de classificação de doentes segundo o grau de dependência	3,28	1,13	3,60	0,91	-1,031	0,305
11	CIPE	2,90	1,10	3,60	0,91	-2,328	0,022*
14	Auditorias em enfermagem	2,48	0,90	2,60	0,74	-0,499	0,619
17	Uso do <i>benchmarking</i> (comparar as práticas com as instituições líderes, ou peritas no assunto) para implementação de melhorias	2,38	1,00	2,47	0,83	-0,315	0,753
Factor 1 - Referenciais e Instrumentos		2,83	0,68	3,10	0,47	-1,491	0,139
13	Políticas e planos de saúde	3,24	0,83	3,20	0,68	0,173	0,863
15	Gestão do risco	2,99	0,83	3,07	0,88	-0,332	0,741
16	Gestão de recursos	3,15	0,89	3,13	0,74	0,084	0,933
Factor 2 - Gestão do Ambiente Terapêutico		3,13	0,70	3,13	0,59	-0,008	0,994
2	Metodologias de investigação	3,58	0,63	4,00	0,93	-2,241	0,027*
3	Elaboração de normas baseadas na evidência científica	3,36	0,70	3,47	0,92	-0,527	0,599
4	Método de resolução de problemas	3,18	0,69	3,40	0,83	-1,083	0,281
6	Trabalho em equipa	4,14	0,67	4,53	0,64	-2,107	0,038*
13	Bases de dados científicas	3,13	0,88	3,53	1,06	-1,597	0,113
Factor 3 - Prática com Evidência Científica		3,48	0,48	3,79	0,67	-2,184	0,031*
8	Avaliação do desempenho	3,20	0,81	3,53	0,83	-1,487	0,140
9	Desenvolvimento de processos de melhoria	3,15	0,84	3,13	0,74	0,082	0,935
Factor 4 - Monitorização e Melhoria		3,18	0,76	3,33	0,75	-0,721	0,473
Total ECPGQ		48,83	7,91	48,40	7,36	0,195	0,846

* Significativo para $p \leq 0,05$

3. CONCLUSÃO

Acreditando na importância da formação dos alunos na gestão de serviços de enfermagem e mais concretamente na gestão da qualidade em enfermagem, realizou-se este estudo correlacional, entre o conhecimento para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem, que os alunos do 4.º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem diziam possuir, e a frequência com que observaram essas práticas em ensino clínico.

Este estudo comporta algumas limitações, pelo que os resultados e as conclusões devem ser interpretadas com as reservas impostas por estes tipos de estudo. De entre estas limitações destaca-se o facto de a amostra ser por conveniência e limitada a uma escola, não permitindo que os dados sejam extrapolados para outra população (HILL e HILL, 2002).

Também o facto de se ter utilizado um questionário com perguntas fechadas e exclusivamente metodologia quantitativa limitou a informação. A opção por uma investigação que limita a explicação dos resultados a um único momento, não permite analisar o que aconteceu ao longo do Curso. No entanto, como foi realizada no final do Curso de Licenciatura permitiu uma avaliação retrospectiva pelos alunos.

Procurou-se rigor nos procedimentos metodológicos, nomeadamente, na formulação dos critérios de inclusão dos sujeitos na amostra, na recolha de dados e nos estudos psicométricos dos instrumentos, para uma maior fiabilidade dos resultados. Perante os resultados, e tendo em conta as limitações apontadas, obtiveram-se as seguintes conclusões:

- Todos os Modelos de Gestão da Qualidade foram identificados pelos alunos do 4.º Ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo a Acreditação Joint Commission a mais conhecida de nome (95,33% dos alunos) e de conteúdo (32,71% dos alunos).
- Dos Referenciais de Enfermagem para a implementação da qualidade apresentados, o Código Deontológico do Enfermeiro foi o mais conhecido (87,85%) seguido do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (83,18%) e da Carta dos Direitos e deveres dos Doentes (82,24%). Todos são

desconhecidos para alguns alunos, entre os quais, o Regulamento da Avaliação do Desempenho (71,03%), os Padrões de Qualidade (68,22%), a Carreira de Enfermagem (57,01%) e as Competências do Enfermeiro (52,34%).

- O conhecimento para as práticas da gestão da qualidade em enfermagem obteve pelos alunos uma pontuação média positiva ($M=48,77$; $DP=7,80$), distante do score máximo esperado (85 pontos) e com diferenças nas pontuações médias dos factores. Os conhecimentos relacionados com a prática com evidência científica foram os que tiveram maior pontuação média. Sendo uma prática fundamental para a qualidade em enfermagem, é de salientar o papel da Escola para este facto. Seguiram-se, respectivamente, os conhecimentos relacionados com a monitorização e melhoria, gestão do ambiente terapêutico e com os referenciais e instrumentos de qualidade.

- Durante o ensino clínico os estudantes observaram práticas de gestão da qualidade em enfermagem, com um score médio, para o total da escala, positivo ($M=64,73$; $DP=12,28$) para um máximo possível de 120 pontos e com diferenças nas pontuações médias dos factores. As práticas de gestão da qualidade em enfermagem relacionadas com o envolvimento do cliente e organização do processo foram, em média, as que mais pontuaram. Seguiram-se, respectivamente, as práticas de gestão da qualidade em enfermagem relacionadas com a focalização nas pessoas, com a informação e análise, com controlo do processo, com o uso de *Benchmarking*, com o controlo da satisfação dos clientes e por último as relacionadas com a gestão do risco.

- Os alunos com mais conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem observam mais frequentemente as práticas de gestão da qualidade em enfermagem durante o ensino clínico.

- Em média, não há diferenças nos conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem, entre os alunos que estagiaram num hospital em processo de acreditação e os que não estagiaram, pelo que não se confirmou a influência do hospital no conhecimento destas práticas. No entanto, os alunos que não estagiaram em hospitais em processo de acreditação, em média, revelaram mais conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade relacionadas com a prática com evidência científica.

Apesar das limitações apontadas a este estudo, pensa-se que poderá ter alguns contributos para a formação dos alunos, investigações futuras e

desenvolvimento da profissão.

Formação dos alunos

A Escola assegura a formação dos alunos para a gestão da qualidade em enfermagem mas tem necessidade de avaliar o currículo escolar, nomeadamente a nível dos referenciais, métodos e técnicas da gestão da qualidade em enfermagem e da gestão do ambiente terapêutico, onde se inclui a gestão do risco.

A formação em gestão da qualidade em enfermagem deve ter uma componente de ensino clínico em projecto conjunto com a prestação de cuidados.

A escala elaborada pode permitir uma futura monitorização da formação, nesta área, e a implementação de melhorias.

Investigações futuras.

A escala elaborada poderá ser melhorada com a inclusão de outros itens e validade com uma população de alunos extensível a outras escolas, tornando-se um instrumento útil a outras investigações.

Os resultados indiciam a pertinência de estudos em diversas áreas:

- Identificar os factores contextuais dos ensinamentos clínicos que influenciam a formação dos alunos
- Identificar a relevância da escola na aquisição dos conhecimentos para as práticas de gestão da qualidade.
- Monitorizar as práticas de gestão da qualidade de enfermagem durante os ensinamentos clínicos.
- Analisar estratégias de aprendizagem de práticas de gestão da qualidade em enfermagem.

Desenvolvimento da profissão

Com a análise dos conhecimentos dos alunos para as práticas de gestão da qualidade em enfermagem e a implementação de melhorias nas áreas identificadas assegura-se uma melhor formação do enfermeiro para gerir a qualidade em enfermagem e a intervir mais activamente nos projectos de implementação de sistemas de qualidade nas organizações.

A interiorização de conceitos e métodos de melhoria da qualidade em enfermagem nos currículos dos estudantes, permite-lhes uma visão de melhoria contínua e uma cultura de qualidade, essenciais para a prestação de melhores cuidados e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem, em que a escola tem um papel e uma responsabilidade fundamentais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTÓNIO, Nelson Santos; TEIXEIRA, António – **Gestão da Qualidade – De Deming ao Modelo de Excelência da EFQM**. 1.ª ed. Lisboa: Silabo, 2007. ISBN: 978-972-618-447-8.

BANK, John - **Qualidade Total: Manual de Gestão**. Trad. Francisco de Oliveira Faia. 2.ª ed. Mem Martins: Edições Cetop, 1998.

BENGOA, Rafael e outros – **Quality of care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems**. World Health Organization, 2006.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM .**La enfermería importa: Indicadores de los resultados logrados por la enfermería**. 2007. Acessível em: http://www.icn.ch/matters_indicatorsp.pdf

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Accretitation**. 2007 Acessível em: www.icn.ch/matters_credentialingsp.htm

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Gestión de los servicios de enfermería y atención de salud**. 2000. Acessível em: <http://www.icn.ch/psgestion00sp.htm>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Investigación de enfermería**. 1999. Acessível em: <http://www.icn.ch/psresearch99sp.htm>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Promover el valor y la relación costo-eficacia de la enfermería**. 2001 Acessível em: [www.icn/policysp.htm](http://www.icn.ch/policysp.htm)

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM. **Seguridad de los pacientes**. 2002. Accesible em: <http://www.icn.ch/pspatientsafesp.htm>

CRAIG, Jean V; SMYTH, Rosalind L; MULLALLY, Sarah - **Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros**. Trad. Maria Julieta Sampaio. Loures: Lusociência, 2004.. ISBN 972-8383-61-4.

CROSBY, Philip B. – **Quality is Free**. New York: New York Press, 1979.

DAGGET, Luann M.; BUTTS, Janie B.; SMITH, Kandy K. - **The Development of an Organizing Framework to Implement AACN Guidelines for Nursing Education**. Journal of Nursing Education; vol. 41, n.º1 (January 2002), p. 34-37.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS DE 10 DE DEZEMBRO DE 1948. Diário da República I Série. N.º57 (78-3-9), p.489-491.

Decreto-Lei n.º 125/2004 de 31 de Maio. Diário da República I Série A. N.º127 (2004-05-31), p.2959-2962 (Cria o Instituto Português de Acreditação, I. P. (IPAC))

DECRETO-LEI n.º 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República I Série A. N.º205 (96-9-4), p.2959-2962. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros,

DECRETO-LEI n.º 353/99 de 3 de Setembro. Diário da República I Série B. N.º206 (99-9-3), p.6198.

DECRETO-LEI n.º 437/91 de 8 de Novembro. Diário da República I Série A. N.º257 (91-11-8), p.5723-5741. (Aprova o regime legal da Carreira de Enfermagem)

DEMING, W.Eduards – **Out of the Crisis**. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

DIAS, Maria de Fátima Pereira Batista - **Construção e validação de um inventário de competências: contributos para a definição de um perfil de competências do Enfermeiro com o Grau de Licenciado**. Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-14-3.

Dicionário de Língua Portuguesa. Infopédia: Porto Editora.2007. Acessível em:

<https://www.infopedia.pt/diciope.jsp?VerbID=217718&dicio=0&op=Definicao&Entrada=prática>

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT (EFQM) - **Introdução à Excelência**. Bruxelas: Brussels Representative Office, 2003. ISBN 90-5236-000-0.

FEIGENBAUM, Armand V. - **Total Quality Control**. 3.^a ed. Revista. Singapore: McGraw-Hill Book, 1991. ISBN 0-07-112612-0.

GARVIN David A. - **Competing on the dimensions of quality**. Havard Business Review. Vol.65, n.º6, (1987), p. 101-109.

GOWEN, Charles R. e outros - **Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control**. Journal of Operations Management Vol.24, n.1 (2006), p. 765-778.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew – **Investigação por Questionário**. 2.^a ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2002. ISBN 972-618-273-5.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE - **Avaliação do impacte da Acreditação nos profissionais de saúde**. Qualidade em Saúde. n.º11 (2004), p. 10-14.

INSTITUTO DA QUALIDADE EM SAÚDE - **Projectos de qualidade nos Hospitais**. Qualidade em Saúde. (Separata) n.º8 (2003),p. 1-12.

JOINT COMMISSION - **Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook (CAMH). Revisions to Nursing Chaper**. Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations, 2007. [Acedido a 10 de Abr. de 2007]. Disponível na internet: <https://WWW.jcrinc.com/14470/>.

JURAN, J. M - **Juran on planning for quality**. New York: the Free Press, 1988.

KYRKJEBØ, J. M.; HANSEN, T.A.; HAUGLAND, BO - **Introducing quality improvement to pre-qualification nursing students: evaluation of an experiential programme**. Quality in Health Care. Vol. 10, n.º4 (2001), p. 204-210.

KYRKJEBØ, Jane Mikkelsen - **Teaching Quality Improvement in the Classroom and Clinic: Getting it Wrong and Getting it Right**. Journal of Nursing Education. Vol.45, n.º3 (2006), p. 109-116.

LAI, Mei-Chiao - **An Investigation into the Relationship between Total Quality Management Practice and Performance in a Taiwan Public Hospital**. Austrália: [s.n.], 2003. Thesis doctor of Philosophy, School of Business and Informatics, Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University.

LEI n.º27/2002 de 8 de Novembro. Diário da República I Série – A. N.º 258 (2002.11.8), p.7150-7154.

LIN, Li-Min e outros - **Management Development: A study of Nurse Managerial Activities and Skills**. Journal of Healthcare Management. Vol.52, n.º3 (2007), p. 156-169.

MAHONEY, Janet - **Leadership skills for the 21st century**. Journal of Nursing Management. n.º9 (2001), p. 269-271.

MAYCOCK, Bruce; HALL, Sonja E - **Bridging the gap: integrating quality management into health promotion practice**. Promotion & Education. Vol. 12, n.º1 (2005), p. 7-12.

NATIONAL INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY - **Health Care Criteria for Performance Excellence**. Gaithersburg: Baldrige National Quality Award Excellence, 2007. Acessível em: www.baldrige.nist.gov/eBaldrige/Step_One.htm

NAVEH, Eitan; STERN, Zvi -. **How quality improvement programs can affect general hospital performance**. Internacional Journal of Health Care Quality Assurance. Vol.18, n.º4 (2005), p. 249-270

NEWHOUSE, Robin e outros - **Evidence-based practice: A practical approach to implementation**. Journal of Nursing Administration. Vol.35, n.º1 (2005), p. 53-40.

NP EN ISO 9001:2000. 2001, Certificação. **Sistemas de gestão da qualidade. Requisitos**. Lisboa: IPQ.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

PENZ, K. L.; BASSENDOWSKI, S. L. - **Evidence-Based Nursing in Clinical Practice: implications for Nurse Educators**. The Journal of Continuing Education in Nursing. Vol.37, n.º6 (2006), p. 250-254.

PIRES, António Ramos – **Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade**. 2.ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2000. ISBN 972-618-219-0.

PISCO, Luís - **Balanço de seis anos de IQS**. Qualidade em Saúde. N.º 12 (2005), p. 2-11.

PISCO, Luís - **IQS uma referência, um parceiro credível**. Qualidade em Saúde. N.º6 (2002), p. 4-11.

PISCO, Luis - **Perspectivas sobre a qualidade na saúde**. Qualidade em Saúde. N.º5 (2001), p. 4-6.

PORTARIA n.º 799-D/99. Diário da República I Série B. N.º219 (99-9-18), p.6510(2)-6510(3).

PORTUGAL, Governo da República Portuguesa - **Programa do XVII Governo Constitucional. 2005-2009**. 21/5/2005. Acessível em: http://www.portugal.gov.pt/Portal/PT/Governos/Governos_Constitucionais/GC17/Programa/.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. **Carta dos direitos e deveres dos doentes**. Acessível em: <http://www.dgs.pt>.

PORTUGAL. Gabinete de Gestão do Saúde XXI - **Relatório de Execução de 2005 do Programa Operacional Saúde XXI**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006. Acessível em: <http://www.saudexxi.org/upload/membro.id/ficheiros/i007299.pdf>.

REEVES, Carol A; BEDNAR, David A. - **Defining quality: Alternatives and implications**. Academy of Management Review. Vol.19, n.º3 (1994). p. 419-496. Acessível em: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=2650&Fmt=36clientId=13656&RQT=309&VName=PQD>

REIS, Fernando - **O Modelo de Excelência da EFQM: Uma Ferramenta para a Excelência da Gestão**. Qualidade em Saúde. n.º9 (2001), p.38-41.

RIBEIRO, José Luis Pais – **Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde**. 1.ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-44-5

RUIZ, Ulises - **Quality management in health care: a 20-year journey**. International of Health Care Quality Assurance. Vol.17, n.º6 (2004), p. 323-333.

SALE, Diana. **Garantia da qualidade nos cuidados de Saúde. Para os profissionais da equipa de saúde. 1.ª ed.** Lisboa: Pincipia Publicações Universitárias e Científicas, 2000. ISBN 972-97457-6-5.

SHERMAN, Rose O.; BISHOP, Mary - **The Role of Nurse Educators in Grooming Future Nurse Leaders.** Journal of Nursing Education. Vol.46, n.º7 (2007), p. 295-296.

SIDANI, Souraya; DORAN, Diane M; MITCHELL, Pamela H. - **A Theory-Driven Approach to Evaluating Quality of Nursing Care.** Journal of Nursing Scholarship. Vol. 36, n.º1 (2004), p.60-65.

SILIMPERI, Diana R.; ZANTEN, Tisna Veldahuyzen e FRANCO, Miller Lynne – **Framework For Institutionalizing Quality Assurance in Evidence-Based Practice Manual: Research and Outcome Measures in Health and Human Services** (online). Oxford University Press USA 2004. [Acedido a 19 de Abril de 2007]. Disponível na Internet: <http://www.myilibrary.com/Browse/open.asp?ID=70411&loc=cover>.

SILVA, José Orlando - **Qualidade em serviços públicos.** Qualidade em Saúde. n.º5 (2001), p. 8-9

STREINER, D. L.; NORMAN, G.R. – **Health measurement scales – a prattical guide to development and use.** London: Oxford Medical Publications, 1989.

TEELEY, Karen H.; e outros - **Incorporating Quality Improvement Concepts end Praticce into a Community Health Nursing Course.** Journal of Nursing Education. Vol.45, n.º2 (2006), p. 86-90.

TWIBELL, Renee; RYAN, Marilyn; HERMIZ, Mary - **Faculty Perceptions of Critical Thinking in Student Clinical Experiences.** Journal of Nursing Education. Vol.44, n.º2 (2005), p.71- 79.