

MÉTODOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

José dos Santos Costa *

A prestação de cuidados insere-se no seio de uma constelação de fenómenos e acontecimentos. As características da maioria das instituições de saúde, as estruturas de organização, as múltiplas fontes de poder, os valores quantitativos centrados na produtividade tornaram-se, com a marcha do tempo, inadaptados ao crescimento e ao desenvolvimento da organização dos cuidados de saúde. Numerosos sinais se fizeram sentir. Os recursos financeiros insuficientes, o pessoal desmotivado e insatisfeito, as taxas de absentismo e de mobilidade crescentes e o esgotamento do pessoal que cuida caracterizaram os nossos serviços de saúde custosos, mas desumanizados, centrados na técnica e na doença. Esqueceu-se a pessoa, o cliente, a família e o enfermeiro que cuida.

Então, quais são os ambientes que podem promover o respeito e a dignidade das pessoas, assim como o compromisso e a presença dos enfermeiros ao lado das pessoas que vivem experiências de saúde? Quais são os cuidados que favorecem os processos interactivos e terapêuticos dirigidos a manter, recuperar e promover a saúde? Quais são os métodos de prestação de cuidados que, ao mesmo tempo, podem assegurar a melhoria da qualidade do cuidado e a vitalidade da organização?

A conquista da autonomia e a procura de níveis cada vez mais elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afectam os enfermeiros de todo o mundo e têm-nas motivado para a exploração de vias alternativas, onde surgem novas Concepções de cuidados de enfermagem e de novos modelos de organização da prestação dos mesmos cuidados. Esta preocupação tem-se manifestado ao longo dos anos, dando origem a uma evolução contínua, a partir da segunda metade do séc. XIX, como se pode verificar resumidamente no quadro seguinte (Quadro 1). Os modelos tradicionais de organização de cuidados de enfermagem foram-se enriquecendo com novas concepções orientadas para a pessoa. É que, a boa prestação de cuidados implica uma componente de humanização - não é a pura satisfação de um direito formal; à competência técnica deve associar-se o cuidado humano (componente moral) e o cuidado social (Jorge e Simões, 1995). Estaremos, assim, segundo os mesmos autores, a enveredar, objectivamente, por uma qualidade global “ conjunto de actividades em prática, para favorecer e manter um elevado nível de excelência, resultante da interacção entre humanização (qualidade humana no relacionamento e

* Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Viseu

atendimento) e excelência técnica (qualidade e segurança na prestação de cuidados) “ (p.291). Os parâmetros quantitativos conhecidos como carga de trabalho, a determinação dos efectivos, o rácio custo - eficácia tornaram-se insuficientes para conseguir estes objectivos, em alguns modelos de prestação de cuidados de enfermagem. Destes, como sejam, o método funcional, individual, em equipa e por enfermeiro responsável, caracterizá-los-emos seguidamente.

Quadro 1 - As mudanças nos métodos de prestação de cuidados

1860 ⇒ cuidados = trabalho (sem formação)	⇒ Cuidados funcionais
1865/1930 ⇒ Cuidado = ofício	⇒ Cuidados individualizados
1930/1960 ⇒ Cuidados = ofício reconhecido (formação obrigatória)	⇒ Cuidados centrados sobre o doente (sistema de quartos)
1960/1990 ⇒ Cuidados = profissão (desenvolvimento da profissão)	⇒ Cuidados em equipa (sistema misto)
1990/2000 ⇒ Cuidados = Profissão autónoma (nova concepção dos cuidados)	⇒ Cuidados com enfermeiro de referência (responsabilidade completa)

Fonte: Muggler, Elisabeth. “ Primary Nursing “. Soins Infirmiers, Krankenplege 2 / 92,1

Cuidados de enfermagem funcionais - consistem num modo de organização em que o processo global de trabalho é parcelarizado em tarefas, e em que cada trabalhador é responsabilizado pela concretização de parte dessas tarefas, que estão previamente definidas e padronizadas quanto à sua sequência e execução (Lopes, 1995). É uma estrutura de tarefas que requer a execução repetida de actividades simples com vários clientes e um desempenho rápido e eficiente de acções de enfermagem (puras técnicas) (Boekholdt, 1979). O princípio taylorista da parcelização das diferentes actividades comportadas pelo trabalho de enfermagem é, assim, o valor central de estruturação deste modelo. As “missões” são divididas entre os membros da equipa de acordo com a descrição da tarefa e quantidade de trabalho a realizar durante o turno (Kron e Gray, 1989). Logo, a divisão do trabalho origina que cada membro da equipa esteja mais afecto a tarefas do que a doentes o que torna vulgar a fragmentação dos cuidados (Pinheiro, 1994). A ênfase é “*fazer com que seja feito*”, levando a enfermagem

funcional a ser descrita como método de atendimento tipo “*linha de montagem*” (Kron e Gray, 1989) no qual, o enfermeiro não é directamente responsável pela concretização de um processo de trabalho, mas tão-somente pela concretização de tarefas atomizadas, que lhe requerem, no essencial, competências de natureza executiva (Lopes, 1995). Esta atomização é visível na própria gíria profissional utilizada pelos enfermeiros quando descrevem os seus actos de trabalho: «fazer as higiènes», «preparar a medicação», «fazer a mudança dos soros», «fazer as mudanças de terapêutica», «fazer os pensos», etc. Tem como consequência reduzir e ocultar os espaços de indeterminação do trabalho de enfermagem. É que, apesar desses espaços estarem presentes, isto é, apesar do trabalho dos enfermeiros requerer, níveis de interpretação e decisão dos enfermeiros que vão além da execução das tarefas que lhe foram distribuídas, essa dimensão não é objectivamente valorizada como trabalho (Lopes, 1995).

O enfermeiro “prestador de cuidados” somente presta informação sobre a particularidade de um tratamento, isto é, a complexidade do trabalho restringe-se, neste método, às competências gestuais de execução, de maior ou menor technicalidade. A technicalidade é muito mais importante do que a interacção com o cliente (Boekholdt, 1979). Não é potenciado, portanto, o trabalho de natureza analítica e interpretativa. É neste sentido, que este modelo de organização de trabalho não é gerador de condições que tornem pertinentes novas competências.

A distribuição da tarefa pode não envolver a situação clínica do cliente nem a experiência ou a capacidade do enfermeiro que realiza o atendimento, indo de encontro ao que Chauvenet (1972) designa de “confusão de tarefas”, já que a sua forma de parcelização não corresponde a nenhuma especialização. Tornando-se, portanto, impossível a atribuição de responsabilidades (como, por exemplo, erros e omissão de cuidados), uma vez que o nível de imputabilidade é extremamente baixo (Munson e Clinton, 1979).

Trata-se de um modelo no qual a concretização das tarefas assume a finalidade primordial do trabalho de cada enfermeiro. Parte-se das tarefas para padronizar as necessidades dos doentes e não dos doentes para a definição das tarefas. O doente, esse, torna-se tão-somente o «lugar» em que são realizadas as tarefas (Lopes, 1995). Desloca-se o doente do centro, da atenção, para a periferia. O doente é evocado como o centro do seu trabalho, pelos enfermeiros, mas objectivamente, cada enfermeiro no final do turno não tem a percepção de ter cuidado um dado número de doentes, mas sim de ter feito, «várias picadas», «várias alterações de medicação», etc.

As prescrições médicas e os procedimentos necessários à execução dessas prescrições, juntamente com a administração de cuidados físicos de rotina, recebem a prioridade (Kron e Gray, 1989). Por isso, os clientes sentem muitas vezes uma diminuição de interesse humano durante a sua estada no hospital (Boekholdt, 1979).

Os cuidados resultam económicos e podem ser aplicados em unidades de cuidados muito diferentes, tanto em contexto, como quanto às características dos clientes e gravidade da sua situação. Tem sido, no entanto, um método muitas vezes rejeitado por provocar a fragmentação dos cuidados (Pinheiro, 1994).

É enfermeiro chefe que detém a autoridade, é ele que “*puxa todos os cordelinhos*” (Boekholdt, 1979). Assim, este modelo está associado a um tipo específico de autoridade, que se insere na categoria designada por Coser (1991) como “estrutura fechada”, e que se caracteriza pela centralidade conferida à chefia de enfermagem na coordenação do trabalho e na tomada de decisões.

Cuidados de enfermagem individuais - baseiam-se no conceito de cuidado global e implicam afectação de um enfermeiro a um único cliente ou mais do que um, se a “carga de trabalho” o permitir (Pinheiro, 1994). O atendimento não é fragmentado durante o tempo em que o enfermeiro está de serviço. A totalidade dos cuidados é prestada pela enfermeira afecta ao doente, embora não possa ser coordenado de um turno para o outro, ou de um dia para o outro, por ocorrerem alterações nas designações das tarefas e porque o número de doentes atendidos por um enfermeiro pode variar (Kron e Gray, 1989). A organização global dos cuidados em face das necessidades de um doente depende da propensão do enfermeiro em privilegiar o doente ou a tarefa e a avaliação dos resultados assenta principalmente nos objectivos visados e no tempo disponível (Pinheiro, 1994). A responsabilidade de todos os cuidados é de um enfermeiro em particular, que avalia e coordena os cuidados (Kron e Gray, 1989), embora haja quem precise que a responsabilidade última é do enfermeiro responsável pela unidade (Marriner e Tomey, 1988). Segundo Pinheiro, (1994), o enfermeiro chefe é responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados, e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo.

Cuidados de enfermagem em equipa – Foi criada com o objectivo de reunir pequenas parcelas de conhecimentos e informações num todo (Kron e Gray, 1989), onde a assistência é minuciosamente guiada e supervisionada por um enfermeiro que é líder (Humphris, 1988). Payne (1982) afirmou que se conseguirmos pessoas para trabalharem juntas, elas criarão mais do que alguma vez conseguiriam se trabalhassem sós. Como escreveu Dingwall (1980), a equipa pode ser definida como um meio para a acção concertada. Ou seja, refere Koerner, Cohen e Armstrong (1986), trabalhar em colaboração é o respeito mútuo pelas dificuldades e um sentido de responsabilidade compartilhado para completar o trabalho que os juntou; desenvolver um caminho de cooperação que dê aos enfermeiros uma tarefa mais completa, com mais responsabilidades no seu trabalho, e torná-los mais aptos para interagir com os clientes.

A assistência é centrada no cliente e implementada por reuniões diárias de equipa, nas quais todos discutem as necessidades de cada cliente e imaginam maneiras de atendê-las (Kron e Gray, 1989). Os cuidados passam, sem cessar, da fragmentação à continuidade. Assenta nos pressupostos de que todo o cliente tem o direito de receber o melhor atendimento possível com a equipa; é fundamental o planeamento de cuidados; todo o pessoal de enfermagem tem o direito de receber ajuda para fazer o seu trabalho; um grupo de responsáveis pelos cuidados, sob a liderança de um enfermeiro, pode proporcionar o melhor atendimento aos clientes do que trabalhando individualmente (Kron e Gray, 1989).

O líder de equipa, responsável interno, normalmente é designado de entre os enfermeiros com maior categoria, maior antiguidade no serviço, e que embora não corresponda a nenhuma categoria oficialmente estabelecida, é uma distinção internamente reconhecida e valorizada, que se traduz num relativo acréscimo de autoridade técnica e social na gestão das situações de trabalho (Lopes, 1994). Cabe-lhe, por exemplo, planificar a distribuição dos cuidados, afectando os clientes aos diversos membros da equipa, segundo as suas competências, sendo os cuidados concebidos para otimizar as competências do pessoal em todos os níveis hierárquicos e assegurar a sua rentabilidade (Pinheiro, 1994); tomar decisões face a discordâncias de ordem técnica ou organizacional que ocorram entre os enfermeiros da sua equipa perante uma situação concreta; ou fazer face à coordenação do trabalho de enfermagem nas situações de emergência.

O líder da equipa tem a responsabilidade dos cuidados, assumindo primordial importância o desenvolvimento das suas capacidades de liderança, controlo e técnicas de supervisão, de forma a ajudar a equipa a conhecer as suas obrigações e a executá-las com o melhor da sua capacidade. Para isso, deve manter-se o plano de cuidados actualizado, proporcionando um meio de comunicação necessário à continuidade da assistência bem como fornecer elementos ao líder da equipa, que lhe permitam supervisionar e seleccionar os conteúdos a ensinar aos membros da equipa (Kron e Gray, 1989). Os enfermeiros que são confrontados com os problemas dos clientes podem trazê-los para os outros membros da equipa, para serem discutidos e solucionados (Boekholdt, 1979).

O enfermeiro chefe delega funções, de modo criterioso, mantendo alguma sob a sua responsabilidade e que afectam muito o funcionamento da enfermagem, tais como: determinar os padrões de desempenho esperados no pessoal de enfermagem; ajudar os membros da equipa a concretizar os objectivos da unidade de cuidados; dar ao líder da equipa oportunidade e auxílio para o desenvolvimento da sua capacidade de liderança / controlo; integrar novos enfermeiros no funcionamento da enfermagem em

equipa; motivar os enfermeiros para a melhoria dos cuidados; manter abertos os canais de comunicação com todos os membros da equipa (Kron e Gray, 1989).

O poder decisório está descentralizado. Revela-se sob este modelo uma estrutura de autoridade correspondente à classificação utilizada por Coser (1991) de “autoridade flexível”. De facto, não obstante manter-se uma hierarquia de autoridade, esta é sucessivamente delegada a escalões intermédios e de base, descentralizando-a sua concentração da figura da chefia de enfermagem, o que configura uma relativa autonomia de cada enfermeiro.

Cuidados de enfermagem por enfermeiro responsável (de referência ou enfermagem primária) - designados na forma original por “Primary Nursing” (Manthey, 1968 citado por Castledine) respeitam o conceito de cuidados individualizados. Cada cliente está associado com um enfermeiro primário que possui responsabilidade e é responsável pelos cuidados totais, vinte e quatro horas por dia, durante todo o internamento. Assim, a enfermagem primária garante por si própria a avaliação da performance individual, a mensuração do desempenho, a avaliação individual dos efeitos dos cuidados e a responsabilidade que é fixa (Pearson, 1988).

O principal objectivo é a humanização dos cuidados e a principal característica distintiva face a todas as outras, é a descentralização das tomadas de decisão, o que implica o reconhecimento, por parte da administração, do direito das enfermeiras que prestam cuidados, de tomarem as decisões necessárias para assegurarem a qualidade (Dionne; Moussette; Serralheiro; Struelens-Galant, 1987). A “hova enfermagem” (Salvage, 1990) demonstra o valor, essencialmente da prática de enfermagem, em termos dos seus efeitos nos resultados dos clientes.

A decisão está descentralizada, mas a responsabilidade só pode ser assumida pelo enfermeiro verdadeiramente preparado para a tomada de decisão (Pinheiro, 1994), devendo o enfermeiro chefe desenvolver um padrão de cuidados que permita aos enfermeiros assumir uma responsabilidade mais personalizada, cuidando menos clientes, dispensando-lhes cuidados mais coordenados (Castledine, 1988).

O foco de enfermagem é o cliente pretendendo-se que receba cuidados individualizados de alta qualidade, nos quais participem tão activamente, quanto possível (Pinheiro, 1994). Para isso, fica a cargo de um único enfermeiro qualificado e sob a sua responsabilidade permanente, idealmente desde a admissão até à alta, vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana. Mas como este enfermeiro, designado por «enfermeiro de referência», não pode evidentemente estar sempre de serviço, trabalha em associação com outros que o substituem nas suas ausências, «os enfermeiros associadas», que deverão ser as mesmas de cada vez. Normalmente, a cada enfermeiro de referência são entregues três ou quatro clientes, cabendo-lhes a responsabilidade de

efectuar a colheita de dados, o diagnóstico e a planificação dos cuidados; assegurar a sua continuidade através da elaboração de planos escritos; planear a alta (ensino ao cliente e à família e encaminhamento apropriado) desde o momento de admissão; prestar cuidados durante o seu turno de trabalho; transmitir aos seus enfermeiros associados toda a informação pertinente, pela leitura nas «notas de enfermagem» respeitantes a cada cliente, no final do turno, e avaliar todas as intervenções de enfermagem realizadas. Para além de coordenar o trabalho dos seus associados, deve coordenar também as diversas actividades de outros intervenientes da equipa de saúde, não só para evitar duplicações e excessiva solicitação do cliente, mas também para assegurar a continuidade do plano global de cuidados de saúde.

CONSEQUÊNCIAS, RESULTADOS, EFEITOS DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Os modelos de prestação de cuidados de enfermagem individuais, funcionais, em equipe e por enfermeiro responsável (de referência) - foram analisados por alguns autores (Sandu, Duquette, Kérouac, 1991), a partir duma exploração manual e informatizada de documentos teóricos e empíricos publicados, na sua maioria, durante a década de oitenta, a partir do quadro conceptual de Munson e Clinton (1979), o qual assenta em dois pressupostos:

- um conjunto específico de condições tais como: o tipo de doentes, os recursos em enfermagem e as modalidades de apoio organizacional, têm consequências sobre o método de prestação de cuidados, numa dada unidade;
- um dado método de prestação de cuidados influencia a maneira de prestar os cuidados no que respeita à qualidade, o que afectará consideravelmente os resultados.

Estes autores analisaram não só os factores de influência ligados aos métodos de prestação de cuidados próprios de cada método (as características dos doentes, recursos em pessoal de enfermagem e apoio organizacional) mas também os quatro elementos predominantes da qualidade ligados à organização sistemática dos cuidados (totalidade, imputabilidade, continuidade e coordenação), definidos por Munson e Clinton (1979), esquematizados no Quadro 2.

Quadro 2

A “totalidade” implica que seja incluída tanto a apreciação das necessidades do cliente, como a planificação, execução e controle dos cuidados. A “continuidade” pressupõe a prestação de cuidados de maneira ininterrupta. A “imputabilidade” significa que os cuidados prestados são da responsabilidade de um enfermeiro em particular. A “coordenação” é a actividade que permite, em colaboração com outros profissionais de saúde, integrar os cuidados de enfermagem prestados, no conjunto do plano global de cuidados de saúde. Podemos constatar, então, que existe uma diferença fortemente visível, expressa em qualidade, nos diferentes métodos de prestação de cuidados (Quadro 3).

Como é evidente esta qualidade dos cuidados tem reflexos na satisfação dos clientes, na satisfação do trabalho, na eficácia e custos dos cuidados sendo, muitas das vezes, o reflexo da falta de autonomia dos enfermeiros bem como do seu afastamento das estruturas organizativas.

A *satisfação dos clientes*, em função do método de prestação de cuidados, é indiscutivelmente o resultado calculado mais frequentemente, em particular na literatura dos E.U.A. Daefller (1975) concluiu que os clientes tratados segundo o método de enfermagem primária mostravam uma maior satisfação com o tratamento e notavam menos falhas no mesmo. Marram et al (1976) encontrou ambos mais aspectos positivos expressos por doentes tratados em enfermarias de enfermagem primária. Num outro estudo feito por Amendoeira (1994) com docentes de uma escola superior de enfermagem, estes atribuem claramente ao método de prestação de cuidados por enfermeiro responsável, o que reúne as características que lhes permite fazer do ensino clínico um local onde os alunos aprendem enfermagem, por excelência. Isto por permitir a continuidade de cuidados ao cliente, tanto na presença de alunos, como na sua ausência, e o processo de cuidar ter como centro o cliente. Contudo, a maioria dos estudos não encontrou diferenças significativas na satisfação entre os clientes tratados em enfermarias de enfermagem primária e os aqueles tratados segundo diferentes regimes organizacionais, normalmente em enfermagem em equipa (Blair et al 1982; Chavigny e Lewis, 1984; Jones, 1975; Roberts, 1980; Shukla e Turner, 1984; Ventura et al, 1982; Fairbanks, 1981). De facto, Giovannetti (1980) encontrou um largo número de respostas positivas, de pacientes tratados pelo método de trabalho de enfermagem em equipa comparado com o método de enfermagem primária. Relativamente à literatura do Reino Unido, foram feitos três estudos que utilizaram a satisfação dos clientes como uma medida de decisão para avaliação da enfermagem primária. Em primeiro lugar, Pearson e outros (1988) mediram a satisfação dos clientes utilizando uma “lista de verificação de serviço aos clientes”.

Quadro3

As dimensões conceptuais, não foram apresentadas. Contudo, utilizando este instrumento Pearson e outros, descobriram uma menor variação entre os resultados dos clientes tratados segundo a modalidade de enfermagem primária, bem como um significativo aumento do resultado médio para a enfermagem primária. A satisfação dos clientes, sob um sistema de enfermagem primária, comparada com a dos clientes de uma enfermaria que pretende pôr em prática uma enfermagem de equipa, foi observado num estudo feito por Bond e outros (1990). Os resultados mostraram uma preferência pelas enfermarias de enfermagem primária, com os clientes mais dispostos a expressar aspectos positivos sobre os seus cuidados e sobre os enfermeiros e menos dispostos do que os clientes tratados por enfermagem de equipa a expressarem sentimentos negativos. Shukla e Turner (1984) não encontraram diferenças significativas entre as unidades de enfermagem primária e as enfermarias com a metodologia de enfermagem em equipa tendo em conta as negligências no cuidado, observadas pelos clientes. Isto está em contraste com o resultado de Daeffler que expressa maiores falhas no tratamento dos clientes através da enfermagem em equipa.

Numa unidade de tratamento Wilson e Dawson (1989) utilizaram instrumentos para medir o bem-estar, numa comparação entre a enfermagem primária e a de equipa. Não foram encontradas diferenças significativas na vitalidade (Reid e Zeigler, 1980) ou no controlo pessoal (Reid e Zeigler, 1979), mas foi encontrada uma redução da agitação como mostra a Escala de Tranquilidade-Agitação (Morris e Sherwood, 1975) no seguimento da introdução de enfermagem primária numa unidade. Hegedus (1987), usando as escalas de pontuação de stress do Hospital de Volicer (Volicer, 1973), encontrou uma diferença significativa nos resultados de stress médio entre clientes de grupos de enfermagem primária e grupos de comparação, e também nos resultados do primeiro grupo de clientes tratados na enfermaria, antes e depois da implementação da enfermagem primária. Blair e outros (1982), por outro lado, utilizaram a ansiedade dos clientes como uma medida de resultado, quando investigaram o efeito da enfermagem primária nos clientes de acidentes e de emergência usando o Inventário da Ansiedade Estado – Característica (Spielberger e Diag- Guerrero, 1976). Verificou-se uma descida significativa do nível de ansiedade no grupo de enfermagem primária.

A duração da estadia foi utilizada como medida de resultados. Numa amostra de clientes de transplantes renais, Jones (1975) descobriu que os clientes tratados segundo o método de enfermagem primária, tiveram uma estadia mais pequena quando comparada com a dos clientes tratados de acordo com o método de enfermagem funcional. Semelhantemente, McCauslaud e outros (1988) constataram uma descida significativa na duração da estadia de clientes da psiquiatria, no seguimento da implementação da enfermagem primária. No entanto, segundo Pearson et al, (1988), o tempo total de estadia dos clientes no hospital não é significativamente diferente entre

os diversos métodos de prestação de cuidados, embora o número de mortes fosse menor nas enfermarias com enfermagem primária.

Alguns estudos utilizaram o número de complicações dos clientes como uma forma de medição da efectividade da enfermagem primária. Chavigny e Lewis (1984) não encontraram diferenças no número quer de infecções nosocomiais quer de episódios nocivos (ex. acidentes ou queixas) em clientes tratados segundo um sistema de enfermagem primária, em oposição aos tratados pela enfermagem em equipa. Contudo, Jones (1975), descobriu que a cirurgia de transplantes beneficiava com a enfermagem primária, em detrimento da enfermagem em equipa.

Tendo em conta a dependência, Pearson e outros (1988), concluíram que os clientes do grupo da enfermagem primária estavam mais aptos a desempenhar as actividades do dia a dia, do que os clientes na enfermagem funcional e de equipa que tiveram alta, mas as taxas de satisfação de vida não apresentavam diferenças nos vários métodos de trabalho.

O resultado utilizado mais frequentemente para avaliar o efeito dos vários métodos de prestação de cuidados no pessoal é a satisfação no trabalho. Giovannetti (1980) e Betz (1981) verificaram que a satisfação no trabalho era maior na enfermagem em equipa do que na enfermagem primária. Contrariamente, Blair et al (1982), Blenkarn et al (1988), Sellick et al (1983) e Roberts (1980) concluíram que a satisfação no trabalho era maior nas enfermarias de enfermagem primária. Já Brock e O'Sullivan (1988) descobriram que a satisfação dos enfermeiros era maior nas enfermarias de enfermagem primária e em equipa, e era menor nas unidades de enfermagem funcional, contrastando com Chavigny e Lewis (1984), Wilson e Dawson (1989) e Alexander et al (1981) que não descobriram diferenças significativas na satisfação de trabalho dos enfermeiros nos diversos métodos de prestação de cuidados. Parasuraman et al (1982) não encontraram diferenças significativas na satisfação no trabalho ou outras atitudes de trabalho, com a excepção do sentir stress, que era maior nas unidades de enfermagem primária. Manley (1989) utilizou o questionário de satisfação no trabalho (Munford, 1986) para comparar a satisfação de um grupo numa enfermaria com enfermagem individual e outra com enfermagem primária. Não foram encontradas diferenças significativas, com excepção na "iniciativa" que era maior na enfermagem primária. Manley defende que a falta de conclusões significativas e substanciais, pode dever-se à semelhança entre o cuidado da enfermagem individual e a enfermagem primária.

Alexander et al (1981) concluíram, com o seu estudo, que a satisfação do trabalhador é determinada por uma variedade de características individuais assim como organizacionais e de trabalho. Carvalho (1996) no seu estudo sobre "A Enfermagem e o Humanismo" aponta vários factores que condicionam o grau de satisfação dos

enfermeiros na prestação de cuidados de saúde, como sejam, factores humanos, institucionais e materiais.

O método de organização de cuidados de enfermagem, aparentemente, não é suficiente para ter uma influência directa na sua satisfação. Mancini (1990) encontrou mais satisfação no trabalho em enfermeiros que desempenham a sua profissão em hospitais com um sistema governativo partilhado do que, num lugar, em que o sistema de governação partilhado não existe, recomendando Kanter (1993), o alargamento da autoridade formal através de mecanismos como a governação partilhada, a descentralização e unidades de trabalho autónomas, uma vez que, a concessão de poderes e um controlo sobre a prática em conjunto contribuem tanto para a satisfação no trabalho como para a eficácia. Segundo Bond et al (1990) os enfermeiros das unidades de enfermagem primária conseguem uma maior satisfação no seu trabalho do que os seus colegas da enfermagem em equipa, e atribuiu isto, por exemplo, a uma maior delegação de responsabilidade, uma maior autonomia, uma definição mais clara e consistente da sua função e relacionamentos mais próximos com os clientes e suas famílias. Kanter (1993) defende que as pessoas só alcançam os objectivos organizacionais se os ambientes de trabalho estiverem estruturados de forma a providenciarem acesso à concessão do poder, à informação, ao suporte (auxílio) e aos recursos (meios) necessários para realizar um trabalho, assim como o acesso à oportunidade para crescer e aprender. No entanto, foram descobertas, posteriormente, na literatura dos E.U.A., outras medidas de resultados para o pessoal de enfermagem. Em primeiro lugar Babington (1986) utilizou o conceito de complicação do trabalho, definido como o grau que as pessoas identificam psicologicamente com os seus empregos e com a importância do desempenho no trabalho para a auto-estima da pessoa, para comparar o pessoal de enfermagem em unidades de enfermagem primária e de equipa. Não foram encontradas diferenças significativas. Em segundo lugar, a mudança de pessoal é utilizada por Wilson e Dawson (1989) e Betz (1981), enquanto que, Alexander et al (1981) utilizam taxas de demissão. Os primeiros não encontraram diferenças de acordo com o modelo organizacional que estava em funcionamento, enquanto que Betz (1981) descobriu maiores taxas de mudança na enfermagem primária. Alexander et al (1981) descobriram que as taxas de demissão eram mais baixas na enfermagem primária do que nas unidades de equipa ou funcionais. O terceiro resultado inclui o absentismo e a doença, e é utilizado por Wilson e Dawson (1989); Chavigny e Lewis (1984); Alexander e outros (1981). Segundo Alexander e outros (1981) as taxas de absentismo eram mais baixas na enfermagem primária, em comparação com as unidades de equipa ou funcionais. Wilson e Dawson (1989), não encontraram diferença em termos de absentismo. Todavia, Chavigny e Lewis (1984) descobriram uma subida significativa da doença no grupo dos enfermeiros da

enfermagem primária. O mesmo não aconteceu com Boekholdt (1979) que encontrou menos doença e absentismo na enfermagem em equipa do que na enfermagem funcional. No mesmo estudo realizado por Boekholdt (1979) em que foi implantada a enfermagem em equipa em detrimento da enfermagem funcional, os enfermeiros estavam mais satisfeitos com o seu ambiente de trabalho porque sentiam que tinham mais responsabilidade e que eram mais importantes, tinham mais delegação de competências e autonomia, uma divisão de influências mais uniforme, um maior contacto com os colegas e os doentes estavam mais satisfeitos com o contacto proporcionado pelos enfermeiros. Tal como refere Colgrove (1992), a autonomia no trabalho tem um efeito directo na forma como os clientes experienciam os cuidados que lhes são prestados pelo pessoal de enfermagem. Os enfermeiros sentem que a concessão de poderes decisórios no trabalho lhes confere mais hipótese de efectuar um cuidado mais eficiente e eficaz (Laschinger e Havens, 1996). Não sendo de estranhar que as correlações fortes entre a concessão de poderes no trabalho e o controle sobre a prática de enfermagem sugeriram que, ao contrário do que muitos autores pensam, a autonomia no trabalho é um factor importante no trabalho de enfermagem. A falta de autonomia é identificada frequentemente como uma razão proeminente porque os enfermeiros abandonam a profissão (Laschinger e Havens, 1996). Por isso, a concessão de poderes no trabalho foi distinguida fortemente, estando relacionada de uma forma positiva às percepções de controlo sobre a prática de enfermagem o mesmo acontecendo sobre a satisfação e a eficácia no trabalho (Laschinger e Havens, 1996). White (1995) encontrou uma relação forte e positiva entre a concessão de poderes (autonomia) distinguidos no trabalho e a satisfação no mesmo. A falta de autoridade para actuar sobre um julgamento e conhecimento próprio é oferecido frequentemente como uma explicação para relatar a insatisfação no seio dos enfermeiros (Bond e Thomas, 1991)

O custo foi também estudado como medida de resultado. Wilson e Dawson (1989) e Chavigny e Lewis (1984), não encontraram diferenças nos custos das horas de enfermagem entre as unidades de enfermagem primária e de equipa. Isto não é de estranhar dado que os custos de pessoal, que explicam a maioria de despesas, são muitas vezes fixos e limitados no dinheiro, independentemente dos pedidos dos clientes ou dos modos de organização (Bond e Thomas, 1991). Mais do que os custos, o consumo de recursos baseado nos clientes foi utilizado como medida de resultados. Para Jones (1975) o custo diário por cliente é mais baixo, em virtude de uma menor estadia no grupo de enfermagem primária. Marram et al (1976), do mesmo modo, descobriram que as unidades de enfermagem primária funcionavam com um custo mais baixo por cama do que a unidade de enfermagem em equipa, quando eram combinados os custos da “operação” e dos salários. O mesmo conclui Wolf et al (1986), quando agruparam os clientes de acordo com o grupo relacionado de diagnóstico.

A reflexão sobre os diferentes métodos de prestação de cuidados permite-nos concluir que:

- quanto à qualidade, a prestação de cuidados de enfermagem totais, contínuos, coordenados e imputáveis, depende do método de prestação escolhido. Passa-se o mesmo com a centralização ou descentralização do poder de decisão, que é ainda influenciado pela filosofia da organização, pelos recursos disponíveis e pelo estilo de liderança dos gestores de enfermagem;
- quanto à organização propriamente dita, qualquer dos métodos tem vantagens e inconvenientes, facto que nos deve levar a reflectir sobre os efeitos da utilização dos diversos métodos, a fim de se equacionar a qualidade dos cuidados, os custos, a satisfação do clientes, a satisfação no trabalho e as vantagens de ordem interaccional e social, que daí derivam.

Importa, essencialmente, não tomar como adquirido que um modo particular de cuidar ou de organizar a prestação dos cuidados de enfermagem, tem uma relação inevitável com a qualidade dos mesmos ou com o nível de desempenho profissional

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, C. S. (1981). Evaluating primary nursing in hospitals: examination of effects on nursing staff. *Med. Care*, 19, 80-89.

AMENDOEIRA, J. (1994). *A influência do processo de cuidar, na orientação de alunos em ensino clínico, na perspectiva dos docentes de enfermagem*. Dissertação apresentada na ESEMFR, no âmbito do 4º C.P.A.E., Lisboa.

BABINGHON, L.(1986). RNs' job involvement and need for achievement in primary and team nursing settings. *Nursing Administration*, 11, 43-49.

BETZ, M. (1981). Some hidden costs of primary nursing. *Nursing Health Care*, 2, 150-154.

BLAIR, M. (1982). Primary nursing in the emergency department: nurse and patient satisfaction. *Journal Emergence Nursing*, 8, pp. 181-186.

BLENKARN, H.(1988). Primary nursing and job satisfaction. *Nursing Management*, 19, 41-42.

BOEKHOLDT, M.G.(1979). The implementation of team nursing: A change process and research project. In :Dutch General Hospital(Ed.). *Internacional Council for the Quality of Working Life- Working on the Quality of Working Life*,(vol8, pp. 263-275), Boston: Martins Nighoff Publishing.

- BOND, S. & THOMAS, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal Advanced Nursing*.
- BOND, S. et al(1990). Primary Nursing and Primary Medical Care. A comparative Study in Community Hospitals. *Health Care Research Unit Report*, 39, University of Newcastle Upon Tyne.
- BROCK, A.M. & O'SULLIVAN, P. (1988). A study to determine the relationship between the method of organizing nursing care delivery and job satisfaction of nursing personnel. *Nursing Connections*, 1, 31-34.
- CARVALHO, M.M.M. (1996). *A Enfermagem e o Humanismo*. Loures: Lusociências.
- CASTLEDINE, G. & LLANDAFF, B. M. (1988). *A prática da Enfermagem: O processo de Enfermagem*, Lisboa.
- CHAUVENET, A. (1972). *Professions hospitalières et division du travail*. in *Sociologie du Travail*, 2/72.
- CHAVIGNY, K. & LEWIS, A. (1984). Team or primary nursing care? *Nursing Outlook*, 32, 322-327.
- COLGROVE, S.R. (1992). *The Relationships Among Nursing Unit Structure, Autonomy, Professional job Satisfaction, and Nurse-Patient Interaction in Ambulatory care Clinics*. Medical College of Georgia: Doctoral Dissertation.
- COSER, R.L. (1991). *In defense of modernity-role compexity and individual autonomy*. Califórnia: Stanford University Press.
- DAEFFLER, R.J.(1975). Patient's perception of care under team and primary nursing. *Journal Nursing Administration*, 5, 20-26.
- DINGWALL, A. (1980). *In Working in teams*. Londres: Macmillan.
- DIONNE, D.; MOUSSETTE, D.; SERRALHEIRO, M. & STRUELENS-GALAND, B. (1987). Le pour et le contre. *Nursing Québec*. Vol 7 (3), Mai / Juin, 32.
- FAIRBANKS, J.E.(1981). Primary Nursing: more data. *Nursing Administration Quarterly*, 5, 51-62.
- GIOVANNETTI, P.(1980). A Comparason of team and primary nursing care systems. *Nursing Dimensions*, 7, 96-100.
- HEGEDUS, K.S.(1979). A patient outcome criterion measure. *Supervisation Nurse*, 40-45.
- HUMPHRIS, D. (1988). *Trabalho em equipa : a eliminação de barreiras*. *Nursing*, 2 (14), Março, 14-15.
- JONES, K (1975). *Study documents effect of primary nursing on renal transplant patients*. *Hospitals*, 49, 85-89.
- JORGE, I. C. & SIMÕES, M. C. (1995). A qualidade de cuidados na perspectiva do utente. *Servir*, 43 (6), 290- 296.

- KANTER, R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*. New York: Basic Books.
- KOERNER, B; COHEN, J & ARMSTRONG, D. (1986). "Professional behaviour in collaborative practice". *JONA*, 16
- KRON, T. & GRAY, A.(1989). *Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em acção as habilidades de liderança* (6 ed.). Rio de Janeiro: Interlivros, 11-19.
- LASCHINGER, H.K.S. & HAVENS, D.S. (1996). Staff Nurse Work Empowerment and Perceived Control over Nursing Practice. *Social Sciences and humanities Research Council Canadá*, *JONA*, 26(9), Setembro, 27-35.
- LOPES, N. G. M. (1994). *A recomposição dos saberes, ideologias, e identidades de enfermagem -estudo sociológico em contexto hospitalar*, Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- LOPES, Noémia G. Mendes (1995). *Da investigação à qualidade: as condicionantes contextuais*. *Enfermagem*, 6, Out. / Dez., 34-39.
- MANCINI, V.T. (1990). *The relationship Between Shared Governance Management Structure and registered Nurse Satisfaction: A comparison of two Hospitals*. University of Massachusetts, Doctoral Dissertation.
- MANLEY, K. (1989). *Primary Nursing in Intensive Care*. Harrow: Scurati Press.
- MARRAM, G.D. F. (1976). *Cost effectiveness of Primary and Team Nursing*. Wakefield: Comtemporary Publish.
- MARRINER-TOMEY, A.(1989). *Nursing Theorists and Their Work* (2 ed.). St. Louis: Mosby Company.
- McCAUSLAND, M. P. (1988). Primary Nursing in a psychiatric setting. *Nursing Economics*, 6, 297-301.
- MORRIS, J. & SHERWOOD, S. (1975). Arestesting and modification of the Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale. *Journal Gerontol*, 30, 77-84.
- MUGGLER, Elisabeth (1992). *Primary Nursing. Soins Infirmièrs*. *Krankenplege*, 2/92, 11-13.
- MUMFORD, E. (1986). *Using Computers for Business Success: The ETHICS methodology*. Manchester Business School.
- MUNSON F.; CLINTON (1979). Defining Nursing Assignment Patterns. *Nursing Research*, 28, 243-247.
- PARASURAMAN, S. (1982). The effect of nursing care modalities and shift assignments on nurses Work experiences and job attitudes. *Nursing Research*, 31, 364-367.
- PAYNE, M.(1982). *WORKING-In Teams*. Londres: Macmillan.
- PEARSON, A. (1988). *Primary Nursing*. London: Crom Helm.

- PEARSON, A. (1988). Therapeutic Nursing : Na evaluation of na Experimental Nursing unit inthe British National Health Service. Unpublished Report.
- PINHEIRO, M. F. R. (1994). Organizar a prestação de cuidados: Uma função / desafio para o enfermeiro chefe. *Servir*, 42 (6) Nov. Dez, 319-331.
- REID, D. W.; ZEIGLER, M. (1980).-Validity and Stability of a newdesired control measure pertaining to psychological adjustment of the elderly. *Journal Gerontol*,35,395-402.
- ROBERTS, L.E. (1980). Primary Nursing. Do Patients Like It? Are Nurses Satisfied? Does it Cost More? *Canadian Nurse*, 20-23.
- SALVAGE, J. (1990). The teory and practice of the ‘new nursing. *Nursing Times*, 86, 42-45.
- SANDU, B. ; DUQUETTE, A. & KÉROUAC, S. (1991). Examen des méthodes de prestation des soins selon un cadre conceptual. *Nursing Québec*, 11(3), Mai / Juin, 24-38.
- SELLICK, K. J. (1983). Primary Nursing: na evaluation of its effects on patient perception of care and staff satisfation. *Internacional Journal of Nursing Studies*, 20, 265-273.
- SPIELBERGER, D. & DIAG-GUERRERO, R. (1976). Cross Cultural Anxiety. New York: John Wiley.
- SUKLA, R. K. & TURNER, W.E. (1984). Patient´ sPerceception of Care Under Primary and Team Nursing. *Research Nursing Health*, 7, 93-99.
- THOMAS, L. H. & BOND, S. (1991). Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. Great Britain, *International Journal Nursing Studies*, 28(4), 291-314.
- VENTURA, M.R. (1982). A Patient Satisfaction Measure as a Criterion to Evaluate Primary Nursing. *Nursing Research*, 31, 226-230.
- VOLICER, B.J. (1973). Perceviéd Stress Levels of Events Associated With the Experience of Hospitalization: Development and Testing of Measurement Tool. *Nursing Research*. 22, 491-497.
- WHITE, H.(1995). Staff Nurse Empowerment and job Satisfaction. Masters Thesis, University of Western, London.
- WILSON, N. M. & DAWSON, P. (1989). A comparison of primary Nursing and Team Nursing in a Geriatric Longterm Care Setting. *International Journal Nursing Studies*, 26, 1-13.
- WOLF, G.A. (1986). Primary Nursing. The impact on nursing costs within DRGs. *Journal Advanced Administration*, 16, 9-11.