

## Avaliação do produto do cuidar em enfermagem em hospitais especializados

*Assessment of the product of nursing care in specialized hospitals*  
*Evaluación del producto del cuidar en enfermería en hospitales especializados*

**Mayara Ruiz Chotolli<sup>1</sup>, Danielle Fabiana Cucolo<sup>1</sup>, Marcia Galan Perroca<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto-SP, Brasil.

### Como citar este artigo:

Chotolli MR, Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the product of nursing care in specialized hospitals. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2675-81. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0354>

Submissão: 21-05-2017

Aprovação: 18-11-2017

### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o produto do cuidar em unidades de hospitais especializados identificando os itens que mais contribuíram para o escore; comparar o produto do cuidar entre os hospitais, unidades e turnos; verificar a associação entre as variáveis demográficas e profissionais e o produto do cuidar. **Método:** Estudo descritivo conduzido em oito unidades de dois hospitais especializados do estado de São Paulo. A avaliação do produto do cuidar foi realizada mediante aplicação de instrumento por 44 enfermeiros. **Resultados:** “Interação e atuação multidisciplinar” obteve a menor mediana em ambos hospitais, e “Atendimento das necessidades assistenciais” e “Planejamento da assistência de enfermagem” foram melhor avaliados. “Dimensionamento de pessoal de enfermagem” foi o item que mais contribuiu para o escore total. A correlação entre variáveis sociodemográficas e escore mostrou-se fraca. **Conclusão:** O produto do cuidar encontrado em ambos os hospitais foi considerado predominantemente “bom”. O instrumento permitiu identificar aspectos críticos do trabalho de enfermagem.

**Descritores:** Avaliação em Enfermagem; Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Prática Profissional; Administração de Serviços de Saúde; Hospitais Especializados.

### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the product of care in units of specialized hospitals, identifying the items that most contributed to the score; to compare the product of care among hospitals, units, and shifts; to verify the association between demographic and professional variables and the product of care. **Method:** Descriptive study, conducted in eight units of two specialized hospitals in the State of São Paulo. The evaluation of the product of care was performed by applying an instrument to 44 nurses. **Results:** “Multidisciplinary interaction and performance” obtained the lowest median in both hospitals, and the “Meeting assistance needs” and “Nursing care planning” were the better assessed ones. “Dimensioning of nursing staff” was the item that most contributed to the total score. There was a weak correlation between socio-demographic variables and score. **Conclusion:** The product of care, as found in both hospitals, was predominantly considered “good.” The tool enabled the identification of critical aspects of the nursing work.

**Descriptors:** Nursing Assessment; Process Assessment (Health Care); Professional Practice; Health Services Management; Specialized Hospitals.

### RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar el producto del cuidar en unidades de hospitales especializados identificando los ítems que más contribuyeron a la puntuación; comparar el producto del cuidar entre los hospitales, unidades y turnos; verificar la asociación entre las variables demográficas y profesionales y el producto del cuidar. **Método:** Estudio descriptivo conducido en ocho unidades de dos hospitales especializados del estado de São Paulo. La evaluación del producto del cuidar fue realizada mediante aplicación de instrumento por 44 enfermeros. **Resultados:** La “Interacción y actuación multidisciplinaria” obtuvo la menor mediana en ambos hospitales, y la “Atención de las necesidades asistenciales” y la “Planificación de la asistencia de enfermería” fueron mejor evaluados. El “Dimensionamiento de personal de enfermería” fue el elemento que más contribuyó a la puntuación total. La correlación entre variables sociodemográficas y puntuación se mostró débil. **Conclusión:** El producto del cuidar encontrado en ambos hospitales fue considerado predominantemente “bueno”. El instrumento permitió identificar aspectos críticos del trabajo de enfermería.

**Descritores:** Evaluación en Enfermería; Evaluación de Proceso (Atención de Salud); Práctica Profesional; Administración de los Servicios de Salud; Hospitales Especializados.

**AUTOR CORRESPONDENTE** Mayara Ruiz Chotolli E-mail: mayarachotolli@hotmail.com

## INTRODUÇÃO

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

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

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

O instrumento denominado "Avaliação do produto do cuidar em enfermagem" (Aprocnf) foi desenvolvido para classificar o produto gerado ao final do turno de trabalho da enfermagem, possibilitando também identificar os fatores críticos dessa produção<sup>(7)</sup>. Trata-se de uma ferramenta potente para negociação e melhoria da prática profissional da enfermagem, qualificando a assistência e o produto do cuidado entregues<sup>(8)</sup>. O Aprocnf aborda quatro grandes categorias na gestão do cuidado do enfermeiro: o planejamento, a intervenção e a avaliação do cuidado; o dimensionamento e qualificação da equipe de enfermagem; os recursos necessários para prestar assistência; e a interação multiprofissional<sup>(7-8)</sup>.

Por se tratar de uma ferramenta gerencial ainda recente, não há estudos sobre sua aplicabilidade no cenário de prática avaliando o produto entregue pela enfermagem e os fatores que interferem nesse processo.

## OBJETIVO

Avaliar o produto do cuidar em unidades de hospitais especializados, identificando os itens que mais contribuíram para o escore; comparar o produto do cuidar entre os hospitais, unidades e turnos; e verificar a associação entre as variáveis demográficas e profissionais e o produto do cuidar. Para tanto, propõe-se a responder as seguintes questões: *Qual é o produto do cuidar em enfermagem gerado ao final do turno de trabalho em unidades de internação de hospitais especializados? Existem diferenças nos resultados obtidos entre hospitais, unidades e turnos de trabalho?*

*A que fatores estas diferenças podem ser atribuídas? Quais itens do Aprocnf mais contribuem para o escore total do produto do cuidar? Há associação entre as variáveis demográficas e profissionais dos avaliadores e o produto do cuidar obtido?*

## MÉTODO

### Aspectos éticos

Esta pesquisa somente foi iniciada após o parecer do Comitê de Ética das instituições campo de estudo e concordância dos enfermeiros.

### Desenho, local e período do estudo

Esta pesquisa, fruto de uma dissertação de mestrado<sup>(9)</sup>, caracteriza-se como descritivo transversal, de natureza quantitativa, na modalidade de estudo de avaliação. Nele, o produto do cuidar em enfermagem é conceptualizado como interação entre fatores que intervêm no processo de cuidar: fatores estruturais (capital humano e serviços de suporte) e métodos de organização do trabalho (planejamento assistencial, atenção ao paciente/família e interação multidisciplinar)<sup>(7)</sup>.

A investigação ocorreu no período de junho de 2015 a abril de 2016 em oito unidades: clínica, cirúrgica, hematológica, transplante de medula óssea, terapia intensiva pediátrica e neonatal, maternidade e unidade canguru. Elas pertenciam a dois hospitais especializados da região noroeste do estado de São Paulo – denominados, neste estudo, H<sub>A</sub> e H<sub>B</sub>.

### Amostra: critérios de inclusão e exclusão

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

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

### Protocolo do estudo

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

O primeiro formulário solicitava dos participantes dados demográficos (sexo e idade) e profissionais tais como função exercida, turno de trabalho, tempo de atuação profissional na instituição e na unidade, e qualificação mais alta (aprimoramento, residência, especialização, mestrado e doutorado). Já o

outro permitia o registro dos escores obtidos individualmente e o escore total com a classificação do produto de cuidar, data e horário, unidade e nome do enfermeiro que realizou a avaliação.

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

Antes da coleta dos dados foi realizada a apresentação do Aprocenf individualmente aos enfermeiros conforme aceitação de participação na pesquisa. Neste momento, abordou-se sua finalidade, composição e forma de operacionalização, e clarearam-se dúvidas existentes. Posteriormente, ocorreu a distribuição de cópia do instrumento e dos formulários por uma das pesquisadoras de acordo com escala previamente elaborada, de forma a garantir alternância dos avaliadores em turno para atender aos objetivos do estudo. Caso novas dúvidas surgissem durante a aplicação do instrumento, elas eram esclarecidas pela pesquisadora. O recolhimento foi realizado diariamente nas unidades de pesquisa, e complementações realizadas quando necessário.

### Análise dos resultados e estatística

Considerou-se a escala como ordinal e o nível de significância foi estabelecido em  $p \leq 0,05$ . O software SPSS Statistical Package v.22 (IBM Corporation, Armonk, NY) foi utilizado para os tratamentos estatísticos: 1. Análise descritiva para os dados de caracterização pessoal e profissional dos participantes apresentados a partir de valores de frequência, percentual, média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil (ICQ =  $Q3 - Q1$ ); 2. Alfa de Cronbach para testar a consistência interna (confiabilidade) do instrumento; Teste não paramétrico de Mann-Whitney para comparação entre os grupos ( $H_A$  e  $H_B$ ); e de Kruskal-Wallis para comparação dos itens do instrumento entre as unidades de cada hospital; 3. Coeficiente de correlação de Spearman (two-tailed) para se verificar a associação entre o escore médio das respostas e as variáveis demográficas e profissionais dos participantes. A interpretação numérica da correlação foi: muito fraca (0,0-0,19), fraca (0,20-0,39), moderada (0,40-0,59), forte (0,60-0,79) e muito forte (0,8-1,0)<sup>(10)</sup>; 4. Teste Qui-quadrado para a associação entre turno de trabalho (manhã, tarde e noite) vs. escore médio das avaliações; 5. Análise fatorial exploratória (AFE) utilizando extração por componentes principais e o método de rotação Varimax para identificar os itens que mais contribuíram para o escore total. Foram calculados os testes de esfericidade de Bartlett ( $p < 0,05$ ) e de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ( $\geq 0,5$ ) para se verificar a adequação do modelo da AFE<sup>(11)</sup>. Para se estabelecer o número de fatores a serem extraídos, considerou-se autovalores  $\geq 1,0$  e o Screeplot (gráfico do autovalor). Foram

retidas as cargas fatoriais  $\geq 0,40$ . Consideraram-se comunidades significantes aquelas  $> 0,50$ <sup>(11)</sup>.

## RESULTADOS

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

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

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

O escore médio variou de 22,6 a 25,2 no  $H_A$ , e de 22,6 a

**Tabela 1** – Classificação do produto do cuidar em enfermagem nos hospitais investigados, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2016, N = 138

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

Nota: \*Md: Mediana. Q1; Q3: quartis.

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

Na Tabela 2 observa-se a classificação do escore obtido nas graduações por item do instrumento nas unidades do  $H_A$ . Houve variação nas graduações de 2, para os itens "interação e atuação multidisciplinar" (3/4 unidades) e "planejamento da assistência" (1/4), a 4, para os itens "recursos necessários para prestar assistência" (em 3/4), "atenção paciente/família" (2/4) e "atendimento/necessidades" (2/4).

No  $H_B$ , as medianas das graduações dos itens variaram de 2, para o item "interação e atuação multidisciplinar" (2/4 unidades) e "dimensionamento de pessoal de enfermagem" (1/4), a 4, para "planejamento da assistência de enfermagem" (3/4), "acompanhamento" (2/4) e "atendimento/necessidades" (2/4) (Tabela 3).

Para identificar os itens do instrumento que mais contribuíram

**Tabela 2** – Classificação dos escores obtidos nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital A, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2016, n=73

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

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

**Tabela 3** – Classificação dos escores obtidos nas gradações por item do instrumento e unidade investigada do hospital B, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2016, n=65

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

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

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

Apenas o fator 1 foi analisado, devido às baixas cargas fatoriais encontradas nos demais. A matriz de correlação não rotacionada identificou 6/8 itens do instrumento com carga fatorial significativa. Já com o método de rotação Varimax foi possível reduzir este número a quatro ( $\geq 0,40$ ): “dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49) (Tabela 4).

Em relação à associação das variáveis demográficas e profissionais com o escore total, foi possível notar no  $H_A$  uma correlação de -0,37 ( $p < 0,01$ ) entre o escore médio e a idade, e de -0,23 ( $p < 0,05$ ) quando relacionado ao tempo na instituição; no  $H_B$  foi observado valor de 0,29 ( $p < 0,05$ ) com o tempo na unidade. Não se evidenciou diferença estatística entre os turnos de trabalho (manhã, tarde e noite) quando os hospitais

foram comparados de forma independente; houve significância ( $p = 0,01$ ), apenas, quando analisados conjuntamente, e esta foi para o turno da noite ( $p = 0,03$ ) (Tabela 5).

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

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

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

**Tabela 5** – Associação do escore médio do instrumento “Avaliação do produto do cuidar em enfermagem” com os turnos de trabalho, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil, 2016, N = 138

Classificação	Manhã	Tarde	Noite	Total	p
H <sub>A</sub> x H <sub>B</sub>	45	46	47	138	0,01
– regular	13	12	4	29	
– bom	30	28	38	96	
– ótimo	2	6	5	13	
H <sub>A</sub>	25	22	26	73	0,08
– regular	8	6	4	18	
– bom	16	13	18	47	
– ótimo	1	3	4	8	
H <sub>B</sub>	20	24	21	65	0,10
– regular	5	6	-	11	
– bom	14	15	20	49	
– ótimo	1	3	1	5	

## DISCUSSÃO

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

Nessas instituições, o produto foi classificado como bom em 69,5% das avaliações, com escore total médio próximo a 24, e variação entre 14 e 32 pontos no H<sub>A</sub>, e de 17 a 29 no H<sub>B</sub>. Em ambos os hospitais, os plantões foram avaliados entre regular e ótimo, e em relação às unidades de internação, o escore total médio variou de 22,6 a 25,2 no H<sub>A</sub>, e de 22,6 a 25,5 no H<sub>B</sub>, ratificando a tendência dos avaliadores à classificação dos plantões como “bom”. Esta homogeneidade na pontuação de cada item do instrumento e no escore total pode refletir na consistência interna dele, o que foi demonstrado por um alfa de Cronbach de 0,71. Valores maiores que 0,70 indicam existir confiabilidade entre as medidas<sup>(11)</sup>, e no estudo original para validação do Aprocenf o alfa de Cronbach foi de 0,85<sup>(7)</sup>.

Ainda, quanto à característica homogênea dos dados, tem-se a hipótese de que a participação do enfermeiro clínico como avaliador do próprio plantão pode suscitar uma associação do escore total à sua autoavaliação. É importante ressaltar que todo método avaliativo tem como característica a atribuição de valor e precisa ser compreendido como um instrumento de transformação do processo de trabalho<sup>(12)</sup>. Sendo assim, no momento de sensibilização prévia do enfermeiro quanto à utilização do Aprocenf, seu construto e os valores agregados, recomenda-se o esclarecimento de que ele não avalia o desempenho profissional. Por outro lado, estudos futuros poderão explorar a perspectiva de diferentes profissionais de enfermagem ou graduandos a fim de comparação e análise de diversos aspectos.

Quanto aos fatores críticos da produção do cuidado de enfermagem, houve diferença estatística ( $p < 0,01$ ) entre as graduações de cada item nas unidades pesquisadas. Neste estudo, o item “interação e atuação multidisciplinar” obteve a menor mediana (2) tanto no H<sub>A</sub> (3/4 unidades) quanto no H<sub>B</sub> (2/4 unidades), corroborando os achados encontrados na verificação de medidas psicométricas do Aprocenf<sup>(7)</sup>. Este fato merece destaque, pois esta prática torna potente a autonomia dos profissionais de saúde e favorece a troca de conhecimentos no sentido de qualificar a assistência oferecida, especialmente em unidades altamente especializadas<sup>(13)</sup>. Entretanto, esta interação pode ser dificultada devido à divisão social e técnica do trabalho, a falta de cooperação e às falhas de comunicação entre as equipes, além de deficiências nas condições laborais<sup>(14)</sup> e no modelo de organização e gestão da unidade<sup>(15)</sup>.

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

Os pacientes hematológicos e que demandam internação na TMO requerem muitas vezes cuidados complexos em relação à assistência de enfermagem, semelhantes às unidades intensivas, e necessitam, portanto, de maior número de intervenções privativas do enfermeiro<sup>(16)</sup>. Na UTI neonatal, a prematuridade é a principal causa de internação e, além de recursos tecnológicos, os recém-nascidos exigem cuidados especializados e atenção priorizada dos enfermeiros sobre as atividades técnicas<sup>(17)</sup>. Por outro lado, o método canguru não demanda investimento físico-estrutural, mas exige capacitação e organização dos profissionais de enfermagem visando à humanização na atenção ao binômio<sup>(18)</sup>.

O “planejamento da assistência de enfermagem” também foi avaliado com graduações entre 3 (4/8) e 4 (3/8) nas unidades investigadas. Este plano de cuidados remete ao Processo de Enfermagem (PE), um instrumento de trabalho do enfermeiro que requer raciocínio clínico, sistematização e formalização das atividades, e diz respeito à organização da assistência. Os entendimentos e definições desse processo muitas vezes são confundidos com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), um método para a operacionalização do PE. Esta dificuldade de compreensão pode causar limitações e falta de clareza na atuação do enfermeiro<sup>(19)</sup>.

Neste sentido, conforme mencionado por alguns enfermeiros participantes, o item “planejamento da assistência de enfermagem” parece ter sido associado à formalização da SAE, que é de caráter obrigatório em ambos os hospitais e realizada por meio de sistema informatizado. Esta compreensão pode representar um viés na avaliação. Pesquisadores identificaram que as prescrições de enfermagem realizadas em base de dados eletrônica não estão em total concordância com as necessidades de cuidados dos pacientes<sup>(20)</sup>. Na construção da escala, os itens do Aprocenf e suas graduações foram considerados autoexplicativos e, portanto, não foi realizada definição para cada um deles. O planejamento da assistência de enfermagem envolve

muitos fatores, além da SAE, e as graduações desse item abordam a sistematização do processo (de forma verbal ou registro formal) a partir de avaliação direta (visita clínica) e de complementação de informações junto à equipe (avaliação indireta).

O “dimensionamento de pessoal de enfermagem” considera a carga de trabalho em relação às necessidades dos pacientes e tem importante influência na segurança da assistência à saúde<sup>(21)</sup> e na (in)satisfação dos profissionais de enfermagem<sup>(22)</sup>. A grande maioria (6/8) avaliou esse item como 3, ou seja, “o dimensionamento de pessoal de enfermagem é quase compatível com a carga de trabalho e, para as ausências previstas ou não previstas, dispõe de cobertura por meio de remanejamentos e/ou horas extra de profissional(is) com experiência na área”. Apenas uma unidade (canguru) o classificou com mediana 2, graduação que afirma não haver compatibilidade com a carga de trabalho e, mesmo assim, os demais itens do Aprocenf foram avaliados com graduações entre 4 (6/8) e 3 (1/8). Nesse caso, mesmo diante da sobrecarga de trabalho, a enfermagem parece conseguir avaliar, planejar, acompanhar a assistência prestada e realizar ações educativas estabelecendo também uma relação acolhedora com as pacientes e familiares. Esses achados contrariam pesquisas<sup>(23-24)</sup> que defendem a correlação entre sobrecarga de trabalho gerada por um quantitativo de pessoal de enfermagem reduzido e dificuldade na supervisão da assistência de forma eficaz com diversos riscos na prestação do cuidado.

A associação entre o escore total e as variáveis demográficas e profissionais foi fraca e negativa em relação à idade e tempo de atuação no H<sub>A</sub>. Estes dados possibilitam deduzir que a maturidade do profissional e o maior tempo de vínculo com a instituição estão relacionados à aquisição de competências para a análise crítica do trabalho<sup>(25)</sup>, tendendo à avaliação do produto do cuidar com menor escore. No HB a correlação entre o escore médio e o tempo de atuação na unidade foi fraca. Foi possível notar diferença estatística ( $p = 0,01$ ) entre os turnos de trabalho na análise conjunta dos hospitais com valor significativo para o período noturno ( $p = 0,03$ ). No estudo de validação, o produto do cuidar em enfermagem tende a ser melhor avaliado no turno da tarde<sup>(7)</sup>.

Os itens que mais contribuíram para o escore total nas instituições pesquisadas foram: “dimensionamento de pessoal de enfermagem” (0,78), “recursos necessários para prestar assistência” (0,70), “atendimento das necessidades assistenciais” (0,57) e “atenção ao paciente e/ou familiar” (0,49). Valores diferentes foram encontrados na AFE do estudo de validação: “atendimento das necessidades assistenciais” (0,79) e “atenção ao paciente e/ou familiar” (0,79), “acompanhamento e transferência de cuidado” (0,79) e “planejamento da assistência de enfermagem” (0,77)<sup>(7)</sup>. Sendo assim, parece que em unidades de internação de hospitais especializados os fatores estruturais (quadro de pessoal de enfermagem e demais recursos) contribuem de forma significativa na produção do cuidar, garantindo a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes<sup>(17)</sup>.

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

### Limitações do estudo

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

### Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Os achados desse estudo evidenciam as particularidades e as convergências em relação ao produto do cuidar em enfermagem e os aspectos críticos atinentes a esse processo nas diferentes unidades e/ou serviços especializados, contribuindo para a comparação em outros contextos de prática. O Aprocenf tem como proposta avaliar o produto entregue ao final do turno de trabalho de enfermagem e os itens contributivos, instrumentalizando os enfermeiros na gestão do cuidado. Também é um norteador para os enfermeiros e graduandos de enfermagem sobre os processos que compõem a sua prática profissional e, dessa forma, eles poderão identificar as forças e fragilidades, planejando estratégias de melhoria para cada unidade/serviço. Assim, novos estudos deveriam ser efetuados para verificar sua qualidade diagnóstica, entre outros aspectos relativos à aplicabilidade do instrumento.

### CONCLUSÃO

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

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

## REFERÊNCIAS

1. Ferreira GE, Dall'Agnol CM, Porto AR. Repercussions of proactivity in the management of care: perceptions of nurses. Esc Anna Nery [Internet]. 2016[cited 2016 Jul 10];20(3). Available from: [http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en\\_1414-8145-ean-20-03-20160057.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n3/en_1414-8145-ean-20-03-20160057.pdf)

2. Senna MH, Drago LC, Kirchner AR, Santos JLG, Erdmann AL, Andrade SR. The meaning of care management attributed by nursing faculty members from the viewpoint of complex thinking. *Rev Rene*[Internet]. 2014[cited 2016 Jul 10];15(2):196-205. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en\\_0102-6933-rgenf-1983-144720160361097.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37n3/en_0102-6933-rgenf-1983-144720160361097.pdf)
3. Christovam BP, Porto IS, Oliveira DC. Nursing care management in hospital settings: the building of a construct. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2012[cited 2016 Jun 12];46(3):729-35. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en\\_28.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_28.pdf)
4. Streiner DL, Kottner J. Recommendations for reporting the results of studies of instrument and scale development and testing. *J Adv Nurs*[Internet]. 2014[cited 2016 Mai 02];70(9):1970-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12402/epdf>
5. Perroca MG. The new version of a patient classification instrument: assessment of psychometric properties. *J Adv Nurs*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 10];69(8):1862-8. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12038/pdf>
6. Alves DFDS, Silva DD, Guirardello EDB. Nursing practice environment, job outcomes and safety climate: a structural equation modelling analysis. *J Nurs Manag*[Internet]. 2017[cited 2017 Jan 10];25(1):46-55. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12427/pdf>
7. Cucolo DF, Perroca MG. Assessment of the nursing care product (APROCENF): a reliability and construct validity study. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2017[cited 2017 May 02];25:e2860. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2860.pdf>
8. Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2015[cited 2016 May 10];23(4):642-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/0104-1169-rlae-23-04-00642.pdf>
9. Chotolli MR. Avaliação do produto do cuidar em enfermagem em hospitais especializados [master's thesis on the Internet]. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2017 [cited 2018 Aug 02]. 110 p. Available from: [http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/382/2/mayararchotolli\\_dissert.pdf](http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/382/2/mayararchotolli_dissert.pdf)
10. Callegari J, Sidia M. Bioestatística: princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
11. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE, Tatham RL. Análise multivariada dos dados. 6th ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
12. Pierantoni CR, França T, Ney MS, Monteiro VO, Varella TC, Santos MR, et al. Performance evaluation: discussing technology for planning and managing health workforce. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2011[cited 2017 May 05];45(Esp):1627-31. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en\\_v45nspea14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe/en_v45nspea14.pdf)
13. Alves LR, Giacomini MA, Camelo SHH, Laus AM, Leal LA, Goulart BF, et al. Evidências sobre o trabalho em equipe na atenção hospitalar. *J Health NPEPS*[Internet]. 2016[cited 2017 Jan 05];1(2):246-62. Available from: <http://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/download/1592/1518>
14. Lamb BW, Jalil RT, Sevdalis N, Vincent R, Green JSA. Strategies to improve the efficiency and utility of multidisciplinary team meetings in urology cancer care: a survey study. *Health Serv Res*[Internet]. 2014[cited 2016 Feb 23];14:377. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-377>
15. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2013[cited 2016 Feb 23];18(11):3203-12. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n11/11.pdf>
16. Silva JB, Póvoa VCO, Lima MHM, Oliveira HC, Padilha KG, Secoli SR. Nursing workload in hematopoietic stem cell transplantation: a cohort study. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2015[cited 2016 Feb 15];49(Esp):92-8. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en\\_1980-220X-reeusp-49-spe-0093.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe/en_1980-220X-reeusp-49-spe-0093.pdf)
17. Melo RCJ, Souza IEO, Paula CC. Enfermagem neonatal: o sentido existencial do cuidado na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2013[cited 2016 May 15];66(5):656-62. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/03.pdf>
18. Toma TS. Da intuição às políticas públicas: a jornada para incorporação do Método Canguru no cuidado ao recém-nascido de baixo peso. *Bol Inst Saúde*[Internet]. 2012[cited 2017 May 10];13(3):231-8. Available from: <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v13n3/v13n3a05.pdf>
19. Barros ALBL, Sanchez CG, Lopes JL, Dell'Acqua MCQ, Lopes MHBM, Silva RCG. Processo de enfermagem: guia para a prática[Internet]. São Paulo: COREN-SP; 2015[cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://www.coren-sp.gov.br/sites/default/files/SAE-web.pdf>
20. Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2016[cited 2017 Jun 15];24:e2723. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/0104-1169-rlae-24-02723.pdf>
21. Rossetti AC, Gaidzinski RR, Bracco MM. Determining workload and size of nursing team in the pediatric emergency department. *Einstein*[Internet]. 2014[cited 2017 Jan 23];12(2):217-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v12n2/1679-4508-eins-12-2-0217.pdf>
22. Bronwyn H, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag*[Internet]. 2010[cited 2017 Feb 15];18(7):804-14. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x/pdf>
23. Nunes BK, Toma E. Assessment of a neonatal unit nursing staff: Application of the Nursing Activities Score. *Rev Latino-Am Enfermagem*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 17];21(1):348-55. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/v21n1a09.pdf>
24. Lucero RJ, Lake ET, Aiken LH. Nursing care quality and adverse events in US hospitals. *J Clin Nurs*[Internet]. 2010[cited 2016 Jun

- 14];19(15-16):2185–95. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057502/pdf/nihms218827.pdf>
25. Camelo SHH, Angerami ELS. Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para enfermagem. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 17];22(2):552-60. Available from: [www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a34.pdf)
-