Revista Científica de Enfermagem

MODELOS DE CUIDADOS EM ENFERMAGEM NA PERFORMANCE E QUALIDADE ASSISTENCIAL

Resumo: Objetivou-se analisar as evidências científicas sobre a efetividade dos modelos de cuidados em enfermagem na performance e qualidade assistencial. Revisão integrativa realizada no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023 no PubMed, CINAHL, EMBASE, CINAHL, SCOPUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Web of Science. As ferramentas JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies e Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials avaliaram a qualidade metodológica dos estudos. 16 modelos de cuidados de enfermagem foram encontrados, sendo os mais prevalentes 3 (18,7%) Modelo de Atendimento Total ao Paciente e 3 (18,7%) Modelo Equipe de Enfermagem. Os modelos de cuidados podem melhorar a satisfação do paciente, comunicação e processo de trabalho em equipe, redução de eventos adversos e desenvolvimento de liderança nos enfermeiros. Recomenda-se a condução de futuras pesquisas para fortalecer as evidências existentes.
Descritores: Enfermagem, Modelos de Enfermagem, Segurança do Paciente, Qualidade da Assistência à Saúde.

Nursing care models in performance and quality of care

Abstract: The objective is to analyze scientific evidence on the effectiveness of nursing care models on performance and quality of care. Integrative review carried out during the period from October 2022 to February 2023 with the following data bases, PubMed, CINAHL, EMBASE, CINAHL, SCOPUS, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Web of Science. The instruments JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies and Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials validate the methodological quality of the studies. This study found 16 nursing care models, with the most prevalent being 3 (18.7%) Total Patient Care Model and 3 (18.7%) Nursing Team Model. Care models can improve patient satisfaction, communication and teamwork processes, reduce adverse events, and develop leadership in nurses. It is recommended that future research be conducted to strengthen existing evidence.
Descriptors: Nursing, Nursing Models, Patient Safety, Quality of Health Care.

Modelos de atención de enfermería en el desempeño y calidad de la atención

Resumen: El objetivo es analizar la evidencia científica sobre la efectividad de los modelos de atención de enfermería sobre el desempeño y la calidad de la atención. Revisión integrativa realizada de octubre de 2022 a febrero de 2023 en PubMed, CINAHL, EMBASE, CINAHL, SCOPUS, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS) y Web of Science. Los instrumentos JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies, JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies e Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials evaluaron la calidad metodológica de los estudios. Se encontraron 16 modelos de atención de enfermería, siendo los más prevalentes 3 (18,7%) Modelo de Atención Total al Paciente, 3 (18,7%) Modelo de Equipo de Enfermería. Los modelos de atención pueden mejorar la satisfacción del paciente, los procesos de comunicación y trabajo en equipo, reducir los eventos adversos y desarrollar el liderazgo en las enfermeras. Se recomienda que se realicen investigaciones futuras para fortalecer la evidencia existente.
Descriptores: Enfermería, Modelos de enfermería, Seguridad del paciente, Calidad de la Atención en Salud.

Daniel Batista Conceição dos Santos
Doutor em Cardiologia pela Universidade de São Paulo. Docente da Faculdade Sírio Libanês.
E-mail: daniel_bdcs@hotmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8204-4714

Ana Lucia Batista Aranha
Mestre em Ciências. Docente da Universidade Nove de Julho.
E-mail: batista.aranha@gmail.com
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-8556-0968

Priscila Braga de Oliveira
Doutora em Gestão em Serviços e Saúde pela Universidade Estadual Paulista - UNESP. Enfermeira do HCFMB/UNESP. Conteudista do MBA Gestão em Saúde/USP.
E-mail: pb.oliveira@unesp.br
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-9583-7828

Submissão: 08/04/2024
Aprovação: 09/07/2024
Publicação: 02/08/2024

CC BY NC ND

Como citar este artigo:
Santos DBC, Aranha, ALB, Oliveira, PB. Modelos de cuidados em enfermagem na performance e qualidade assistencial. São Paulo: Rev Recien. 2024; 14(42):397-408. DOI: https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.397408

Introdução

As mudanças socioeconômicas e políticas têm influenciado fortemente na gestão das instituições de saúde. Para garantir sustentabilidade em um mercado tão competitivo, cada vez mais, os hospitais têm buscado estabelecer processos pautados na qualidade e segurança assistencial[1]. A Enfermagem é a maior categoria na área da saúde no Brasil, seu processo de trabalho tem grande impacto nos resultados estratégicos de uma instituição de saúde, sendo necessário criar estratégias que possibilitem a padronização do cuidado aliado a performance assistencial[2].

O processo de trabalho da Enfermagem dentro de uma instituição de saúde é amplo e se ramifica em uma rede de subprocessos que envolvem, o cuidar, supervisionar, gerenciar, pesquisar e ensinar. Neste processo, os trabalhadores de enfermagem, se inserem de forma heterogênea e hierarquizada, como um modelo de trabalho dividido por classe profissional. Os enfermeiros são os grandes responsáveis pelo gerenciamento do cuidado e da unidade, enquanto os profissionais de nível médio (técnicos e auxiliares de enfermagem), são destinadas as atividades assistenciais[3].

A gestão e a assistência de enfermagem têm sido repensadas constantemente, incorporando melhores práticas baseadas em evidências cientificas. Isto garante a otimização de recursos, qualidade e segurança, além de um cuidado eficaz e organizado com o foco no paciente e sua família. Apesar das mudanças no cenário global dos sistemas de saúde, ainda há modelos e práticas de gestão em enfermagem que por muito tempo foram considerados padrão e que hoje devem ser questionados[4].

Modelo de gestão pode ser definido como uma estrutura conceitual e operacional com enfoque na padronização do processo de trabalho e da organização dos recursos materiais, humanos e financeiros, definidos para uma dada estrutura institucional. Este modelo norteia os objetivos institucionais, compreendendo um conjunto de análises, decisões, comunicação, liderança controle e avaliação. Diante disso, é cada vez mais comum a implementação de conceitos gerenciais na prática profissional das equipes de saúde. Esta prática permite uma melhor gestão dos indicadores, avaliação dos serviços, bem como a busca por melhores resultados, associando a gestão na prática diária[5].

O modelo assistencial é a combinação de saberes e técnicas para promover a articulação entre os recursos humanos, físicos e tecnológicos integrando-os ao processo assistencial. Possui três dimensões: gerencial (política e mecanismos adotados), organizativa (recursos) e tecno assistencial (produção do cuidado). A implementação de modelos de cuidados está associada a melhores práticas de saúde, com resultados na diminuição da mortalidade, melhor qualidade do cuidado, redução de erros de medicação e índice de infecção relacionadas a assistência à saúde. Além disso, outros estudos relataram a melhora na satisfação do paciente e dos profissionais[6,7].

A implementação de modelos assistenciais pode auxiliar as equipes na entrega de resultados e na resolução de problemas complexos de saúde[1]. Pesquisas que avaliaram modelos assistenciais de cuidados em Enfermagem, identificaram nos enfermeiros que participaram do estudo uma

associação entre um conjunto de habilidades predominantes e melhores desfechos dos pacientes[8,9]. Outro estudo identificou melhorias no trabalho em equipe, com impacto direto na melhora da comunicação interprofissional e trabalho em equipe[6].

Diante dos impactos positivos dos modelos de cuidados na performance das equipes e qualidade assistencial, a implementação dessa metodologia tem sido recomendada por diversas organizações e conselhos de enfermagem[9]. No entanto, para a escolha do modelo assistencial adequado que será implementado, deve ser realizado um estudo de viabilidade com embasamento em evidências que demostre sua eficácia, e adequação a realidade assistencial da instituição[6].

Dada a importância desta temática para a gestão dos serviços de saúde, bem como a escassez de estudos relacionados ao tema na literatura, sendo necessário conhecer e difundir os modelos de cuidados em enfermagem, possibilitando assim a adaptação e implementação desses modelos à realidade dos serviços de saúde brasileiros.

Neste contexto o objetivo desta revisão foi evidenciar a efetividade dos modelos de cuidados utilizados na enfermagem com enfoque na performance e qualidade assistencial.

Material e Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada com base na análise de artigos científicos disponíveis nas bases de dados no período de outubro de 2022 a fevereiro de 2023. Esta revisão foi desenvolvida rigorosamente à luz das orientações preconizadas pelo PRISMA Statement[10].

A revisão foi composta por seis etapas: (1) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; (3) definição das informações extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados (6) apresentação da síntese do conhecimento[11].

Foram incluídos estudos primários que demonstraram ou compararam os diferentes modelos assistenciais de enfermagem envolvendo enfermeiros de diferentes especialidades, sem restrição de idioma ou período de publicação; bem como estudos que compararam quaisquer modelos de prestação de cuidados de enfermagem e que englobassem pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e equipe de enfermagem com atuação em âmbito hospitalar.

Excluídos estudos realizados em ambientes comunitários, unidades de assistência obstétricas e pesquisas nos quais não foi possível acessar os dados complementares após três tentativas de contato com os autores; revisões da literatura, editoriais, resenhas, relatos de experiências, estudos de caso, reflexões teóricas, dissertações, teses, monografias e resumos publicados em anais de eventos.

Este estudo se desenvolve a partir da seguinte questão norteadora: Quais os modelos de cuidados em enfermagem encontrados na literatura com enfoque na melhora da performance e qualidade assistencial? Quais as contribuições dos modelos de cuidados em enfermagem para uma assistência eficaz e segura? Posteriormente, foram selecionadas as seguintes bases de dados: PubMed, CINAHL, EMBASE, SCOPUS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Web of Science* para

responder às questões de pesquisa, a partir da estratégia PICO: P: População (Enfermeiros) / I: Intervenção (modelos de cuidados em enfermagem) / C: Controle (Assistência de enfermagem sem modelo norteador) / O: Desfechos (Desfechos de performance e qualidade assistência da equipe de enfermagem). Os três componentes descritos do acrônimo PICO foram empregados nas diferentes combinações dos descritores controlados, palavras-chave e os operadores booleanos AND e OR (estratégias de busca das publicações nas bases de dados). O período de coleta dos estudos foi entre outubro de 2022 e fevereiro de 2023. Foram criadas as seguintes estratégias de busca nas bases de dados:

1 - CINAHL foi: ("Nurses" OR "Nursing") AND (MH "Nursing Models, Theoretical" OR "Models" OR "Models, Nursing") AND MH "Quality of Health Care" AND MH "Patient Safety".

2 - SCOPUS: (TITLE-ABS-KEY (nurses OR nursing) AND TITLE-ABS-KEY (nursing AND models OR models, AND nursing) AND TITLE-ABS-KEY (patient AND safety) AND TITLE-ABS-KEY (quality AND of AND health AND care).

3 - LILACS: ("Nurses" OR "Nursing") AND (MH "Nursing Models, Theoretical" OR "Models" OR "Models, Nursing") AND MH "Quality of Health Care" AND MH "Patient Safety".

4 - *Web of Science*: (Nurses OR Nursing (((Nursing) OR (Nurses)) AND ((Models) AND (Models, Nursing))) AND ((Quality of Health Care) AND (Patient Safety).

5 - PUBMED: ("Nursing"[Mesh]) AND "Nurses"[Mesh]) AND "Models, Nursing"[Mesh]) AND "Patient Safety"[Mesh]) AND "Quality of Health Care"[Mesh]).

6 - Embase: ('nurse'/exp OR nurse OR 'nursing'/exp OR nursing) AND ('nonbiological model'/exp OR 'nonbiological model') OR 'nursing theory'/exp OR 'nursing theory') AND ('health care quality'/exp OR 'health care quality') AND ('patient safety'/exp OR 'patient safety').

Os estudos encontrados foram revisados por dois examinadores, a partir da leitura de títulos e resumos por pares, de forma independente. Estudos selecionados por apenas um par de revisores foram incluídos na fase seguinte.

Os dados foram analisados quanto ao nível de evidência dos artigos selecionados e foram classificados da seguinte forma: Nível 1 - Desenhos de pesquisas experimentais: 1.a) Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados; 1.b) Revisão sistemática de ensaios randomizados, controlados e outros desenhos de estudo; 1.c) Ensaio controlado randomizado; 1.d - Pseudoensaios controlados, randomizados; Nível 2 - Desenhos quase-experimentos: 2.a) Revisão sistemática de estudos quase-experimentais; 2.b) Revisão sistemática de quase-experimento e outros desenhos de estudo de menor evidência; 2.c) Estudos prospectivamente controlados de quase-experimentos; 2.d) Pré-teste e pós-teste ou estudos de grupos controlados históricos retrospectivos; Nível 3 - Observacional - desenhos analíticos: 3.a) Revisão sistemática de estudos de coortes comparáveis; 3.b) Revisão sistemática de coortes comparáveis e outros desenhos de estudo de menor evidência; 3.c) Estudo de coorte com grupo-controle; 3.d) Estudo de caso-controle; 3.e) Estudos observacionais sem um grupo-controle; Nível 4 - Observacional - estudos descritivos: 4.a) Revisão sistemática de estudos descritivos; 4.b) Estudo transversal; 4.c) Séries de casos; 4.d) Estudo de caso; Nível 5 - Opinião de especialistas - Pesquisas de bancada em laboratório: 5.a) Revisão sistemática de opinião de especialistas; 5.b) Consenso de especialistas; 5.c) Pesquisa de bancada de laboratório/opinião de um especialista[10].

Foi realizada a análise da qualidade metodológica com a ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies* e *JBI Critical*

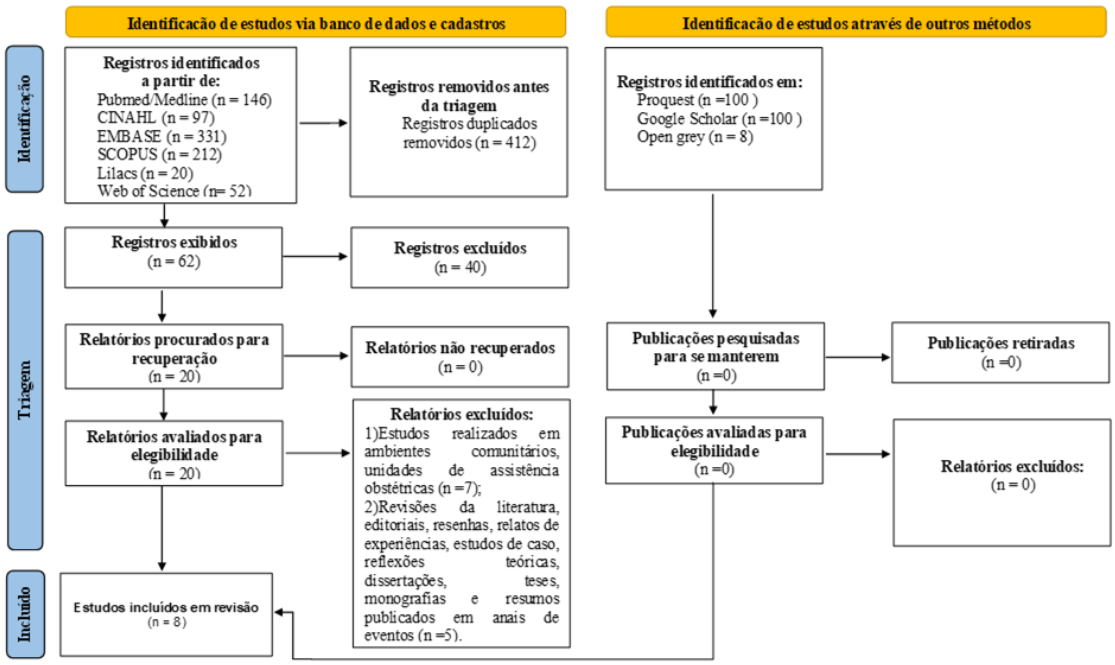
Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies propostos pela *Joanna Briggs Institute* (JBI)[11] por dois revisores independentes, que contêm um checklist de perguntas para cada tipo de estudo com as seguintes opções de respostas: Sim; Não; Não se aplica ou Não está claro. As divergências entre os revisores foram resolvidas em consenso com um terceiro revisor. Os estudos foram classificados como baixo risco de viés (notas acima de 6), moderado risco de viés (nota de 4 até 5) e alto risco de viés (notas abaixo de 4). Todos os estudos, independente da qualidade metodológica (alto, baixo e moderado risco de viés), foram submetidos a extração e síntese dos dados[12].

Para os ensaios clínicos randomizados foi empregado a ferramenta *Cochrane Risk-of-Bias tool for randomized trials* (RoB 2), que apresenta seis domínios: D1 Processo de Randomização; DS Risco de viés decorrente de efeitos de período e transferência; D2 Desvios das intervenções pretendidas; D3 Ausência de dados de desfechos; D4 Mensuração do desfecho; D5 Seleção do resultado relatado. O julgamento do risco de viés relacionado a cada um dos domínios foi baseado em informações extraídas dos estudos, e categorizadas como “alto risco” ou “baixo risco” de viés. Da mesma forma, na inexistência de detalhes suficientes relatados no estudo, o risco de viés foi julgado como “algumas preocupações”[13]. Após a categorização dos estudos, os dados foram sintetizados para a análise descritiva de acordo com o ano de publicação, local onde o estudo foi realizado, objetivo, tipo de estudo, nível de evidência, tipos de modelos de cuidados em enfermagem.

Resultados

Um total de 858 artigos foram recuperados durante a busca final nas bases de dados, após a remoção dos duplicados, 446 artigos foram eleitos. Após a leitura de títulos e resumos (fase 1), 62 artigos foram selecionados para leitura integral (fase 2), dos quais 40 foram excluídos, resultando em 8 artigos incluídos para síntese qualitativa (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de fluxo de critérios de pesquisa e seleção de literatura, São Paulo, Brasil, 2023.



Fonte: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al, 2021.

Nos 8 estudos incluídos foram identificados 16 modelos de cuidados de enfermagem, sendo os mais prevalentes, Modelo de Atendimento Total ao Paciente 3 (18,7%), Modelo Equipe de Enfermagem 3 (18,7%), Modelo de Prestação de Cuidados Integrados de um Enfermeiro Clínico Líder 2 (12,5%) e Modelos Funcionais de Organização do Cuidado de Enfermagem 2 (12,5%) (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos modelos de cuidados em enfermagem encontrados nos estudos incluídos, São Paulo, Brasil, 2023.

Autor	Modelo de cuidado
Bender, *et al*, 2017	Modelo de Prestação de Cuidados Integrados de um Enfermeiro Clínico Líder: Um Enfermeiro registrado com mestrado é responsável pelos resultados do atendimento ao cliente, coordenando, delegando e supervisionando os cuidados prestados pelas equipes de saúde e de enfermagem nas unidades assistenciais.
Dubois, *et al*, 2013	Modelos Profissionais de Organização do Cuidado de Enfermagem: visão da enfermagem com disciplina profissional, empregando profissionais com nível superior. Possui estrutura de governança com maior apoio aos enfermeiros registrados e maior quantidade de horas de cuidado prestados por enfermeiros. Ramifica-se em 1) Modelo do Profissional Inovador (Modelo inovador com mais horas de atendimento ao paciente/dia e maior proporção de enfermeiros registrados e graduados) e 2) Modelo Profissional Básico. (versão básica deste modelo). Modelos Funcionais de Organização do Cuidado de Enfermagem: visão da enfermagem como amplo conjunto de tarefas que podem ser realizados por uma variedade de equipes de trabalhadores como, Enfermeiras licenciadas e equipe não regulamentada. Divide-se em 1) Modelo Funcional Adaptativo (maior quantidade de horas de atendimento por paciente/dia, entretanto, baixo percentual de enfermeiros registrados enfermeiros graduados e baixa inovação) e 2) Modelo Funcional Básico (possui características inferiores ao modelo adaptativo, com menor quantidade de horas de atendimento ao paciente dia e maior atuação de categorias de profissionais de enfermagem.
Bender, *et al*, 2016	Modelo de Prestação de Cuidados Integrados de um Enfermeiro Clínico Líder: Um Enfermeiro registrado com mestrado é responsável pelos resultados do atendimento ao cliente, coordenando, delegando e supervisionando os cuidados prestados pelas equipes de saúde e de enfermagem nas unidades assistenciais.
Havaei, *et al*, 2019	Modelo de Atendimento Total ao Paciente: uma Enfermeira registrada é responsável pelo cuidado total de vários pacientes Modelo Equipe de Enfermagem: Enfermeiros registrados e matriculados são responsáveis por dar cuidado total ao paciente.
Abusamra, *et al*, 2022	Modelo de Atendimento Total ao Paciente: uma Enfermeira registrada é responsável pelo cuidado total de pelo menos um paciente. Modelo Funcional de Enfermagem: visão da enfermagem como amplo conjunto de tarefas que podem ser realizados por uma variedade de equipes de trabalhadores da Enfermagem. Modelo Equipe de Enfermagem: Enfermeiros registrados supervisiona e direciona o cuidado partilhado entra a equipe.
Boonpracom, *et al*, 2018	Modelo Estrutura-Processo-Resultado para a qualidade da assistência de enfermagem: compreende características organizacionais (ambiente de prática de enfermagem), recursos humanos (equipe de enfermagem) e assistência técnica (cuidados de enfermagem inacabados). Os enfermeiros incluídos nesse modelo prestavam cuidado a beira-leito.
Tran, *et al*, 2010	Modelos de Cuidados Compartilhados em Enfermagem: trabalho em equipe composto por Enfermeiro Registrado lidera equipe de Enfermeiras matriculadas e auxiliares. Modelo de Atendimento Total ao Paciente (Alocação de pacientes): uma Enfermeira registrada é responsável pelo cuidado total de vários pacientes.
Mcphail, *et al*, 1990	Primary Nursing: Enfermeiros registrados eram responsáveis por dar total cuidado ao paciente. Método Equipe de Enfermagem): Enfermeiros registrados e matriculados são responsáveis por dar cuidado total ao paciente.

Fonte: Próprio autor.

Todos os artigos incluídos na revisão estavam em inglês e foram publicados entre 1990 e 2022, nos seguintes países: Estados Unidos (25%), Canadá (37,5%), Austrália (12,5%), Tailândia (12,5%) e Jordania (12,5%). Quanto as contribuições dos modelos de cuidados de enfermagem na qualidade e performance assistencial, os autores relatam que a presença de um modelo assistencial influencia diretamente na qualidade da assistência de enfermagem e satisfação do paciente, dando suporte para a prática profissional da equipe, além de influenciar diretamente nos processos de cuidado multiprofissional e catalisar boas práticas assistenciais[5,14-20]. Em relação a promoção da qualidade e segurança do paciente os modelos de cuidados foram associados a menores eventos adversos relacionados ao paciente como, lesão por pressão, infeção de corrente associada ao cateter venoso e infeção de trato urinário[15,19].

A presença de um modelo de cuidados gerou impactos positivos nos resultados de enfermagem como, melhora da comunicação e do processo de trabalho da equipe[14], melhora do ambiente de trabalho[19] e desenvolvimento de liderança nos enfermeiros[16]. Não houve diferença significativas na comparação entre modelos de cuidados de enfermagem identificados nos estudos com a qualidade dos cuidados prestados, menor proporção de eventos adversos, satisfação profissional, satisfação do paciente, menor índice de absenteísmo e exaustão emocional[5,17,18,20]. Modelos de cuidados que levam em consideração a composição de suas equipes baseadas em enfermeiros registrados possuem melhor inovação e práticas de qualidade[15].

Dos oito artigos incluídos, 6 (75%) deles utilizavam o desenho de estudo transversal, 1 (12,5%) quase experimental e 1 (12,5%) estudo cruzado randomizado. Quando a abordagem, 6 (75%) estudos foram classificados como quantitativa, 2 (25%) abordagem mista, ou seja, qualitativa e quantitativa. Quanto ao nível de evidências 6 estudos (75%) foram classificados como nível 4, 1 (12,5%) como nível 2 e 1(12,5%) como nível 1.

Os escores de avaliação crítica foram calculados a partir dos instrumentos fornecidos pelo JBI (QUADRO 1 e 2), e Colaboração *Cochrane* (FIGURA 2), aplicados para os oito estudos.

Quadro 1. Avaliação da qualidade metodológica dos estudos transversais analíticos com a ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies*, São Paulo, Brasil, 2023.

Questões para análise crítica de Estudos Transversais Analíticos	Bender, *et al*, 2017	Dubois, *et al*, 2013	Bender, *et al*, 2018	Havaei, *et al*, 2019	Abusamra, *et al*, 2022	Boonpracom, *et al*, 2018	%
Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos?	S	S	S	S	S	S	100
Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente?	S	S	S	S	S	S	100
A exposição foi medida de forma válida e confiável?	NA	S	S	S	S	S	100

Foram usados critérios objetivos e padronizados para medir a condição?	S	S	S	S	S	S	100
Foram identificados fatores de confusão?	N	S	S	S	S	S	100
Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão?	N	S	S	S	S	S	83,33
Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?	S	S	S	S	S	S	100
Foi utilizada análise estatística apropriada?	S	S	S	S	S	S	100
Total	6/7	8/8	8/8	8/8	8/8	8/8	
Avaliação final	Moderado risco	Baixo risco	Baixo risco	Baixo risco	Baixo risco	Baixo risco	-

I, incerto; N, não; NA, não aplicável; S, sim.
Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

Quadro 2. Avaliação da qualidade metodológica do estudo quase experimentais com a ferramenta *JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies*, São Paulo, Brasil, 2023.

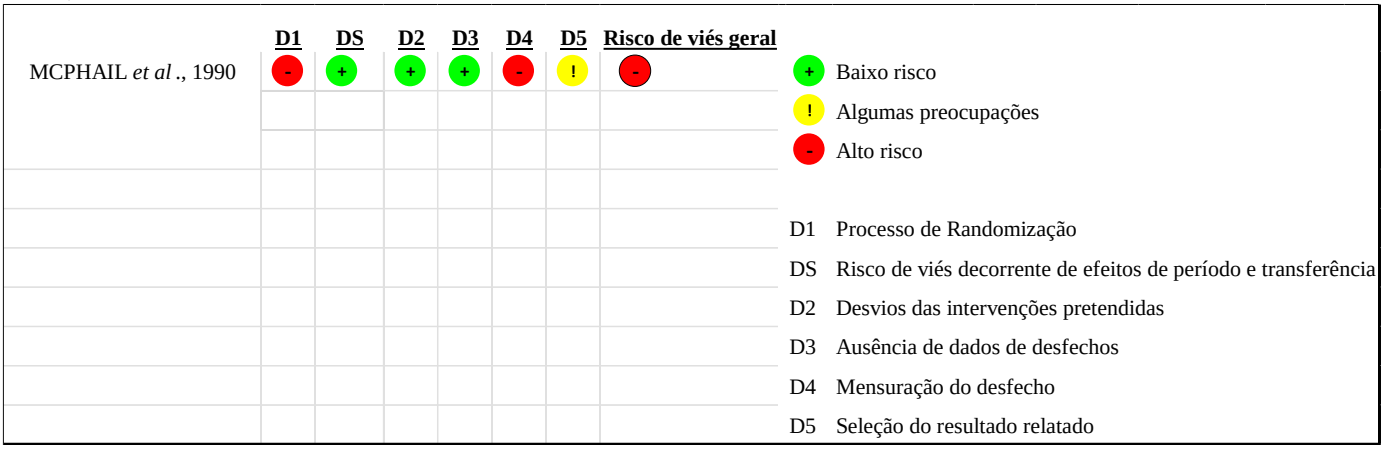
Questões para análise crítica de estudo quase experimental	Tran, *et al*, 2010	%
Está claro no estudo qual é a "causa" e qual é o "efeito" (ou seja, não há confusão sobre qual variável vem primeiro)?	S	100
Os participantes foram incluídos em quaisquer comparações semelhantes?	S	100
Os participantes foram incluídos em quaisquer comparações que receberam tratamento/cuidado semelhante, além da exposição ou intervenção de interesse?	S	100
Houve grupo controle?	NA	100
Houve múltiplas mensurações do resultado, antes e depois da intervenção/exposição?	S	100
O acompanhamento foi completo, e, caso contrário, as diferenças entre os grupos, em termos de acompanhamento, foram adequadamente descritas e analisadas?	S	100
Os resultados dos participantes incluídos em quaisquer comparações foram medidos da mesma forma?	S	100
Os resultados foram medidos de forma confiável?	S	100
Análise estatística apropriada foi utilizada?	S	100
Total	8/8	100
Avaliação final	Baixo risco	

I, incerto; N, não; NA, não aplicável; S, sim.
Fonte: Dados da pesquisa, 2023.

De acordo com o instrumento de avaliação da qualidade metodológica do JBI para os estudos transversais analíticos, 5 (83,3%) foram classificados como baixo risco de viés (Quadro 3). 1 pesquisa quase experimental (100%) ao ser avaliado pela ferramenta JBI foi classificado com baixo risco de viés (Quadro 2).

O ensaio clínico randomizado apresentou baixo risco de viés para o domínio 1 (Processo de Randomização) e domínio 4 (mensuração dos desfechos) e "algumas preocupações" para o domínio 5. O resultado geral classificou o estudo com alto risco de viés (Figura 2).

Figura 2. Avaliação do risco de viés do ensaio randomizado por meio da ferramenta Rob 2 da Cochrane, São Paulo, Brasil, 2023.



Fonte: Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD, et al. 2011.

Discussão

Os resultados relacionados ao efeito de um modelo de cuidados sobre a desfechos de qualidade e segurança nos pacientes parecem bem descritos, pois os estudos demostraram diminuição da incidência de lesão por pressão, infecção de corrente sanguínea associada ao catéter e infecção do trata urinário[15,19].

Estes dados corroboram com uma revisão sistemática com metanálise que evidenciou a redução da incidência de quedas, erros de medicações, e redução do escore de dor em pacientes que eram cuidados por equipes de enfermagem norteadas por modelo de cuidados[6].

Nas unidades de saúde onde existe uma fragilidade no modelo assistencial, os pacientes podem não receber cuidado de enfermagem essenciais, aumentando assim o risco de eventos adversos em pacientes. Diante disso, os serviços de saúde devem implementar modelos de cuidados que norteiem as equipes de enfermagem na entrega de uma assistência pautada na segurança e qualidade[19].

A organização do trabalho dos enfermeiros baseada em modelos de cuidados reconhecidos pode ter um impacto no bem-estar e desempenho das equipes na entrega do cuidado[8].

Existem quatro modelos de cuidados tradicionais na literatura para organizar o trabalho, Modelo Atendimento Total ao Paciente, Modelo Equipe de Enfermagem, Primary Nursing e Modelos Funcionais de Organização do Cuidado de Enfermagem[21].

Estes dados estão de acordo com o perfil de modelos de cuidados demostrados nos estudos analisado por esta revisão.

Neste estudo percebeu-se que os modelos de cuidados que têm em sua composição enfermeiros registrados possuem melhores práticas de qualidade[15].

Dados semelhantes foram encontrados em pesquisa que evidenciou o cuidado de enfermagem mais eficiente e seguro no Modelo de Atendimento Total ao Paciente[6].

Uma pesquisa evidenciou que a redução de erros de medicação e de outros eventos adversos podem ser atribuídos ao maior tempo disponível de enfermeiros registrados a beira leito educando os pacientes e as equipes[4].

A presença de enfermeiros líderes pode orientar o desenvolvimento do modelo de cuidado

melhorando os resultados de enfermagem e satisfação do paciente. Cabe aos gestores de enfermagem criarem políticas de dimensionamento de profissionais que garantam maior proporção de enfermeiros liderando o cuidado[22].

Foi identificado nesta pesquisa que não houve diferenças significativas na comparação entre modelos de cuidados de enfermagem identificados nos estudos com a qualidade dos cuidados prestados, menor proporção de eventos adversos, satisfação profissional, satisfação do paciente, menor índice de absenteísmo e exaustão emocional[5,17,18,20].

Esses resultados concordam com estudos que comparam diversos modelos de cuidados de enfermagem[21,23]. Sabe-se que diferentes formas de modelos de cuidados variam nos aspectos tomado de decisão clínica, alocação de tarefas, comunicação e gestão[14].

Para a escolha de um modelo específico para a instituição deve-se entender a realidade de cada estrutura levando em consideração fatores sociais, econômicos e perfil clínico de pacientes[1].

Vários estudos investigaram o efeito de vários modelos de cuidados nos resultados de enfermagem, foi observado melhora da comunicação e do processo de trabalho em equipe, além do desenvolvimento de liderança nos enfermeiros[14,17,19].

Um estudo que avaliou os atributos de modelos de cuidados evidenciou melhora na comunicação entra as equipes e clareza de papeis[6]. Outra pesquisa de mesmo escopo demonstrou ganhos no trabalho em equipe, sendo o Modelo Equipe de Enfermagem o que obteve maior desempenho em comparação com o Primary Nursing[21].

Acredita-se que o Modelo Equipe de Enfermagem possibilita trabalhar as diversas habilidades das categorias profissionais de enfermagem tornando o ambiente de trabalho mais rico e dinâmico[21,22].

A liderança na enfermagem é uma habilidade muito importante para o trabalho em equipe e a prestação de cuidados de excelência[16].

Neste estudo foi a presença de um modelo de cuidado estava associado ao desenvolvimento de liderança nos enfermeiros. Estes dados estão de acordo com estudo que comparou modelos de cuidados e evidenciou que a liderança foi uma habilidade essencial para o trabalho em equipe, planejamento da assistência e registro seguro da documentação do paciente[23].

Outro estudo sobre Modelo de Valore ne Enfermagem percebe-se a liderança como fundamento essencial do enfermeiro, possibilitando a comunicação clara com a equipe, delegação de tarefas, resolução de problemas e conflitos, iniciativa além da tomada de decisão[8].

A liderança deve ser um eixo estruturado presente no arcabouço de cada modelo de cuidados e deve ser desenvolvida na equipe para que haja ganhos no processo de trabalho, satisfação dos profissionais e melhor qualidade do cuidado[17].

Diante disso, desenvolver programas institucionais contínuos sobre liderança na enfermagem deve ser uma prioridade dos gestores de enfermagem.

Apesar das evidências identificadas, algumas limitações devem ser consideradas para esta revisão. A maioria dos estudos incluídos eram do tipo transversal, este modelo não possibilita uma análise mais precisa da eficácia dos modelos de cuidados de enfermagem nem os desfechos de segurança do

paciente e qualidade assistencial.

Outro viés importante é a falta de cegamento dos participantes dos estudos, bem como o pequeno tamanho da amostra da maioria das pesquisas. Este fato pode indicar falta de poder estatístico para detectar diferenças estatísticas entre os modelos.

Tem-se conhecimento sobre a grande dificuldade referente ao recrutamento de números adequados de enfermeiros e a manutenção desses profissionais nos seguimentos dos estudos. Diante disso, acredita-se que estes fatores impactam diretamente na criação de pesquisas com maior qualidade metodologia gerando uma escassez de evidências cientificas de qualidade.

Conclusão

Conclui-se que os modelos de cuidados de enfermagem constituem uma estratégia organizacional da prática da enfermagem que pode promover qualidade assistencial e auxiliar na performance dos resultados do enfermeiro e de sua equipe.

Surpreendentemente pouco benefício foi encontrado nas comparações entre os modelos de cuidados, já que todos apoiam as equipes de enfermagem nos resultados relacionados a qualidade e performance.

A incorporação de enfermeiros registrados nas equipes de enfermagem parece ser um direcionador de boas práticas assistenciais e maior satisfação do paciente.

Os sistemas de saúde podem estimular os enfermeiros a realizarem cuidados de alta qualidade implementando modelos assistenciais que norteiam e melhorem a sua prática.

Cabe aos gestores de enfermagem a escolha do modelo de cuidado mais adequado a realidade da sua instituição e equipe.

Além disso, deve-se criar políticas e estratégias que garantam condições de trabalho mais justas como, dimensionamento adequado de profissionais de enfermagem, programas de treinamento e desenvolvimento das habilidades técnicas e plano e cargos e salários.

Sugere-se a realização de estudos experimentais bem delineados, a fim de fortalecer a qualidade das evidências aqui apresentadas, e de pesquisas futuras que contemplem segmentos específicos da segurança do paciente.

Referências

1. Gerolin FSF, Cunha ICKO. Modelos assistenciais na enfermagem - revisão de literatura. Enferm Foco. 2013; 4(3):33-36.

2. Machado MH, Santos, MR, Wermelinger M, Vieira M, Filho A. Condições de trabalho da enfermagem no Brasil: uma abordagem a partir da pesquisa perfil da enfermagem do Brasil. Divulgação em Saúde Para Debate. 2016; 56:70-78.

3. Paula M, et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro da estratégia de saúde da família. Reme: Rev Min Enferm. 2014; 18(2):454-462.

4. Ives Erickson J, Ditomassi M. Professional practice model: strategies for translating models into practice. Nurs Clin North Am. 2011; 46(1):35-44.

5. Tran D T, Johnson M, Fernandez, R; Jones S. A shared care model vs. a patient allocation model of nursing care delivery: comparing nursing staff satisfaction and stress outcomes. Int J Nurs Pract. 2010; 6:148-58.

6. Fernandez R, Johnson M, Tran D T, Miranda C. Models of care in nursing: a systematic review. Int J Evid Based Healthc. 2012; 10(4):324-31.

7. Fertonani HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. The health care model: concepts and challenges for primary health care in Brazil. Ciênc Saúde Coletiva. 2015; 20(6):1869-78.

8. Kaya A, Boz İ. The development of the professional values model in nursing. Nurs Ethics.

2019; 26(3):914-923.

9. Darnell LK, Hickson SV. Cultural competent patient-centered nursing care. Nurs Clin North Am. 2015; 50(1):99-108.

10. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt, PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow, CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021; 71:372.

11. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987; 10(1):1-11.

12. Lockwood C, Porrit K, Munn Z, Rittenmeyer L, Salmond S, Bjerrum M, et al. Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. In: Aromataris E, Munn Z, editors. JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide: Joanna Briggs Institute. 2020; 23(3).

13. Higgins JPT, et al. A revised tool for assessing risk of bias in randomized trials. In: Chandler J, Clarke M, McKenzie J, Boutron I, Welch V, editors. Cochrane Methods 2016. Cochrane Database of Syst Rev. 2016; 10 (1):29-31.

14. Bender M, Williams M, SU W, Hites L. Refining and validating a conceptual model of Clinical Nurse Leader integrated care delivery. J Adv Nurs. 2017; 73(2):448-464.

15. Dubois CA, D'amour D, Tchouaket E, Clarke, S, Rivard M, Blais R. Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. Int J Qual Health Care. 2013; 25 (2):110-7.

16. Bender M, Spiva L, SU W, Hites, L. Organising nursing practice into care models that catalyse quality: a clinical nurse leader case study. J Nurs Manag. 2018; 26(6):653-662.

17. Havaei F, Dahinten, VS, Macphee M. Effect of nursing care delivery models on registered nurse outcomes. SAGE Open Nurs. 2019; 13(5):2377960819869088.

18. Abusamra A, Rayan AH, Obeidat RF, Hamaideh SH, Baqeas MH, Albashtawy M. The relationship between nursing care delivery models, emotional exhaustion, and quality of nursing care among jordanian registered nurses. SAGE Open Nurs. 2022; 1(8):23779608221124292.

19. Boonpracom R, Kunaviktikul W, Thungjaroenkul P, Wichaikhum, O. A causal model for the quality of nursing care in Thailand. Int Nurs Rev. 2019; 66(5):130-138.

20. Mcphail A, Pikula H, Roberts J, Browne G, Harper D. Primary nursing. A randomized crossover trial. West J Nurs Res. 1990; 12(2):188-97.

21. King A, Long L, Lisy K. Effectiveness of team nursing compared with total patient care on staff wellbeing when organizing nursing work in acute care wards: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep. 2015; 13(11):128-68.

22. Hessels AJ, Flynn L, Cimiotti JP, Cadmus E, Gershon RR. The impact of the nursing practice environment on missed nursing care. Clin Nurs Stud. 2015; 3(4):60-65.

23. Fairbrother G, Jones A, Rivas K. Changing model of nursing care from individual patient allocation to team nursing in the acute inpatient environment. Contemp Nurse. 2010; 35(2):202-20.