

ORDEM **dos** ENFERMEIROS

Suplemento da Revista N.º 13, Julho de 2004

Gestão

Resumo mínimo de dados

Qualidade / Produtividade



Número 14
SUPLEMENTO
III
SÉRIE

REPÚBLICA
SUPLEMENTO

SUMÁRIO
PARTE

Enquadramento

Incentivos e indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem

A chamada de atenção para o propósito de a Unidade de Missão impor, nos hospitais sociedades anónimas (S. A.), um sistema de incentivos e de indicadores, destinado aos enfermeiros, que se consideram inadequados e inaceitáveis, obrigou a um trabalho que queremos testemunhar.

Tendo aderido de forma assinalável à ideia, os enfermeiros-directores disponibilizaram-se, a convite da Ordem dos Enfermeiros, para fazer uma reflexão conjunta e para partilhar os assuntos que se considerou pertinente discutir.

Foram evidentes, durante as sessões de trabalho, as incongruências quanto à informação relativa à atribuição dos incentivos propostos, existente em cada hospital. Esta informação chegava de forma dispar. Considerou-se que tais incentivos não se adequariam à área de enfermagem, nem seriam congruentes para os resultados esperados por cuidados de enfermagem. Foi, igualmente, evidente o facto de os enfermeiros não terem oportunidade para participarem na definição de objectivos, por serviço e por equipa. Estas são, entre outras, as razões que levaram a Ordem a considerar urgente, e da maior importância, a elaboração de uma proposta de um quadro de referência sobre indicadores.

Pelo meio, houve a posição pública, o contacto com o Ministro da Saúde, uma reunião com a Unidade de Missão, dinâmicas de grupo para abordagem dos incentivos e indicadores, e a expressão de disponibilidade dos enfermeiros-directores presentes nas reuniões para cooperarem neste trabalho e manterem o interesse em apoiar a Ordem, num processo que antevêm de implementação difícil.

Neste contexto, considerou-se existirem princípios que devem orientar a prática, como os que a seguir se indicam.

- **Adoptar como instrumento de trabalho o quadro de referências sobre indicadores de qualidade e produtividade apresentado pela Ordem.**
- **Estabelecer objectivos com a presença e intervenção dos enfermeiros**, a nível operacional em enfermagem intermédio e estratégico, permitindo a proposta e alocação dos recursos necessários aos fins em vista.
- **Adoptar um sistema de informação que inclua indicadores de cuidados de enfermagem**, inscritos numa

matriz que represente cada área profissional participante nos cuidados de saúde, que vai para além dos dados da produção previstos no SIGA.

- **Defender a ligação dos incentivos individuais à avaliação do desempenho**, dada a dificuldade de evidenciar a produção individual nesta fase, permitir que a identificação dos indicadores de produtividade e de qualidade dos cuidados de enfermagem seja efectuada através da avaliação colectiva das intervenções dos enfermeiros por serviço ou por equipa.

Neste contexto, a Ordem dos Enfermeiros assumiu, com o conhecimento dos enfermeiros-directores, uma posição que envolve as seguintes intervenções:

- **apresentar, junto do Ministro da Saúde e de outras instâncias, locais, regionais e nacionais, da posição da Ordem e dos enfermeiros, nomeadamente do Quadro de Referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade em enfermagem;**
- **divulgar, nos grupos de cidadãos, nas associações, nos sindicatos e na comunicação social, as medidas que traduzam evidências positivas ou lacunas organizacionais, bem como o tipo de reconhecimento de competências dos enfermeiros;**
- **criar redes de contactos para avaliação da implementação do quadro de indicadores e a adopção do modelo de incentivos por serviço / instituição, apoiando a tomada de decisão.**

Os princípios e as estratégias eleitos serão complementados com a discussão pública, nos próximos 120 dias, do quadro de referência para a construção de indicadores de qualidade e de produtividade em enfermagem.

Com o objectivo de lançar esta discussão optamos por reunir neste suplemento alguns textos que ajudarão a orientar a reflexão sobre estas questões nas suas diferentes vertentes.

Decorrido o período de debate público no qual os órgãos sociais da Ordem estarão envolvidos, preconiza-se, além da intervenção permanente, a realização de um momento de síntese e debate alargado no último trimestre de 2004.

Contamos consigo e com o contributo de todos!

Quadro de Referência para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem

Documento para discussão pública dos membros da Ordem dos Enfermeiros

De acordo com o Conselho Internacional dos Enfermeiros, do qual a Ordem dos Enfermeiros (OE) faz parte, a enfermagem compreende o cuidado autónomo e interdependente de pessoas de todas as idades, famílias, de todos os grupos e todas as comunidades, são ou doentes e em todos os contextos. A enfermagem ocupa-se, sobretudo, da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num estágio terminal. Os objectivos da enfermagem são defender a pessoa, promover um ambiente seguro, desenvolver investigação na área, participar na formulação de políticas de saúde, gerir e formar.

O conceito de enfermagem encontra-se definido no n.º 1 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro) da Legislação Portuguesa, da seguinte forma: "...é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível."

O terceiro ponto do Artigo 8.º do citado Diploma refere ainda que "os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional, relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional."

De acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, "os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de *pivot*, no contexto

da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios da saúde.

As intervenções de enfermagem são, frequentemente, optimizadas, se toda a unidade familiar for tida como alvo do processo de cuidados, sobretudo quando estas intervenções visam a alteração de comportamentos, em especial a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

O exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional. Assim, distinguem-se dois tipos de intervenção em enfermagem: as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdependentes) – por exemplo, as prescrições médicas – e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas). Quando as intervenções se iniciam com a prescrição elaborada por outro técnico da equipa de saúde, o enfermeiro assume a responsabilidade da respectiva implementação. Por sua vez, quando as intervenções se iniciam com a prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assumirá a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção.

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após identificado o problema do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detectar precocemente potenciais problemas e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática dos cuidados de enfermagem, baseados na evidência empírica, constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os

enfermeiros têm presente que **bons cuidados** significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças, perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos clientes”.

Estão, assim, conceptualmente enquadrados os enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem definidos pela OE.

Conforme se poderá facilmente depreender, os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela respectiva complexidade, especificidade, diversidade, intensidade e, frequentes vezes, intangibilidade. São, além disso, muito dependentes do contexto em que ocorrem e influenciados, de modo interactivo, pela estrutura, pelo processo e pelos resultados de todo o projecto de cuidados.

Deste modo, a avaliação, quantitativa ou qualitativa, dos cuidados de enfermagem requer um conjunto de indicadores e unidades de medida que se verifiquem sensíveis aos mesmos, e, por isto, diferentes, na maior parte dos casos, dos habitualmente utilizados noutras disciplinas.

Assim, admitindo que o método mais razoável para a tomada de decisão a nível operacional é a monitorização longitudinal da produtividade dos cuidados de enfermagem nas unidades, combinado com indicadores de qualidade de cuidados aos utentes, a OE defende um modelo global para a avaliação da qualidade e da produtividade na enfermagem que contemple, concomitantemente, indicadores para a estrutura, para o processo e resultado.

A OE recomenda ainda que a construção dos indicadores de produtividade e de qualidade da enfermagem tenham por base os padrões de qualidade e as boas práticas profissionais. Chama ainda a atenção para a habitual confusão entre a produtividade individual, cujos resultados são difíceis de quantificar, e a colectiva, isto é, a das organizações, para as quais o modelo referido deve constituir uma referência, independentemente da natureza do respectivo regime jurídico.

Importa, igualmente, referir que as instituições de saúde onde os enfermeiros exercem a respectiva actividade profissional deverão assumir todas as referidas recomendações da OE como um compromisso. Compete, pois, a estas instituições **adequar os recursos e criar as estruturas** capazes de permitir um exercício profissional de qualidade. Neste sentido, as instituições de saúde devem desenvolver esforços para proporcionar as condições que possibilitem a criação de um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros.

O modelo subjacente a este documento parte do pressuposto de que a investigação actual evidencia a influência das variáveis estruturais (organização, profissionais e utentes) nos resultados de saúde no utente, sendo estes largamente determinados pelo processo de prestação de cuidados.

Nesta conformidade, entende a OE que a elaboração de indicadores da qualidade no exercício da enfermagem, independentemente da respectiva natureza ou finalidade, deverá subordinar-se às categorias dos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros e que dizem respeito à satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, ao bem-estar e autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e organização dos serviços de enfermagem. A elaboração dos indicadores deverá, igualmente, contemplar, concomitantemente, a estrutura, o processo e os resultados.

Assim, consideram-se, relativamente à **estrutura**, os seguintes domínios ou dimensões – organização, infra-estrutura física, profissionais, e utentes – a partir dos quais se recomenda a construção de unidades de medida ou indicadores de diferentes níveis.

Organização

- No que respeita à organização do serviço de enfermagem, a nível estratégico, tático e operacional, deverão estar contemplados os seguintes aspectos:
 - a existência de uma direcção técnica de enfermagem em cada um destes níveis organizacionais;
 - a existência de um órgão consultivo de nível estratégico que apoie a direcção de enfermagem;
 - a existência de um quadro de referência em enfermagem;
 - a existência de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem;
 - a definição da visão, da missão, dos valores e princípios do serviço de enfermagem, de metas organizacionais e objectivos operacionais;
 - a existência de uma estratégia do serviço de enfermagem;
 - a existência de um plano estratégico do serviço de enfermagem;
 - a existência de um manual de qualidade dos cuidados de enfermagem;
 - a existência de uma matriz de processos do serviço de enfermagem;
 - a existência de um sistema de auditorias de enfermagem;
 - a existência de programas anuais de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
 - a existência de um sistema de avaliação da satisfação dos utentes / clientes, relativamente aos cuidados de enfermagem;
 - a existência de um sistema de avaliação da satisfação dos profissionais;
 - a existência de uma lista de actos / intervenções de enfermagem;

- a existência de um orçamento programa do serviço de enfermagem.
- A organização dos cuidados de enfermagem deverá contemplar:
 - a existência de métodos de trabalho que assegurem a individualidade e a qualidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem, nomeadamente o método por enfermeiro de referência (responsável) ou enfermeiro de família;
 - a existência de um sistema de classificação de doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem.
- A dotação e diferenciação adequadas de recursos humanos, materiais e equipamentos requer:
 - a manutenção de um sistema de avaliação e desenvolvimento profissional assente nos padrões de qualidade;
 - a existência de um número de enfermeiros, tendo em conta as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem;
 - a existência de um sistema de reposição de materiais por níveis;
 - a existência de um sistema eficaz de manutenção de equipamentos;
 - a manutenção de um sistema de informação e de estudos sobre avaliação económica;
 - a existência de um sistema de avaliação de qualidade de materiais e equipamentos;
 - a participação nos processos de análise e selecção de materiais e equipamentos.
- Deverão existir, igualmente, sistemas de informação e documentação em enfermagem:
 - que incorporem a documentação regular e sistemática das necessidades de cuidados de enfermagem, bem como as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, obtidos pelo utente;
 - que estejam integrados nos sistemas de informação da saúde;
 - que utilizem uma linguagem classificada de enfermagem (CIPE);
 - que permitam a utilização automática do Sistema de Classificação de Doentes por níveis de dependência em cuidados de enfermagem;
 - que produzam resumos mínimos de enfermagem com diferentes níveis de agregação de informação, que contenham elementos clínico-administrativos (serviço e utentes) e de enfermagem – diagnósticos, intervenções, resultados e intensidade de cuidados;

- que viabilizem *outputs* automáticos sob a forma de indicadores de outra natureza, tais como os provenientes das relações entre a informação de enfermagem e a demais informação disponível nas bases de dados da saúde, como por exemplo os GDH, a demora média e outros.
- No que ao sistema de comunicação diz respeito, deverá ser efectuada a
 - clarificação junto dos diferentes profissionais dos sistemas e circuitos de informação e comunicação, escrita e verbal, relativos a utentes e a profissionais;
 - adopção de um processo de informação / comunicação em enfermagem.
- Deverá ser, igualmente, efectuada a clarificação das políticas de formação e desenvolvimento profissional que assegurem aos enfermeiros:
 - a formação contínua, promotora da qualidade;
 - a formação em serviço, integrada no programa anual de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e adequada às diferentes exigências dos contextos de trabalho;
 - a integração de novos profissionais;
 - a avaliação do desempenho;
 - a investigação;
 - a prática reflexiva, baseada na evidência.

Infra-estrutura física

Ainda no que respeita à organização, a infra-estrutura física deverá garantir:

- espaços para prestação de cuidados directos e indirectos,
- espaços para utentes (pessoa e família) e para os profissionais,
- funcionalidade e privacidade (utentes – pessoa e família – e profissionais),
- acessibilidade aos utentes e profissionais e a mobilidade dos mesmos.

Profissionais

Os profissionais terão de existir em número suficiente, e terão de possuir:

- competências conceptuais, relacionais, emocionais e técnicas;
- experiência;
- motivação;
- energia;
- informação.

Utentes

Em relação aos utentes dever-se-á ter em atenção:

- a demografia,
- o nível de formação,
- os problemas de saúde,
- as expectativas / necessidades,
- os recursos / a rede social de apoio.

No que se refere ao **processo** implicado na prestação de cuidados, consideram-se domínios ou dimensões para a construção de indicadores de diferentes níveis os que de seguida se indicam.

Interacção com o utente e com a pessoa significativa (PS), que implicará

- a criação de ambiente seguro, o estabelecimento de relação terapêutica, a comunicação / informação, o ensino, a estimulação, a implicação no processo de cuidados, o reforço do poder de decisão, o conforto / a segurança, o bom humor etc.

Conhecimento do utente e da PS, ao qual está subjacente

- a recolha de dados, a apreciação inicial e a evolução da situação de saúde;
- visita e outros contactos com utentes e famílias.

Resolução de problemas, que passará por:

- identificação de problemas / diagnósticos / fenómenos de enfermagem, e estes pelo
 - estabelecimento de perfis de identificação de diagnósticos / fenómenos de enfermagem;
- planeamento de cuidados e estratégias de intervenção, tendo em atenção
 - a continuidade de cuidados e planeamento da alta, de acordo com as necessidades e preferências dos utentes e os recursos da comunidade;
- envolvimento das pessoas significativas com o utente (família, convivente significativo);
- identificação de áreas de colaboração com outros profissionais.

Intervenção:

- preocupação com o utente, respeito pelas respectivas capacidades e valorização do respectivo papel;
- reforço positivo;
- gestão das emoções;
- perfis de intervenções de enfermagem;
- reflexão / justificação de intervenções;
- execução das intervenções, mantendo uma atitude terapêutica.

Avaliação de cuidados:

- avaliação dos resultados sensíveis às intervenções de enfermagem na perspectiva do seu contributo para a obtenção de ganhos em saúde.

Outras competências dos enfermeiros de cuidados gerais e especialistas:

- prática profissional, ética e legal;
- gestão de cuidados;
- desenvolvimento profissional;
- formação;
- investigação (prática baseada na evidência).

Documentação:

- registos de enfermagem.

Relativamente aos **resultados**, consideram-se os seguintes domínios, ou as seguintes dimensões, a partir dos quais se recomenda a construção de unidades de medida ou indicadores de diferentes níveis.

Ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem

Nota: os indicadores definidos neste domínio deverão ser baseados na CIPE e nas recomendações do ICN, no que respeita à formulação dos diagnósticos de enfermagem. Consideram-se ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem as evoluções positivas ou modificações operadas no estado dos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções.

Ex.: Se num dado momento o enfermeiro diagnostica uma alteração do equilíbrio corporal a um nível elevado num utente e, num momento posterior, após um programa de reeducação, verifica que este mesmo fenómeno já se encontra apenas a um nível reduzido, conclui que houve uma evolução positiva deste problema particular. Ou seja, foi obtido um ganho de saúde para este utente, o qual resultou, muito significativamente, da acção do enfermeiro.

Para a construção deste tipo de indicadores, recomenda-se a selecção de alguns fenómenos mais importantes, sensíveis e frequentes em cada unidade de cuidados, departamento e instituição, representativos do contributo específico dos enfermeiros para os ganhos em saúde. Recomenda-se, igualmente, a respectiva formulação sob a forma de taxas de incidência de diagnósticos de enfermagem, indicadores de eficácia diagnóstica, taxas de eficácia de prevenção ou indicadores de obtenção de ganhos, agrupados preferencialmente pelos padrões de qualidade da OE, como os que a seguir se indicam.

• **Promoção da saúde**

- Taxa de incidência / prevalência de úlceras de pressão

- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão
- Ganhos em aprendizagem das capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão
- Taxa de incidência de *stress* no prestador de cuidados
- Taxa de incidência / prevalência do autocontrolo ineficaz da dor
- Taxa de incidência / prevalência da dependência no autocuidado (higiene)
- Taxa de incidência / prevalência de gestão do regime terapêutico ineficaz
- Ganhos em conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico
- Taxa de incidência / prevalência do papel parental inadequado
- Ganhos em conhecimento dos pais sobre desenvolvimento infantil
- Ganhos em conhecimento dos pais sobre tratamentos da criança
- Ganhos em conhecimento dos pais sobre recursos da comunidade
- Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes

• Prevenção de complicações

- Percentagem de casos de risco de úlcera de pressão
- Taxa de eficácia diagnóstica do risco de úlcera de pressão
- Taxa de eficácia na prevenção das úlceras de pressão
- Taxa de eficácia diagnóstica do risco de *stress* do prestador de cuidados
- Taxa de eficácia na prevenção do *stress* do prestador de cuidados
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para prevenir complicações
- Ganhos em conhecimento dos pais sobre prevenção de acidentes com a criança

• Bem-estar e autocuidado

- Taxa de resolução do *stress* do prestador de cuidados
- Ganhos expressos em desejo de reassumir o papel de prestador de cuidados pelo prestador de cuidados informal
- Ganhos expressos em suporte, percebido pelo prestador de cuidados informal
- Ganhos expressos em bem-estar, percebido pelo prestador de cuidados informal
- Taxa de resolução da dependência no autocuidado (higiene)
- Ganhos em independência no autocuidado (higiene)

- Ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene)
- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado (higiene)
- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado (higiene)

• Readaptação funcional

- Ganhos em conhecimento sobre a gestão dos analgésicos
- Ganhos em conhecimento sobre a avaliação da dor
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir a analgesia
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor
- Ganhos em conhecimento sobre estratégias de adaptação para o autocuidado (higiene)
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene)
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos de exercício
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos alimentares
- Ganhos em conhecimento sobre auto-administração de medicamentos
- Ganhos em conhecimento sobre o regime de medicamentos
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para auto-administrar os medicamentos
- Ganhos em conhecimentos dos pais sobre recursos da comunidade

• Outros

- Ser humano
 - Indivíduo (função e pessoa)
 - Grupo (família e comunidade)
- Ambiente (natural e artificial)

Outros ganhos em saúde (indicadores agados)

Nota: este tipo de indicador, embora estando de algum modo relacionado com a qualidade ou quantidade dos cuidados de enfermagem, não é específico da intervenção deste grupo profissional. Casos deste tipo são os que se indicam de seguida:

- Demora média de internamento,
- Taxa de infeção nosocomial,
- Taxa de reinternamento,
- Taxa de complicações,
- Taxa de acidentes,
- Taxa de recurso injustificado ao Serviço de Urgência.

Indicadores do Sistema de Classificação de Doentes (SCD):

- N.º de doentes classificados,
- Horas de Cuidados Necessários (HCN) / Dia de Internamento (DI),
- Horas de Cuidados Disponíveis (HCD) / (DI),
- Horas de Cuidados Prestados (HCP) / DI,
- Percentagem de utilização (HCN/HCP),
- Equivalente a tempo completo (ETC),
- Percentagem de classificações correctas.

Satisfação

Satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem prestados:

- instrumentos traduzidos, validados e aferidos para Portugal,
- agradecimentos / reclamações / sugestões,
- entrevistas aos utentes.

Satisfação dos utentes face aos cuidados de saúde (equipa) Satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade

do exercício profissional (e outros profissionais de que deles dependam):

- inquéritos padronizados (preferencialmente),
- entrevistas / avaliação do desempenho.

Outros indicadores:

- clínicos agregados,
- custo por hora dos cuidados de enfermagem prestados,
- indicadores de actividade (ex.: consultas de enfermagem e outros contactos; intervenções específicas, ...).

Comentário final

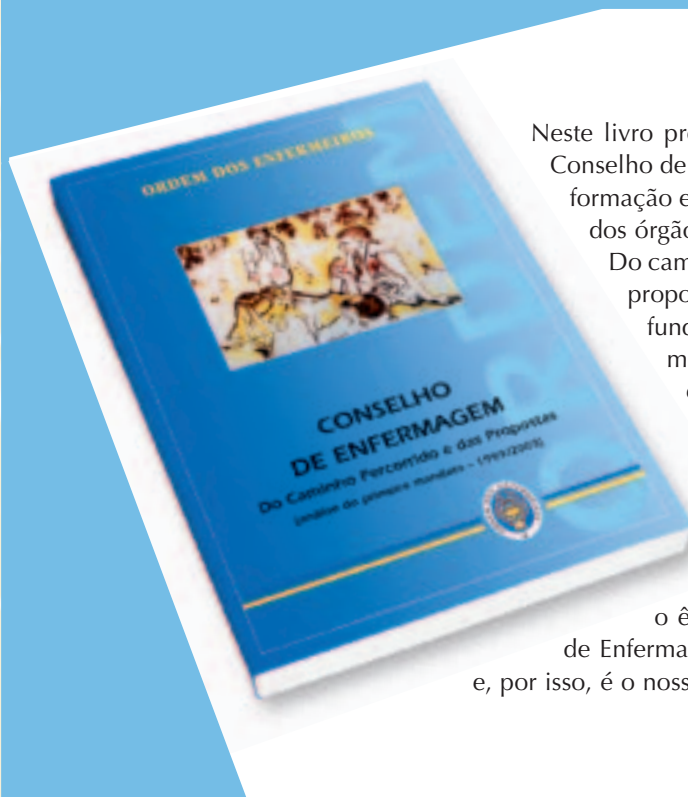
Reiteramos que o presente quadro de referências para o desenvolvimento de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem poderá ser utilizado em diferentes contextos de prestação de cuidados e para múltiplas finalidades, independentemente da natureza, estatuto jurídico ou modelo de gestão da respectiva organização ou serviço.

Reafirmamos a respectiva subordinação aos padrões de qualidade definidos pela OE e recomendamos a construção de indicadores, simultaneamente, em cada uma das três componentes apresentadas: estrutura, processo e resultado.

CONSELHO DE ENFERMAGEM

LIVRO

Do Caminho Percorrido e das Propostas (análise do primeiro mandato – 1999/2003)



Neste livro produz-se uma síntese do caminho percorrido pelo Conselho de Enfermagem, pelas comissões de especialidade, de formação e de cuidados gerais, ao longo do primeiro mandato dos órgãos sociais da Ordem dos Enfermeiros.

Do caminho percorrido, evolui-se para uma explicação das propostas que deixamos e que se centram em três temas, fundamentalmente: “A qualidade dos cuidados de enfermagem”, “A certificação individual de competências e a acreditação da formação, no contexto da atribuição dos títulos profissionais”, e o “Reconhecimento da individualização das especialidades em enfermagem”.

Desejamos êxito aos colegas que vão assumir os órgãos sociais da nossa Ordem no segundo mandato, certos de que o seu êxito é o êxito da profissão, dos profissionais e da disciplina de Enfermagem na produção de melhores cuidados de saúde e, por isso, é o nosso êxito também. Continuemos.

Rede de cuidados de saúde primários

Modelos de gestão dos centros de saúde

Aspectos a serem respeitados, independentemente da figura jurídica que a gestão possa assumir

Visão

Providenciar cuidados de saúde aos cidadãos, através de equipas multidisciplinares, em articulação permanente com os cuidados de saúde diferenciados e outros recursos da comunidade. Tem por finalidade alcançar um “potencial de saúde para todos, através da promoção e protecção da saúde dos indivíduos ao longo da vida e da redução da incidência e dos danos relativos às principais doenças e lesões assente numa estratégia fundamental que consiste no reforço dos cuidados de saúde primários orientados para a comunidade e família” (OMS, 1998).

Missão

Desenvolver intervenções centradas na pessoa, orientadas para o indivíduo, respectiva família e para a comunidade em que se insere, ao longo de todo o *continuum*, de cuidados, desde o nascimento até à morte. Estas intervenções incluem a promoção da saúde, a prevenção da doença, a reabilitação e a prestação de cuidados aos indivíduos doentes ou que se encontram nos estádios finais da vida, assim como o desenvolvimento de medidas de protecção a grupos sociais vulneráveis, nomeadamente às crianças aos idosos e aos deficientes, entre outros.

Princípios a salvaguardar na gestão dos centros de saúde

1. Existência de uma direcção técnica de enfermagem.
 - Enfermeiro com formação especializada em enfermagem, com competência na área da gestão, nomeado ao nível da gestão de topo, que assuma a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no centro de saúde. Este terá as seguintes funções:
 - coordenar a equipa de enfermagem do centro de saúde,
 - garantir a qualificação profissional dos enfermeiros,
 - adequar os recursos às necessidades da população (indivíduo, família e comunidade),

- garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem do centro de saúde, através da implementação de programas de garantia da qualidade,
 - avaliar o desempenho dos enfermeiros, dentro dos parâmetros legais estabelecidos.
2. Garantia da prestação cuidados de enfermagem de qualidade, dotando recursos humanos, logísticos e materiais (rácio de 300/400 famílias por enfermeiro, salas de trabalho devidamente equipadas, meios de transporte para visita domiciliar, ajudas técnicas, meios de comunicação,...).
 3. Existência de um sistema de informação e documentação dos cuidados de enfermagem baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de enfermagem do utente, as intervenções e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo utente.
 4. Existência, no centro de saúde, de um sistema de garantia contínua da qualidade, com base em estudos epidemiológicos e indicadores de saúde.
 5. Garantia do acesso à formação contínua dos profissionais.
 6. Garantia de colaboração com as instituições de ensino superior, na formação graduada e pós-graduada dos profissionais.

Cuidados de saúde a garantir

O contributo fundamental dos enfermeiros é o de assegurar os cuidados de enfermagem. Tal facto implica que a respectiva acção se centre não na doença, mas na resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida, para além da colaboração na realização de actividades de diagnóstico e tratamento, de acordo com as prescrições. Assim, neste contexto e de acordo com os padrões de qualidade definidos pela Ordem dos Enfermeiros, deverão:

- actuar no sentido de prevenir, ao longo de todo o ciclo vital, a doença, bem como promover os pro-

cessos de readaptação, visando a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades de vida, procurando a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores, através, frequentemente, de processos de aprendizagem por parte do cliente;

- ajudar a pessoa a gerir os recursos da comunidade relacionados com a saúde, prevendo-se vantajoso assumir um papel de *pivot* no contexto da equipa;
- promover a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde.

No sentido de otimizar as intervenções de enfermagem, o alvo da actuação, no que ao processo de cuidados diz respeito, deverá ser toda a unidade familiar, essencialmente quando as intervenções visam alterações de comportamentos, no sentido da adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção de saúde.

Tendo como base todo o desenvolvimento do ciclo vital do indivíduo / da família, propomos que a enfermagem deverá intervir nas áreas e do modo que a seguir enumeramos.

Saúde da mulher

Promover a saúde e o bem-estar da mulher em idade fértil

- garantindo às mulheres em idade fértil cuidados de planeamento familiar e pré-concepcionais, promovendo o atendimento sem barreiras aos adolescentes e jovens,
- garantindo o despiste e tratamento das DST,
- garantindo o rastreio sistemático das neoplasias da mama e do colo do útero,
- garantindo o fornecimento gratuito de meios contraceptivos,
- garantindo às mulheres em idade fértil o cumprimento do programa nacional de vacinação,
- garantindo consultas de enfermagem de saúde materna, segundo as orientações da Direcção-Geral de Saúde,
- promovendo a adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar,
- garantindo cuidados de enfermagem domiciliários às puérperas, após alta hospitalar,
- garantindo a identificação e o encaminhamento de mulheres vítimas de violência doméstica (crime público).

Indicadores

- Ganhos em conhecimentos da família sobre planeamento familiar
- Ganhos em conhecimentos sobre prevenção e tratamento das DST

- Ganhos em conhecimentos da família sobre o uso de contraceptivos
- Número de colpocitologias realizadas
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos de saúde durante a gravidez
- Ganhos em conhecimentos sobre trabalho de parto
- Número de mulheres em idade fértil a usufruir do fornecimento de métodos contraceptivos
- Número de mulheres em idade fértil abrangidas pela consulta de enfermagem no programa de planeamento familiar
- Média de consultas de enfermagem de planeamento familiar, por mulher em idade fértil abrangida pelo programa
- Número de grávidas abrangidas pelas consultas de enfermagem do programa de saúde materna
- Média de consultas de enfermagem de saúde materna, por grávida abrangida pelo programa
- Total de visitas domiciliárias de enfermagem efectuadas às grávidas que não comparecem à consulta de vigilância programada
- Percentagem de gravidezes não-planeadas em mulheres em idade fértil abrangidas pelo programa
- Visitas domiciliárias de enfermagem efectuadas no puerpério
- Consultas de enfermagem de revisão de puerpério efectuadas
- Total de nascimentos cujas mães têm menos de 17 anos de idade
- Total de grávidas que frequentaram o programa de preparação para o parto
- Percentagem de casos de gravidez não-planeada em mulheres que negligenciaram ou usaram inadequadamente o contraceptivo
- Percentagem de casos de adesão à vacinação nas grávidas que frequentaram o programa
- Percentagem de mulheres vítimas de violência doméstica

Saúde da criança e do adolescente

Promover a saúde e o bem-estar da criança e do adolescente

- garantindo cuidados de enfermagem domiciliários ao recém-nascido, após alta hospitalar;
- promovendo o aleitamento materno pelo menos até aos três meses de vida;
- garantindo consultas de enfermagem de saúde infantil de acordo com as orientações da Direcção-Geral de Saúde (DGS);
- garantindo o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação;

- garantindo o cumprimento do Programa de Saúde Escolar de acordo com as orientações da DGS;

desenvolvendo programas e projectos de educação sexual e reprodutiva transversais, em articulação com os estabelecimentos de ensino básico, secundário e universitário, bem como com o envolvimento de todos os educadores;

- garantindo a identificação e o encaminhamento de crianças vítimas de negligência, maus-tratos (crime público) e abusos sexuais.

Indicadores

- Número de crianças, dos zero aos 11 meses, abrangidas pela consulta de enfermagem no Programa de Saúde Infantil
- Média de consultas de enfermagem em saúde infantil, nas crianças, dos zero aos 11 meses, abrangidas pelo programa
- Número de crianças, dos 11 aos 23 meses, abrangidas pela consulta de enfermagem do Programa de Saúde Infantil
- Média de consultas de enfermagem em saúde infantil, nas crianças, dos 11 aos 23 meses, abrangidas pelo programa
- Número de crianças, dos dois aos seis anos, abrangidas pela consulta de enfermagem do Programa de Saúde Infantil
- Número de crianças, dos sete aos 14 anos, abrangidas pela consulta de enfermagem do Programa de Saúde Infantil
- Número de crianças, dos 15 aos 18 anos, abrangidas pela consulta de enfermagem do Programa de Saúde Infantil
- Número de visitas domiciliárias de enfermagem efectuadas às crianças que não comparecem à consulta de vigilância de saúde infantil
- Percentagem de crianças vítimas de negligência, maus-tratos e abusos sexuais
- Número de crianças alimentadas com leite materno até aos três meses de vida
- Percentagem de casos de adesão à vacinação para as coortes de nascimento preconizadas no PNV
- Percentagem de pais com papel parental adequado
- Ganhos em conhecimento por parte dos pais sobre desenvolvimento infantil
- Ganhos dos pais em conhecimento sobre hábitos de saúde durante a infância e adolescência
- Ganhos em conhecimento das crianças e dos adolescentes sobre hábitos de saúde
- Ganhos em conhecimento sobre uso de contraceptivo
- Ganhos em conhecimento sobre medidas de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis

Saúde do adulto / idoso

Garantir o bem-estar e a autonomia da pessoa adulta e idosa, através da prestação de cuidados de enfermagem dirigidos prioritariamente aos grupos vulneráveis (dependentes etc.), aos grupos de risco (diabéticos, hipertensos, ostomizados etc.) e aos grupos com necessidades especiais

- promovendo a autonomia dos utentes com patologia crónica na gestão da respectiva patologia;
- garantindo consultas de enfermagem aos diabéticos;
- garantindo consultas de enfermagem aos utentes com risco cardiovascular;
- promovendo, potenciando e articulando as respostas comunitárias ao utente idoso e / ou dependente;
- garantindo cuidados de enfermagem domiciliários aos utentes dependentes;
- promovendo a articulação e continuidade dos cuidados entre os diferentes níveis;
- garantindo cuidados de enfermagem na fase terminal de vida;
- garantindo o cumprimento do programa nacional de vacinação;
- promovendo programas de educação para a adopção de estilos de vida, no sentido de potenciar o nível de saúde da população adulta

Indicadores

- Número de diabéticos abrangidos pela consulta de enfermagem
- Média de consultas de enfermagem em diabéticos abrangidos pelo programa
- Número de utentes com risco cardiovascular abrangidos pela consulta de enfermagem
- Número de utentes com risco cardiovascular que desenvolveram hipertensão
- Número de visitas domiciliárias aos grupos vulneráveis e de risco
- Número de visitas domiciliárias a doentes dependentes
- Número de prestadores de cuidados com papel adequado
- Taxa de incidência da úlcera de pressão
- Taxa de eficácia de prevenção da úlcera de pressão
- Ganhos do prestador de cuidados em aprendizagem de capacidades que previnem as úlceras de pressão
- Taxa de cura de úlceras de pressão
- Ganhos de aprendizagem dos prestadores de cuidados em conhecimento que lhes permita prevenir acidentes
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos de saúde

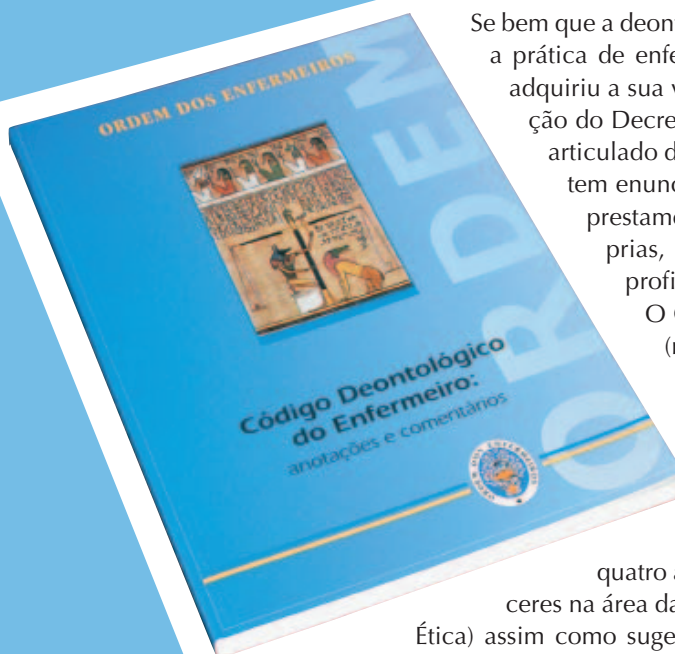
- Percentagem de casos de gestão de regime terapêutico eficaz
- Ganhos do prestador de cuidados na aprendizagem de capacidades que lhes permita gerir o regime terapêutico
- Percentagem de casos de adesão ao regime terapêutico
- Percentagem de casos de autovigilância adequada
- Percentagem de casos de adesão à vacinação
- Percentagem de casos de dependência no autocuidado (higiene, vestuário, alimentação, posicionamento, uso de sanitário, transferência e deambular)
- Ganhos em independência no autocuidado (higiene, vestuário, alimentação, posicionamento, uso de sanitário, transferência e deambular)
- Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o autocuidado
- Ganhos do prestador de cuidados na aprendizagem de capacidades que lhes permitirão assistir no autocuidado
- Percentagem de casos de *stress* do prestador de cuidados
- Taxa de eficácia na prevenção do *stress* do prestador de cuidados
- Taxa de resolução do *stress* do prestador de cuidados

Outros indicadores

- Taxa de satisfação da comunidade face à organização dos cuidados de enfermagem
- Taxa de satisfação da comunidade face à prestação dos cuidados de enfermagem
- Acessibilidade aos cuidados de enfermagem
- Tempo médio de espera entre a solicitação e a prestação de cuidados (consulta de enfermagem e visita domiciliária)
- Taxa de utilização da capacidade instalada
- Taxa de cobertura da população em relação aos cuidados de enfermagem nas diferentes intervenções
- Divulgação de informação relativa à forma de melhor aceder aos cuidados de enfermagem
- Acessibilidade telefónica
- Percentagem de funcionários envolvidos em programas de melhoria contínua da qualidade
- Taxa de rotatividade dos profissionais de enfermagem
- Taxa de satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade dos cuidados
- Taxa de satisfação dos enfermeiros relativamente à organização dos cuidados

CÓDIGO DEONTOLÓGICO DO ENFERMEIRO: anotações e comentários

LIVRO



Se bem que a deontologia profissional tenha raízes tão antigas quanto a prática de enfermagem, o Código Deontológico do Enfermeiro adquiriu a sua versão actual muito recentemente, com a publicação do Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril. Enquanto conjunto articulado de deveres, assume-se como um todo e cada dever tem enunciada a relação com os direitos do Outro, a quem prestamos cuidado e / ou com as responsabilidades próprias, atendendo ao compromisso e mandato social da profissão.

O Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (no quadriénio 2000-2003) assumiu o compromisso de lançar uma primeira edição de comentários e anotações ao Código Deontológico do Enfermeiro, que promovam o aprofundamento da reflexão. Para cada artigo do Código, apresentam-se comentários de análise e interpretação (resultantes da pesquisa e reflexão de quatro anos de actividade, necessária à emissão dos pareceres na área da deontologia, e das conclusões dos Seminários de Ética) assim como sugestões de leitura e documentação de suporte. Em anexo, incluem-se alguns documentos que se entendem fundamentais à reflexão subsequente e à tomada de decisão por parte dos enfermeiros.

Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido

Filipe Pereira*

Este artigo reporta a primeira fase de uma investigação que temos vindo a concretizar, desde Janeiro de 2003, na área dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem (RMDE). Neste artigo, procuraremos apresentar uma síntese dos principais elementos que emergiram do trabalho realizado, esperando contribuir para a clarificação da problemática da produção de indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A pesquisa que neste momento temos em curso é fruto de uma parceria entre a Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Sistemas de Informação de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S. João, que integramos, e a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS – Norte), com a colaboração do Instituto de Gestão Informática e Financeira (IGIF – Norte) do Ministério da Saúde. Este trabalho situa-se nos territórios dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE), tomando por objecto de estudo os Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem, tendo em vista a definição de um modelo de agregação de dados que permita a produção de indicadores de saúde capazes de traduzir o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde das populações.

Enquadramento

No âmbito da saúde e das políticas de saúde, assistimos ao sublinhar da necessidade de reunir o máximo de informação para tomar as melhores decisões, tendo em vista o rigor e a qualidade. Com efeito, é crescente a importância atribuída à informação, por força da necessidade de controlo de custos, de melhoria da eficiência, de optimização da gestão e, fundamentalmente, da promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados.

As dificuldades sentidas na gestão da informação na saúde têm levado os governos e as entidades responsáveis, bem como os profissionais desta área, a demonstrarem um crescente envolvimento nos processos de desenvolvimento de sistemas de informação que permitam uma utilização racional da informação, tendo em vista a melho-

ria da qualidade dos cuidados. A Direcção-Geral da Saúde (DGS), reconhecendo a importância da informação para a definição das políticas de saúde, afirma que “nunca como agora a necessidade de informação adequada à prestação de serviços foi tão prementemente sentida. A forma como essa informação é fornecida e usada tem mudado rapidamente com o desenvolvimento de aplicações específicas de apoio ao diagnóstico e tratamento e, ainda, devido à pressão gerada pela necessidade de rentabilização em função dos custos da saúde.” (DGS, 2002).

Em pleno século XXI, os sistemas de cuidados de saúde estão em permanente evolução e são influenciados por múltiplas mudanças, o que torna inevitável a necessidade de ter disponíveis sistemas de informação capazes de se configurarem como instrumentos promotores de uma utilização da informação centrada, não na informação pela informação, mas na informação para a qualidade. Assim, esta problemática que gira em torno da utilização da informação que resulta das práticas de cuidados deve ser perspectivada tendo em consideração as mudanças que se verificam actualmente nos sistemas de saúde (Goossen, 2000; Silva, 2001).

Importa referir uma manifesta carência de indicadores específicos relativos ao exercício profissional dos enfermeiros, essencialmente no que se reporta aos resultados. Esta constatação fundamenta a dificuldade que sentimos em responder, de forma objectiva, a questões como as que a seguir se indicam.

- Quais são as principais necessidades das populações em cuidados de enfermagem?
- Quais as respostas que a enfermagem oferece face às necessidades em cuidados de enfermagem das populações?
- Quais os resultados em saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem?

Esta temática tem sido alvo de uma linha de investigação em enfermagem, no âmbito da informática da saúde, centrada nos modelos de recolha e agregação de dados nos sistemas de informação da saúde. O mesmo é dizer: da produção de indicadores a partir da documentação da relação de cuidados (Clark e Delaney, 2000; Goossen, 2000; Henry *et al.*, 2001; Silva, 2001).

* Enfermeiro Especialista, Escola Superior de Enfermagem S. João

A informática da saúde tem, nos últimos anos, sofrido um grande incremento, sendo definida como “um termo abrangente usado para incluir o rápido envolvimento do uso das metodologias e tecnologias da informática e da comunicação, em campos relativos à saúde, como a medicina, a farmácia, medicina dentária e a enfermagem” (Mandil, 1991).

É consensual, entre vários autores que se têm dedicado ao estudo do tema, que a informática em enfermagem não está centrada nas tecnologias dos computadores, mas na natureza da enfermagem e na forma “...como a informação utilizada na actividade clínica é adquirida, manipulada e usada” (Romano, 1988). Graves & Corcoran (1989) argumentam que “a informática em enfermagem é a combinação das ciências da computação, da informação e de enfermagem, desenvolvida para assistir na gestão e processamento dos dados, informação e conhecimento que suportam a prática de enfermagem e a prestação de cuidados.”

As questões em torno dos modelos, propósitos e conceitos a utilizar na agregação de dados são uma dimensão de pesquisa, conhecida na área da informática em enfermagem como “Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem / Nursing Minimum Data Set (RMDE / NMDS)”.

Um RMDE pode ser definido como “...o conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas de enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vai ao encontro das necessidades de informação dos múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (Werley *et al.*, 1991). Aqueles itens e aquelas categorias de informação constituem-se como os “blocos semânticos” a partir dos quais a produção de indicadores fica viabilizada.

Em Portugal, a discussão acerca desta problemática foi introduzida por Silva (2001), numa investigação que tomou por objecto a mudança nos SIE. Este autor aponta alguns trajectos que é imperioso percorrer no nosso contexto, por forma a que a agregação de dados de enfermagem seja uma realidade com contributos efectivos para a promoção da qualidade dos cuidados. Silva (2001) argumenta que a informação presente nos SIE pode fornecer indicadores que se constituam como pretextos muito interessantes de reflexão sistemática sobre as práticas, e que o sentido da produção destes indicadores não é circunscrever as estratégias de melhoria contínua da qualidade à mera análise dos mesmos, mas aproveitar a oportunidade para reflectir a prática, a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem. Salienta ainda que não são lógicas de comparação pela comparação (falando mesmo em “competição entre unidades”) que importa primordialmente, mas fundamentalmente, a comparação dos indicadores intra-serviço ou da unidade em momentos diferentes, desafiando à reengenharia de processos que visem promover a qualidade da assistência.

No entanto, pensar no desenvolvimento e na implementação de RMDE exige determinados pressupostos ou

requisitos, sem os quais é muito difícil, senão impossível, pensar em qualquer modelo de agregação de dados relativos às práticas de enfermagem, mesmo que a uma escala reduzida. Tais requisitos são apresentados pelos investigadores desta área como necessariamente garantidos a priori, por forma a viabilizar qualquer esforço de agregação de dados. A American Nurses Association (ANA), em 1995, sintetizou tais requisitos em três categorias:

- uso de uma linguagem comum classificada de enfermagem,
- sistemas de informação de enfermagem consistentes,
- sistemas de informação de enfermagem integrados nos sistemas de informação da saúde.

(ANA, 1995 b)

A utilização de linguagem classificada para nomear quer as necessidades em cuidados de enfermagem, quer as intervenções, bem como os resultados configura-se como um imperativo para qualquer dispositivo de agregação e comparação de dados, na medida em que só podemos comparar e agregar dados se estes comungarem de “...definições e categorias uniformes...” (Werley, 1988). Por outro lado, a utilização de linguagem classificada inscreve-se no percurso de definição da disciplina, enquanto área do conhecimento, funcionando as classificações de enfermagem como a estrutura substantiva para a nomeação do conhecimento formal da enfermagem (Ehnfors *et al.*, 1999; Henry *et al.*, 1998; Silva, 2000; Silva, 2001).

A literatura, ao falar em sistemas de informação consistente, refere-se a sistemas de informação em que as lógicas de organização, associação, armazenamento e recuperação da informação são bem claras, explícitas e organizadas, segundo modelos baseados nas teorias da informação e na natureza dos cuidados de enfermagem (ANA, 1995 a; Goossen, 2000; Vassar, Lin e Planchock, 1999). Nesta linha, só faz sentido falar em sistemas de informação de enfermagem consistentes se estes forem vistos como parte integrante dos sistemas de informação da saúde, realidade para a qual paulatinamente tem sido desenvolvida uma consciência em Portugal (Silva, 2001). Como resulta claro, tal requisito apresenta-se como um imperativo major para todo e qualquer processo de agregação e comparação de dados à escala regional ou nacional, bem como para qualquer processo de articulação da informação resultante das práticas de enfermagem com a demais informação disponível nas bases de dados da saúde.

O estudo

O projecto que temos em curso comporta duas fases. Um primeiro momento centrado na definição dos indicadores e do respectivo modelo de produção – o RMDE (Janeiro de 2003 / Julho de 2004) – e uma segunda fase (a iniciar em Setembro deste ano) orientada para o desenvolvimento do trabalho de implementação e validação empírica do RMDE, entretanto definido. Quer isto dizer: a produção dos indicadores e a respectiva análise.

Neste contexto, a primeira fase do estudo foi conduzida tendo duas grandes linhas orientadoras:

- a definição dos propósitos e do conjunto de indicadores a produzir;
- a definição dos itens e das categorias específicas de informação essenciais para a produção sistemática e regular dos indicadores definidos.

A abordagem metodológica que julgamos adequada à produção de um discurso de resposta às perguntas de investigação orientadoras da primeira etapa da pesquisa está fundada na triangulação de métodos, quer de cariz quantitativo – Estudo de Delphi –, quer de cariz qualitativo – O grupo de discussão.

Procuramos constituir o grupo de discussão de acordo com as orientações metodológicas (Goodman, 1987; Kitzinger, 1994; Morgan, 1997; Morse e Field, 1998; Powell e Single, 1996) e com a natureza do trabalho a desenvolver. Para isso, definimos um conjunto de critérios (não cumulativos) que os participantes deveriam preencher. Assim, na definição do grupo capaz de concretizar os objectivos que delineamos, procurámos:

- enfermeiros da prestação de cuidados, por forma a retirar ao trabalho uma carga demasiadamente académica e conotada como ‘teórica’;
- enfermeiros que, pelo nosso conhecimento ou reconhecimento pelos pares, fossem altamente vinculados com a profissão, dinâmicos e com desejo de participar;
- enfermeiros com experiência e conhecimento avançado na área dos Sistemas de Informação de Enfermagem;
- enfermeiros com experiência na área da gestão de cuidados e de processos de mudança.

Para além destes parâmetros, tivemos a preocupação de incluir no grupo enfermeiros da realidade hospitalar e enfermeiros provenientes dos cuidados de saúde primários. Procurámos que no grupo de discussão estivessem representadas todas as sub-regiões de saúde que fazem parte da ARS – Norte. Neste momento, o grupo é constituído por 24 elementos, 11 dos centros de saúde e os restantes do contexto hospitalar.

À semelhança dos grupos de discussão, a técnica de Delphi tem sido amplamente utilizada quando um dos objectivos da pesquisa é produzir consensos acerca de um determinado tópico de interesse (Beretta, 1996; Chocholik *et al.*, 1999; Couper, 1984; Fischer, 1978; Mitroff & Turoff, 1975, Turoff, 1970). Esta técnica, em termos clássicos, baseia-se na utilização de questionários administrados via correio, preservando o anonimato dos participantes, recorrendo a várias rondas e à iteração com a informação de retorno.

Uma das vantagens desta abordagem reside no potencial de inclusão de um grande número de participantes. Foi o que procurámos. À partida, o universo do estudo

de Delphi foi constituído por cerca de 1000 participantes, o que corresponde à totalidade dos enfermeiros a exercer funções nas unidades envolvidas no trabalho.

Quanto à natureza das unidades e serviços que participam no estudo, podemos falar em dois grandes grupos. Um constituído por um conjunto de centros de saúde e outro por vários hospitais de todas as sub-regiões de saúde da ARS – Norte. No que se refere aos hospitais, são vários os serviços que conosco têm trabalhado. Destacamos os seguintes: serviços de Medicina interna e respectivas especialidades, Cirurgia e suas especialidades, Ortopedia, Obstetrícia e Sala de Partos, Unidades de Cuidados Intensivos, Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica, Urgência Geral, Consulta Externa e Bloco Operatório.

Do trabalho desenvolvido

Apresentamos agora os principais elementos em que se fundamentam os resultados obtidos, em função daquilo que emergiu do trabalho do grupo de discussão e das duas primeiras rondas do estudo de Delphi.

Os propósitos do RMDE

Pensar em RMDE, antes de tudo, implica responder a uma questão: agregar dados para quê? O mesmo é dizer: indicadores de quê e para quê?

Na exploração teórica que temos feito acerca do tema fica claro que, no plano meramente académico, podem ser múltiplos os propósitos que iluminam um modelo de agregação de dados (ANA, 1995 a, b; Werley, *et al.*, 1991). No entanto, verificamos que, nos diferentes contextos em que são utilizados RMDE, estes cumprem apenas alguns dos propósitos teóricos sobre os quais a grande maioria dos autores fala. Esta constatação deriva não da incompatibilidade entre os diferentes propósitos teóricos, mas das dificuldades compreensíveis em incluir, num mesmo modelo de agregação de dados, a gama extensa de itens de informação necessários para cumprir os diferentes propósitos. Ou seja, não é possível, na prática, gerar indicadores de tudo.

Nos primeiros encontros do grupo de discussão, colocámos como prioridade da agenda a problemática dos propósitos da agregação de dados – ‘o para quê?’. Foi nossa intenção partirmos para este trabalho sem a influência daquilo que foram as opções feitas noutros países, no desenvolvimento de RMDE. Naturalmente que, desde o início do trabalho, o grupo tinha conhecimento daquilo que são os propósitos ou objectivos dos RMDE utilizados noutros contextos. No entanto, com esta opção procurámos que o trabalho se centrasse naquilo que idealmente se desejava, permitindo que os horizontes colocados não fossem ditados por nenhum plano de exterioridade ao próprio grupo, reconhecendo que um dos desafios que

esta opção coloca passa pela necessária aproximação dos “modelos em uso” aos “modelos expostos” (Basto, 1998; Silva, 2001).

À medida que as discussões foram decorrendo, começaram a ficar claro um conjunto de sínteses que nos permitiram evoluir na definição dos “Para quê indicadores?”. Estas sínteses configuraram-se como a moldura ou como o enquadramento conceptual em que se inscrevem os propósitos definidos, uma vez que os suportam e contextualizam.

Uma das primeiras ideias-chave que o grupo produziu aponta para o facto dos RMDE deverem ser entendidos como o *output* dos sistemas de informação de enfermagem, não se afigurando como adequado para a sua produção a exigência de tarefas adicionais de documentação para os profissionais. No fundo, os RMDE são pensados enquanto um *output* automático e regular dos dados documentados “à cabeceira do doente”, no momento da relação de cuidados. Este princípio radica num dos requisitos estruturantes dos SIE: introduzir o dado uma vez, utilizá-lo quantas vezes as que forem necessárias.

A construção do enquadramento que enformou o conjunto dos propósitos definidos para o RMDE assentou noutra aspecto que reportamos como extremamente relevante: a intenção de tornar visível, através dos indicadores, a dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Esta intenção não se inscreve num movimento corporativo, mas numa lógica de constituição de um recurso capaz de contribuir para a clarificação da natureza particular dos cuidados de enfermagem.

O trabalho de reflexão empreendido pelo grupo de discussão, desde o início do seu funcionamento, tem estado focalizado num aspecto que reportamos como basilar: os contributos que o modelo de agregação de dados e respectivos indicadores podem fornecer para a definição, implementação e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Aqui, destaca-se uma preocupação crescente com a qualidade, a qual é conceptualizada enquanto um imperativo do exercício, baseado em abordagens sistemáticas, regulares e permanentes, o que exige informação gerível e actualizada. Neste quadro, os RMDE são entendidos como um recurso estratégico a incluir no processo de criação, implementação e consolidação de climas promotores da qualidade.

O enquadramento que suporta os propósitos definidos para o RMDE sublinha uma mudança de paradigma relativamente à problemática da visibilidade das práticas de enfermagem. A mudança a que nos referimos, e que reportamos como fundamental, sublinha uma alteração dos discursos, até então alicerçados na necessidade de “dar visibilidade àquilo que os enfermeiros fazem”, porque o que fazem é muito... para a emergência da neces-

sidade de “dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem”.

O enquadramento que fomos apresentando ao longo dos parágrafos anteriores permitiu-nos evoluir para o conjunto dos propósitos em que se fundamenta o conjunto dos indicadores e que podem ser organizados em dois grupos, que a seguir se indicam.

O primeiro, orientado para a tradução:

- das principais necessidades em cuidados de enfermagem, da população;
- dos ganhos em saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O segundo grupo, centrado no impacte e na utilização da informação que resulta dos indicadores produzidos. Assim, pretende-se:

- fornecer informação útil para a definição, implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- disponibilizar informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde.

Apontados os propósitos do modelo de agregação de dados, evoluímos para a definição dos itens e das categorias de informação específicas do RMDE, o mesmo é dizer: para a respectiva estrutura substantiva.

Os itens e as categorias de informação do RMDE

A estrutura substantiva de um RMDE refere-se aos itens e às categorias de informação específicos necessários à recolha e agregação de informação, de forma sistemática e regular, que viabilizam a produção dos indicadores.

A natureza dos propósitos consensualizados apontou para a importância de incluir no RMDE itens e categorias de informação, essencialmente direccionados para a nomeação das necessidades em cuidados de enfermagem que dependem dos processos de concepção dos enfermeiros e dos resultados que se operam no âmbito destas mesmas necessidades.

Como referimos anteriormente, um dos requisitos para a viabilização de RMDE é a utilização de linguagem classificada. Nos contextos onde temos desenvolvido o trabalho, a linguagem classificada em uso é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 1999). Esta classificação, para além de fornecer a estrutura substantiva para nomear as intervenções de enfermagem, é capaz de fornecer os blocos semânticos necessários para documentar, quer as necessidades em cuidados de enfermagem, quer os resultados dos cuida-

dos. Assim, foi entendimento do grupo de discussão que a CIPE seria utilizada como matriz de referência na nomeação dos itens e das categorias de informação centrais do RMDE.

Pelo exposto e no decurso dos trabalhos, o grupo de discussão viu-se confrontado com a necessidade de evoluir na definição do conjunto de aspectos de saúde com relevância para as práticas de enfermagem – foco da prática de enfermagem (ICN, 1999) – a representar no RMDE.

O material que serviu de pretexto para as discussões desenvolvidas, acerca dos focos de atenção, teve origem em três fontes: uma base de dados da Escola Superior de Enfermagem de S. João, relativa aos focos de atenção utilizados nos mais variados contextos (hospitais e centros de saúde) em que a CIPE é utilizada nos SIE; os focos de atenção que é possível inferir a partir da análise do conteúdo do *Plano Nacional de Saúde* (DGS, 2003); e aquilo que se constituiu como horizonte da profissão e que está expresso nos enunciados descritivos dos *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem* da Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

À semelhança daquilo que fizemos relativamente ao processo de definição dos propósitos do RMDE, procuraremos dar conta das grandes linhas de força que emergiram, a respeito da discussão centrada na estrutura substantiva do modelo de agregação de dados.

Um dos elementos centrais desta discussão assenta no conceito de “ganho em saúde”. Este conceito remete-nos para as modificações positivas que se verificam no estado de saúde de um indivíduo, de uma família ou de uma comunidade. Na linha dos propósitos consensualizados para o RMDE, importa associar à noção de “ganho em saúde” uma outra: a noção de “sensibilidade aos cuidados de enfermagem”. Daqui, resulta um conceito essencial para o processo de definição do modelo de agregação de dados: ganho em saúde sensível aos cuidados de enfermagem.

A noção de sensibilidade aos cuidados de enfermagem liga-se directamente com um dos aspectos que enforma o enquadramento dos propósitos do RMDE. Vimos que é intenção da identificação dos indicadores tornar visível a dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, importa clarificar quais são os aspectos da saúde das pessoas muito sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Esta problemática levanta questões que se inserem no quadro do contexto multiprofissional e multidisciplinar em que os cuidados de enfermagem se inscrevem. Serão os ganhos em saúde um exclusivo de um determinado grupo profissional?

Com efeito, como nos diz o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, nem os ganhos em saúde, nem a “... qualidade em saúde se obtém apenas com o exer-

cício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços, para obter qualidade em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Esta linha de pensamento também é válida ao conceptualizar aquilo que são ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. É “natural” que da multiprofissionalidade e multidisciplinaridade decorram aspectos de saúde com diferentes sensibilidades, relativamente às diferentes profissões e / ou disciplinas que nutrem os cuidados de saúde.

A reflexão empreendida pelo grupo, alimentada por aquilo que a evidência empírica aponta (Darby e Jones, 1996; Johson, Maas e Moorhead 1997; Ozbolt, 1996) neste domínio, permite-nos clarificar que a sensibilidade não pode ser tomada como sinónimo de exclusividade. A afirmação de um determinado aspecto de saúde como altamente sensível aos cuidados de enfermagem não implica que aquele foco de atenção seja exclusivo da enfermagem ou dos enfermeiros. Antes, uma dimensão dos projectos de saúde de cada indivíduo, em que a natureza particular das respostas oferecidas pelos enfermeiros é, ou pode ser, um contributo significativo para as modificações positivas que se operam naquele aspecto de saúde.

Nesta fase do percurso (Verão de 2003), julgámos pertinente lançar um primeiro questionário com o intuito de nutrir os trabalhos do grupo de discussão que decorriam em paralelo. Nesta primeira ronda, apresentávamos um conjunto de 128 aspectos de saúde, acerca de cada um dos quais se pedia ao respondente para se pronunciar sobre o seu nível de sensibilidade aos cuidados de enfermagem, utilizando uma escala ordinal de sete pontos estabelecida com base nos diferenciais semânticos – Alta sensibilidade e Baixa sensibilidade.

A taxa de participação ou retorno deste questionário situou-se na ordem dos 50%, quer por sub-região, serviço ou instituição. Dos cerca de 1000 questionários aplicados, 531 foram respondidos correctamente, tendo havido a necessidade de anular cerca de 20, por manifestar incorrecção no preenchimento.

Na definição dos critérios de consenso a utilizar no trabalho de análise do material resultante da aplicação do primeiro questionário, seguimos as linhas que outros autores utilizaram, em particular quando utilizaram este método com propósitos próximos daqueles que orientam esta pesquisa (Goossen, 2000).

Assim, para que um foco de atenção obtivesse consenso teria de, cumulativamente, preencher os seguintes critérios:

- concordância \geq a 75% entre os membros do painel consultado. Para podermos falar em concordância definimos os scores 5, 6 ou 7, na escala de sensibilidade;
- mediana $>$ a 5;
- moda $>$ a 5.

Os resultados da análise produzida ao material resultante do primeiro questionário apontam para a existência de um conjunto de focos de atenção tidos como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem quer no hospital, quer no centro de saúde. Esta realidade permite apontar para a existência de um denominador comum entre os dois contextos, ainda que a natureza dos indicadores a produzir, conforme demonstraram os resultados do segundo questionário, seja distinta. Adiante, voltaremos a esta questão.

Assim, relativamente aos aspectos de saúde que sustentam aquele denominador comum, destacamos: **a úlcera de pressão, a dor, o(s) autocuidado(s), o papel de prestador de cuidados, a gestão e a adesão ao regime terapêutico.**

Relativamente às diferenças estatisticamente significativas entre a realidade do hospital e a dos centros de saúde, apercebemos da existência de um conjunto de focos de atenção com maior sensibilidade aos cuidados de enfermagem, no particular do contexto hospitalar. São exemplo: **a aspiração, a obstipação, a maceração, a anquilose e o pé equino.**

Constata-se que este conjunto de focos de atenção se refere ao domínio das funções (ICN, 2002), as quais estão frequentemente associadas aos processos fisiopatológicos que determinam o internamento de uma pessoa, contexto em que os cuidados de enfermagem têm como uma prioridade a prevenção da ocorrência daqueles fenómenos.

Quando olhamos para o conjunto de focos de atenção com diferenças significativas entre o hospital e o centro de saúde, e que gozam de maior sensibilidade aos cuidados de enfermagem no particular dos cuidados de saúde primários, verificamos que pertencem aos domínios das **razões para acção** e dos **processos familiares** (ICN, 2002). É o caso do **conhecimento, do(s) autocontrolo(s), do planeamento familiar e da adaptação à gravidez.**

Outra das questões que colocamos aos dados foi: existirão diferenças significativas nos scores obtidos pelos focos de atenção a incluir no RMDE entre os diferentes serviços hospitalares?

Constatámos a existência de um conjunto de focos de atenção associados aos serviços de internamento de adultos (Medicina, Cirurgia, Especialidades médicas, UCI de adultos...). Deste grupo fazem parte **o(s) autocuidado(s)**, o que se deve à natureza daquele tipo de serviços, onde são internadas pessoas com quadros patológicos que implicam dependências. **O papel de prestador de cuidados** também está incluído no grupo de focos de atenção característicos dos serviços de internamento de adultos, onde assume uma relevância capital, dada a grande necessidade que existe de preparar os prestadores de cuidados informais para cuidarem, no domicílio, dos seus familiares dependentes.

Na mesma linha, verificámos a existência de um conjunto de focos de atenção associados aos serviços de assistência materno-infantil. Deste grupo fazem parte aspectos como: **o papel parental, a paternidade, a adaptação à gravidez e a amamentação.**

Este material, depois de organizado, foi tomado pelo grupo de discussão como substrato para o processo de definição dos focos de atenção a representar no RMDE.

Depois de reunirmos o material produzido no âmbito do grupo de discussão e aquilo que emergiu como consensual no primeiro questionário, obtivemos um conjunto de focos de atenção que, por serem altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem, deveriam ser representados no modelo de agregação de dados (Tabela 1).

Os indicadores

Na posse do conjunto de aspectos de saúde a representar no modelo de agregação de dados, o grupo de discussão partiu para o trabalho de construção dos

Domínio (CIPE / ICNP)				
Funções	Razões para a acção	Acções auto-iniciadas	Interacção de papéis	Família
expectorar, aspiração, obstipação, maceração, úlcera de pressão, anquilose, pé equino, dor.	conhecimento, aprendizagem de capacidades, stress do prestador de cuidados, aceitação do estado de saúde, autocontrolo: infecção, autocontrolo: incontinência urinária, autocontrolo: continência intestinal, autocontrolo: dor.	autocuidado: higiene, autocuidado: vestuário, alimentar-se, autocuidado: uso do sanitário, transferir-se, posicionar-se, deambular, queda, uso de contraceptivos, comportamento de procura de saúde, gestão do regime terapêutico, adesão ao regime terapêutico, adesão à vacinação, autovigilância.	papel parental, papel de prestador de cuidados.	paternidade, amamentar, planeamento familiar, adaptação à gravidez.

Tabela 1 – Focos de atenção da prática de enfermagem a representar no RMDE.

indicadores relativos a cada um daqueles focos de atenção.

Independentemente do foco de atenção em questão, quando olhamos para os indicadores esboçados percebemos que são, fundamentalmente, de três grandes tipos. Um, relativo às 'taxas de incidência de cada uma das principais necessidades em cuidados de enfermagem; um segundo, **centrado na capacidade diagnóstica dos enfermeiros e de eficácia na prevenção** de riscos ou complicações; e um terceiro tipo dirigido à demonstração de ganhos em saúde propriamente ditos.

Uma vez definido o indicador, urge perceber o tipo de dados que, obrigatoriamente, há que garantir na documentação, por forma a que aquele indicador seja produzido ou viabilizado.

Admitindo, a título de exemplo, o foco de atenção **úlceras de pressão** para o qual se definiram os indicadores:

- taxa de incidência de úlceras de pressão,
- percentagem de casos de risco de úlcera de pressão,
- taxa de eficácia diagnóstica do risco de úlcera de pressão,
- taxa de eficácia na prevenção das úlceras de pressão,
- taxa de cicatrização das úlceras de pressão,
- ganhos em conhecimento do prestador de cuidados informal sobre prevenção das úlceras de pressão,
- ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados informal para prevenir as úlceras de pressão.

A partir do exemplo, podemos dizer que é necessário garantir, na documentação, o registo sistemático dos diagnósticos de enfermagem que têm por foco a úlcera de pressão, para produzir estes sete indicadores.

O exposto no último parágrafo remete-nos para a definição, implementação e consolidação das condições que permitem a produção do resultado final do RMDE – **os indicadores**.

Aqui, faz sentido referir alguns aspectos extremamente importantes do processo. Em primeiro lugar, a necessidade de criar as condições, fundamentalmente em termos de conteúdos, para ter representados nos SIE os dados que viabilizam os indicadores desejados. Por outro lado, garantir, em termos de estrutura da informação, SIE que permitam a documentação regular e sistemática de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem.

Outro dos aspectos essenciais deste processo liga com a necessidade de definir as intervenções de enfermagem que viabilizam os ganhos em saúde, por forma a que seja possível garantir que os resultados verificados sejam atri-

búveis / sensíveis aos cuidados de enfermagem. Este requisito, central em toda a engenharia de produção dos indicadores, tem-se constituído como um excelente pretexto para (serviço a serviço, centro de saúde a centro de saúde) introduzir, para além das discussões, os trabalhos de definição de programas de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, nutridos pelo potencial da informação que se vislumbra e que a segunda fase do projecto de investigação irá enfatizar.

Desde Novembro, o grupo de discussão tem focalizado os seus trabalhos na definição do conjunto dos indicadores a produzir relativamente a cada um dos focos de atenção. Deste percurso resultaram cerca de 240 indicadores.

Em Março deste ano e no âmbito do estudo de Delphi, entendemos oportuno realizar uma segunda ronda que, para além de devolver aos participantes os resultados da primeira consulta, pretendia conhecer o **grau de utilidade** de cada um dos indicadores definidos para as diferentes realidades. Acerca de cada um dos indicadores pedimos ao respondente para se pronunciar sobre o respectivo grau de utilidade para o serviço, utilizando uma escala ordinal de sete pontos, estabelecida com base nos diferenciais semânticos – **muita utilidade e pouca utilidade**.

Dos 531 questionários aplicados, tivemos um retorno de 301. Os critérios de consenso utilizados no trabalho de análise foram os mesmos da primeira ronda.

A análise do material que resultou deste segundo questionário fez-nos incluir um novo foco de atenção no conjunto dos aspectos de saúde a representar no RMDE – **desidratação** – e 23 novos indicadores relativos a alguns focos de atenção anteriormente apontados para o RMDE. Estes últimos são essencialmente do tipo: **ganhos em conhecimento dos pais sobre...** e **ganhos em aprendizagem de capacidades dos pais para...**, por sugestão dos colegas da área da saúde infantil e pediátrica.

No contexto do centro de saúde, os resultados obtidos apontam para uma grande utilidade de indicadores do tipo – **ganhos em conhecimento sobre...** e **ganhos em aprendizagem de capacidades...** – relativamente aos focos de atenção que o primeiro questionário apontou como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem na realidade dos cuidados de saúde primários.

No que se refere ao hospital, sublinha-se a utilidade de indicadores do tipo: **taxa de incidência...** e **percentagem de casos de...**, **taxa de eficácia diagnóstica...** e **eficácia na prevenção...;** **ganhos em independência no(s) auto cuidado(s); ganhos em conhecimento do prestador de cuidados / pais sobre...** e **ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados / pais para...** relativos aos focos de atenção definidos como altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem no quadro do hospital.

Como é natural e à semelhança do que se verificou na primeira ronda do estudo de Delphi, também aqui verificámos a existência de um conjunto de indicadores adstritos aos serviços de assistência materno-infantil e outro grupo associado aos serviços hospitalares de assistência ao adulto.

Na posse destes dados, com a participação dos gestores intermédios e de topo de cada uma das unidades, neste momento, temos definido o conjunto dos indicadores que, serviço a serviço, começarão a ser produzidos a partir de Setembro, com carácter regular e sistemático, o que corresponde ao início da segunda fase deste projecto de investigação.

Referências bibliográficas

ANA (American Nurses Association) (1995 a), *Standards of Practice in Nursing Informatics*, Washinton, DC: ANA

ANA (American Nurses Association) (1995 b), *An Emerging Framework: Data system Advances for Clinical Nursing Practice*, Washinton, DC: ANA

BASTO, M. (1998), *Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*, Lisboa: Rei dos livros

BERETTA, R. (1996) , “A critical review of the Delphi technique”, *Nurse Researcher*, vol. 3, n.º 4, pp. 79-89

CLARK, J.; DELANEY, C. (2000), “Conceptualization and Feasibility of an International Nursing Minimum Data Set (I – NMDS)”, in SABA, VK.; CARR, R.; SERMEUS, W. & ROCHA, P., *One Step Beyond: The Evolution of Technology and Nursing. Proceedings of the 7th International Congress on Nursing informatics*

COUPER, M. (1984), “The Delphi technique: a methodological discussion”, *Advances in Nursing Science*, vol. 7, n.º 1, pp. 72-77

CHOCHOLIK, J.; BOUCHARD, S.; TAN, J.; OSTROW, D. (1999), “The determination of relevant goals and criteria used to select an automated patient care information system: a Delphi approach”, *Journal of the American Informatics Association*, Vol. 6, n.º 3, pp. 219-233

DARBY, B.; JONES, K. (1996), “Using Elements of the Nursing Minimum Data Set for Determining Outcomes”, *JONA*, Vol. 26, n.º 6, pp. 48-56

EHNFORNS, M.; HARDIKER, N.; HOY, D.; NIELSEN, G.; THERKELSEN, L.; ROSSI MORI, A. (1999), *CEN/TC 251 Short Strategic Study. Systems of concepts for nursing: a strategy for progress. Final Report*: CEN

FISHER, R. (1978), “The Delphi method: a description, review, and criticism”, *Journal of Academic Librarianship*, n.º 4, pp. 64-70

GOODMAN, C. (1987), “The Delphi technique: a critique”, *Journal of Advanced Nursing*, n.º 12, pp. 729-734

GOOSSEN, W. (2000), *Towards strategic use of nursing information in the Netherlands*, Groningen: CIP, Gegevens Koninklijke Bibliotheek Den Haag

GRAVES, J. R.; CORCORAN, S. (1989), “The study of nursing informatics”, *Image: Journal of Nursing scholarship*, Vol. 21, n.º 4, pp. 227-231

HENRY, S.; ELFRINK, V.; Mc NEIL, B.; WARREN, J. (1998), “The ICNP relevance in US”, *International Nursing Riview*, Vol. 45, n.º 5, pp. 151-156

HENRY, S.; WARREN, J.; ZIELSTORFF, R. (2001), “Nursing Data, Classification Systems, and Quality Indicators, What Every HIM Professional Needs to Know”, *Journal of AHIMA*, disponível on-line em <http://www.ahmia.org>

ICN (1999), *International Classification for Nursing Practice*. On-line: <http://www.icn.ch/icnp>, em Dezembro de 1999

ICN (2002), *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*, Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (1997) – *Nursing Outcomes Classification*, St. Louis: Mosby.

KITZINGER, J. (1994) – “The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants”, *Sociology of Health*, vol. 16, n.º 1, pp. 103-121.

LINSTONE, H.; TUROFF, M. (1975), *The Delphi Method. Techniques and Applications*, Massachusetts: Addison-Wesley

MANDIL, S. H. (1991), “Health informatics influence, and be influenced by its key components: the example of nursing informatics”, in HOVENGA, E.; HANNAH, K.; McCORMICK, K. & RONALD, J., *Nursing Informatics '91. Proceedings of the Fourth International Conference on Nursing use of Computers and information science, Melbourne, Australia, April 1991*. New York: Springer Verlag, pp. 21-28

MITROFF, I.; TUROFF, M. (1975), “Philosophical and Methodological Foundations of Delphi”, in: LINSTONE, H.; TUROFF, M. – *The Delphi Method. Techniques and Applications*, Massachusetts: Addison-Wesley

MORGAN, D. L. (1997), *Focus groups as qualitative research*, 2.^a ed. London: Sage

MORSE, J.; FIELD, P. (1998), *Nursing Research: the application of a qualitative approaches*, 2.^a ed. London: Stanley Thornes (Publishers) Ltd

OZBOLT, J. (1996), "From minimum data to maximum impact: using clinical data to strengthen patient care", *Adv. Prac. Nurs Q*, n.º 2, pp. 62-69

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001), "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos", *Divulgar*, Dezembro, pp. 8-15

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2002), *O Sistema de Informação de Saúde em Portugal: Situação actual e perspectivas*, on-line:

http://www.dgsaude.pt/Gdd/sal_13.html

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2003), *Plano Nacional de Saúde*, on-line:

http://www.dgsaude.pt/dgs/p_na_saude.pdf

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. (1996), Focus group. *International Journal of Quality in Health Care*, vol. 8, n.º 5, pp. 499-504

ROMANO, C. A. (1988), "Preparing Nurses for the development and implementation of information systems", in PETERSON, H. E.; GERDIAN-JELGER, U., *Preparing nurses for using information systems: recommends informatics competencies*, New York: National League for Nursing, pp. 83-92

SILVA, A. (2000), *Classificação Internacional da Prática de Enfermagem: Estudo de Implementação*, Porto: [s.n.]. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de S. João, para concurso de provas públicas para professor – coordenador na área científica de ciências de enfermagem

SILVA, A. (2001), *Sistemas de Informação em Enfermagem: uma Teoria Explicativa da Mudança*, Porto: [s.n.]. Tese de doutoramento apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

TUROFF, M. (1970), "The design of a policy Delphi", *Technological Forecasting and Social Change*, n.º 2, pp. 149-156

VASSAR, J. A.; LIN, B.; PLANCHOCK, N. (1999), "Nursing information systems: a survey of current practices", *Topics in Health Information Management*, vol. 20, n.º 1, (Aug.), pp. 58-65

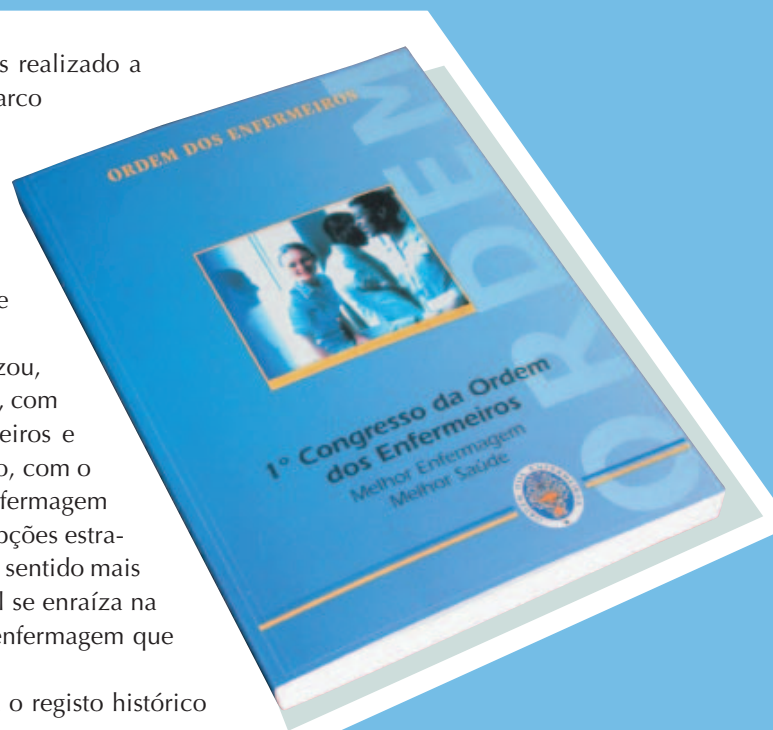
WERLEY, H. (1988), *Identification of the Nursing Minimum Data Set*, New York: Springer

WERLEY, H.; DEVINE, E.; ZORN, C.; RYAN, P.; WESTRA, B. (1991), *The Nursing Minimum Data Set: Abstraction Tool for Standardized, Comparable, Essential Data*, *AJPH*, vol. 81, n.º 4, pp. 421-426

LIVRO

I CONGRESSO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS Melhor Enfermagem Melhor Saúde

O I Congresso da Ordem dos Enfermeiros realizado a 13, 14 e 15 de Dezembro de 2001 é um marco para a Enfermagem Portuguesa. Há cerca de três anos, com a criação da Ordem, os enfermeiros passaram a ter os instrumentos legais necessários para decidirem, por si só, o rumo e o percurso que devem seguir, especialmente face ao seu desenvolvimento profissional. É neste quadro de referência que se realizou, durante estes três dias, um debate alargado, com a participação de cerca de 1500 enfermeiros e com a certeza de que tal como no passado, com o empenhamento total dos enfermeiros, a enfermagem portuguesa saberá escolher as melhores opções estratégicas para alcançar novas etapas, onde o sentido mais profundo do desenvolvimento profissional se enraíza na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem que os enfermeiros prestam aos cidadãos. É com esta transversalidade que aqui fica o registo histórico deste Primeiro Congresso.



A enfermagem conta*

As folhas informativas intituladas “A Enfermagem Conta” fornecem informação de rápido acesso e com perspectivas internacionais da profissão de enfermagem sobre assuntos sociais e de saúde da actualidade.

Rácios enfermeiro / doente

Introdução

Os sistemas de saúde mundiais estão pressionados pela diminuição dos recursos disponíveis e pelo aumento das exigências colocadas aos respectivos serviços. À medida que os sistemas de saúde procuram responder a estes desafios, os enfermeiros, enquanto maior grupo profissional da saúde, sentem mudanças significativas nas respectivas vidas e ambientes de trabalho. Enquanto a quantidade de trabalho se tornar mais substancial e o número de enfermeiros por doente diminuir, os doentes e o pessoal de saúde estarão, em todo o mundo, exposto a um número crescente de riscos.¹⁻³

Resultados da investigação

Trabalhos de investigação recentemente realizados, em grandes amostras, demonstraram os dados que a seguir se indicam.

- Numa dada unidade, a carga óptima de trabalho para um enfermeiro era de quatro doentes. O aumento da carga de trabalho para seis doentes resultava num aumento de 14% da probabilidade de falecimento, nos trinta dias subsequentes à admissão. Se esta carga de trabalho fosse aumentada para oito doentes, verificava-se um aumento comparativo de 31% na taxa de mortalidade.⁴
- Melhores níveis de dotação de enfermeiros resultavam em números reduzidos de infecções urinárias, pneumonia, hemorragia digestiva alta e choque em doentes médicos, e taxas mais baixas de “fracasso no salvamento” e infecções urinárias em doentes submetidos a grades cirúrgicas.⁵

* Tradução do original "Nursing Matters - Nurse: Patient Ratios", acedido em 12 de Julho de 2004, a partir de http://www.icn.ch/matters_rmpratio.htm

¹ International Council of Nurses, comunicado de imprensa acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de http://www.icn.ch/PR23_02.htm

² World Health Organization, *press release*, acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de <http://www.who.int/mediacentre/releases/pr80/en/print.htm>

³ World Health Professions Alliance, *press release* acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de http://www.whpa.org/pr07_02.htm

⁴ Aiken, Linda; Clarke, Sean; Sloane, Douglas; Sochalski, Julie; Silber, Jeffrey; “Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction”, *JAMA*. 2002; 288: 1987-1993

⁵ Needleman, Jack; Buerhaus, Peter; Mattke, Soeren; Steward, Maureen; Zelevinsky, Katya; “Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals”, *N Engl J Med*. 2002; 346 (22): 1715 – 1722

- Verificou-se que baixos níveis de dotação de enfermeiros e climas organizacionais pobres aumentavam o risco de os enfermeiros sofrerem acidentes de trabalho por picada de agulha.⁶

Estes e outros estudos recentes demonstraram uma relação significativa entre níveis mais elevados de dotação de enfermeiros e melhores resultados para os doentes.

Factores que influenciam a produtividade de enfermagem

Determinar o nível mínimo de dotação de enfermeiros de uma unidade pode ser um processo complexo, porque os factores que influenciam a capacidade de um enfermeiro cuidar de um doente são numerosos:

Matriz para determinação da dotação de enfermeiros**

Itens	Elementos / definições
Doentes	Características dos doentes e número de doentes a quem se vai prestar cuidados.
Intensidade da unidade e dos cuidados	Intensidade dos cuidados a cada doente, intensidade de cuidados na unidade, variabilidade da intensidade de cuidados, admissões, altas e transferências, volume de trabalho.
Contexto	Dispersão geográfica dos doentes, tamanho e disposição das unidades dos doentes, tecnologia disponível (<i>bips</i> , computadores).
Nível de perícia	Curva de aprendizagem individual e do grupo de enfermeiros; consistência, continuidade e coesão do grupo de enfermeiros; controle do exercício profissional; expectativas profissionais; preparação e experiência; acesso a formação contínua.

O processo depende de dados válidos e actuais por forma a determinar rácios enfermeiro / doente e garantir a sua adaptação às mudanças dos doentes e do sistema.

Exemplos de novos rácios mínimos enfermeiro / doente

Recentemente, em Victoria (Austrália) e na Califórnia (EUA), foram empreendidas acções para estabelecer a obrigatoriedade de aplicação de rácios mínimos enfermeiro:doente, ajustáveis no sentido superior. Estes rácios são encarados como uma forma de

- garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade,
- recrutar e manter enfermeiros nos cuidados de cabeceira.

** Versão abreviada da Tabela I em Principles for Nurse Staffing, 1999, acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de www.nursing-world.org/readroom/stffprnc.htm

⁶ Clarke, Sean P.; Sloane, Douglas M.; Aiken, Linda H.; “Effects of Hospital Staffing and Organizational Climate on Needlestick Injuries to Nurses”, *American Journal of Public Health*, 2002; 92 (7): 1115 – 1119

Em 2001, os rácios enfermeiro / doente mínimos e obrigatórios foram implementados em Victoria, em todas as instituições do sector público. Estes rácios mínimos variam para se adequarem às necessidades das diferentes unidades e turnos. As instituições foram categorizadas em diferentes níveis, de acordo com a intensidade de cuidados, com o tamanho e a localização. Por exemplo⁷:

Tipo de unidade	Categoria do hospital	Turno da manhã	Turno da tarde
Medicina e Cirurgias gerais	Nível 1	1:4 + responsável de turno	1:4 + responsável de turno
	Nível 3	1:5 + responsável de turno	1:6 + responsável de turno
Obstetrícia ⁺	Todos os níveis	1:5 + responsável de turno	1:6 + responsável de turno
Bloco operatório	Três enfermeiros por sala (um instrumentista, um anestesista, um circulante). Estes números poderão variar em ambos os sentidos, de acordo com factores predeterminados.		
Unidades de recobro pós-anestésico	Em todos os turnos 1:1 para doentes inconscientes		

Desde a implementação dos rácios mínimos, foram documentados os ganhos⁸ que a seguir se indicam.

- Foram empregados nos hospitais mais de 3000 novos enfermeiros.
- Diminuíram o absentismo e a rotação de enfermeiros (entre instituições).
- Aumentou, em 25%, o número de candidatos às escolas de enfermagem.
- Aumentou a aprovação pública do Governo Estadual.

Em 1999, a Califórnia aprovou a legislação que estabeleceu a data de Janeiro de 2004 para implementação dos rácios mínimos enfermeiro / doente. De novo, os rácios variam em função da unidade. Por exemplo⁹:

Tipo de unidade	2004	2005
Medicina / Cirurgia	1:6	1:5
Obstetrícia ⁺	1:4	
Bloco operatório	1:1	
Recobro pós-anestésico	1:2	

⁷ Acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de www.anfvic.asn.au/news_briefs/news_ratios%20summary.htm

⁸ Parish, Colin; 2002, "Minimum effort: The introduction of minimum nurse-to-patient ratios can have maximum effect on recruitment and morale", in *Nursing Standard*, Vol. 16, N.º 42

⁹ Acedido em 15 de Agosto de 2003, a partir de www.calnurse.org/final-rat/ratiobox.html

⁺ N.T. – Os termos "ante/postnatal" e "antepartum" foram traduzidos por "Obstetrícia" por ser o termo que melhor se adequa à realidade nacional

Todos os rácios são mínimos. Os hospitais devem aumentar a dotação de enfermeiros de acordo com o necessário tendo como base a intensidade de cuidados ao doente. Os enfermeiros responsáveis de turno e os enfermeiros-chefes não são contados nos rácios.

É necessário responder às questões que a seguir se colocam, antes de introduzir rácios mínimos de enfermeiro / doente:

- como vai ser assegurada a implementação do rácio mínimo enfermeiro / doente?
- que vai acontecer se os hospitais não conseguirem recrutar o número de enfermeiros necessário?

Prós e contras

Os rácios mínimos enfermeiro / doente estabelecem uma rede de segurança para doentes e enfermeiros. Entre os prós, encontram-se:

- ambientes mais seguros para os doentes,
- incentivos para que os enfermeiros retornem para o trabalho de cabeceira da sua profissão,
- o desenvolvimento da colheita de dados de enfermagem relevantes no sistema de saúde,
- a contribuição para o fomento da discussão sobre o assunto que evidencia a complexidade da determinação de níveis de dotação de enfermeiros seguros e adequados.

Entre os contras, incluem-se:

- tendência para se tornarem a norma dos rácios enfermeiro / doente,
- os rácios não reflectem o nível de perícia que um enfermeiro experiente atingiu,
- em muitos casos, os instrumentos de avaliação abrangente de carga de trabalho e de recolha de dados não estão disponíveis ou não são utilizados.

Implicações para os enfermeiros

Com a introdução ou reintrodução de rácios enfermeiro / doente é necessário monitorizar sistematicamente diversos aspectos:

- o impacte nos resultados alcançados pelos doentes e na retenção / recrutamento dos enfermeiros;
- os efeitos financeiros a curto e a longo prazo, relacionados com os resultados alcançados pelos doentes;
- o desenvolvimento do conhecimento sustentado na segurança dos doentes, na determinação da carga de trabalho dos enfermeiros e na composição de equipas com enfermeiros com diferentes capacidades;
- a melhoria dos resultados alcançados pelos doentes e o desenvolvimento de dados padronizados acessíveis e atempados sobre dotação de enfermeiros e rácios enfermeiro / doente;
- a adaptação da formação básica e contínua em enfermagem a um ambiente de trabalho modificado;
- a integração dos dados de enfermagem nas estatísticas de saúde a nível local, nacional e internacional.