

UNIVERSIDADE DO PORTO

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar

**GESTÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

Contributo para um discurso mais rigoroso

PAULO ALEXANDRE PUGA MACHADO

Assistente na ESEnfSJ

**Dissertação de Mestrado
apresentada ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
Orientação de Abel Paiva e Silva,
Mestre em Ciências de Enfermagem**

PORTO • JUNHO • 2001

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR

**GESTÃO DE RECURSOS DE ENFERMAGEM
NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

CONTRIBUTO PARA UM DISCURSO MAIS RIGOROSO

Paulo Alexandre Puga Machado
Assistente na ESEnfsJ

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
Orientação de Abel Paiva e Silva, Mestre em
Ciências de Enfermagem.

Porto, Junho de 2001

Aos meus Pais,

à Raquel,

ao João Miguel e ao Francisco...

Agradecimentos

À Sr^a Enf^a Laurentina, Directora da Sub-Região de Saúde de Vila Real, pela disponibilidade quanto à consulta dos processos.

Aos colegas dos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar, pela amabilidade e disponibilidade sempre presentes.

À Professora Doutora Amy Coenen, Professor Doutor William Goossen e Professor Doutor Charles Tilquin pelo saber proporcionado e a disponibilidade demonstrada.

Às S^{ras}. Enf^{ras}. Gilda e Manuela Martins pelo saber proporcionado e a disponibilidade demonstrada.

Aos colegas Antónia, Paulino, Ana Leonor, Paula Prata, Filipe Pereira pela Amizade...

Aos colegas Paulo Parente, Filomena Pinto, e Natália Machado pelo apoio e disponibilidade sempre demonstrados.

À Fabíola e Enfermeira Pichel pela ajuda prestimosa.

Ao Sérgio, Sr. Alexandre, D. Orísia, D. Zulmira e Sr. Henrique pelas ajudas bem necessárias que disponibilizaram.

Resumo

Nos dias de hoje o conhecimento das instituições relativamente às necessidades de enfermagem é de extrema importância dado que para promover cuidados de enfermagem de qualidade é necessária uma dotação de pessoal ajustada. Neste contexto, desenhamos um estudo com o propósito de contribuir para uma avaliação mais rigorosa da intensidade da carga do trabalho de enfermagem.

Em 1999, um grupo de enfermeiros da Escola Superior de Enfermagem de S. João e de três Centros de Saúde, desenvolveu um projecto orientado para a reformulação do sistema de informação em três Centros de Saúde incorporando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem enquanto sistema de vocabulário controlado na produção de documentação de enfermagem. Um ano após a implementação do novo sistema, foi possível submeter uma amostra da documentação de enfermagem a análise de conteúdo, no sentido de explorar as necessidades em cuidados de enfermagem e as intervenções documentadas.

Dado o carácter participativo que enformou o processo de mudança, nomeadamente no que concerne à apropriação dos conceitos classificados e utilizados na documentação de enfermagem, é de supor a exemplaridade do sistema de documentação dos cuidados de enfermagem nestes três Centros de Saúde, relativamente à maior fiabilidade da documentação. Assim, seleccionamos a documentação de Enfermagem processada durante os meses de Maio e Junho de 1999, nos três Centros de Saúde (referente a 7804 contactos), submetendo estes dados a análise de conteúdo.

Relativamente às intervenções documentadas, seleccionamos as que foram implementadas no domicílio dos utentes. Seguidamente, criamos um instrumento com o qual se mediu o tempo despendido pelos enfermeiros na realização desses contactos no domicílio, assim como se estudou a influência da distância do domicílio relativamente ao Centro de Saúde, no que se refere ao tempo despendido na realização deste tipo de contactos de enfermagem.

Abstract

Today the knowledge of the institutions relatively to the needs of the nursing endowment it's important to promote quality of cares. In this context, we made a study to contributing for more rigorous evaluation of the intensity nursing workload.

In 1999, a nurses group of S. João Nursing College with three Health Centers, developed a project to reformulate the information system in three Health Centers that incorporate the International Classification for Nursing Practice as long as controlled system vocabulary in nursing documentation production. After one year, it was possible to submit a sample of the new system nursing documentation to contents analysis, in the sense of exploring the needs in nursing cares and the documented interventions.

Considering the participative character that formatted the change process, namely in what concerns to the appropriation of the classified and used concepts in the nursing documentation, it is to be supposed the system exemplariness of the nursing cares documentation in these three Health Centers, relatively to the largest feasibility of the documentation. Like this, we selected the processed Nursing documentation during the months of May and June of 1999, in the three Health Centers (regarding to 7804 contacts), submitting these data to contents analysis.

Relatively to the documented interventions, we selected the ones that were implemented in patient home. Continuously, we created an instrument which measured the time spent by the nurses in the accomplishment of those contacts at home, and simultaneously was studied the influence of the distance of the home relatively to the Health Center, considering the time spent in the accomplishment of this type of nursing contacts.

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANA - American Nurses Association

ARS - Administração Regional de Saúde

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

dum - Data da última menstruação

ESEnfSJ - Escola Superior de Enfermagem de S. João

F(x) - Frequência absoluta

GRASP - Grace Reynolds Application and Study of PETO

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira

ICN - International Council of Nurses

NEMS - Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score

PRN - Project Research Nursing

SAP - Serviço de Atendimento Permanente

SAU - Serviço de Atendimento Urgente

TA - Tensão arterial

TISS - Therapeutic Intervention Scoring System

TOSS - Time Oriented Score System

Índice de figuras

Figura 1 - Mapa de Vila Real	50
Figura 2 – Exemplificação da construção de um diagnóstico conforme a CIPE®.....	63
Figura 3 – Modelo de Análise.....	78

Índice de Quadros

Quadro 1 - Estilos Básicos de Sistemas de Classificação de Doentes	25
Quadro 2 - Exemplificação dos níveis de intensidade, relativamente ao indicador higiene, segundo Whitney & Killien (1987).....	34
Quadro 3 - Caracterização das metodologias de dotação de pessoal de enfermagem	38
Quadro 4- Sistemas de Distribuição de Trabalho de Enfermagem.....	42
Quadro 5 – Recursos humanos do Centro de Saúde de Ribeira de Pena	53
Quadro 6 – Recursos Humanos do Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião	55
Quadro 7 – Recursos humanos do Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar	58
Quadro 8 – Distribuição dos contactos por local onde ocorre o contacto e por Centro de Saúde	81
Quadro 9 – Tipo de contactos que ocorrem no Centro de Saúde	83
Quadro 10 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por Centro de Saúde e Local de contacto	86
Quadro 11 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Ribeira de Pena	88
Quadro 12 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Santa Marta de Penaguião.....	91
Quadro 13 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Vila Pouca de Aguiar	93
Quadro 14 – Distribuição por local de contacto, do total de fenómenos de enfermagem documentados.....	94
Quadro 15 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Ribeira de Pena	97

Quadro 16 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Santa Marta de Penaguião.....	99
Quadro 17 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Vila Pouca de Aguiar.....	100
Quadro 18 – Distribuição do total de intervenções de enfermagem por local de contacto	101
Quadro 19 – Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Tegumento.....	102
Quadro 20 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Planeamento familiar.....	104
Quadro 21 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Hipertensão arterial	105
Quadro 22 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Infância	106
Quadro 23 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Precauções de segurança	107
Quadro 24 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Desempenho de papéis	108
Quadro 25 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Autocuidado	109
Quadro 26 – Tempo despendido por contacto ocorrido no domicílio, nos três Centros de Saúde	111

Índice Geral

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. ESTRATÉGIAS DE PREVISÃO DOS RECURSOS DE ENFERMAGEM.....	17
2.1. PREVISÃO E/OU CÁLCULO DAS CARGAS DE TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	19
2.1.1. Censo de Doentes	20
2.1.2. Necessidades de Assistência dos Doentes.....	21
2.1.3. Sistemas de Classificação de Doentes	24
2.2. SÍNTESE DE CONVERGÊNCIA DAS VÁRIAS METODOLOGIAS DE DOTAÇÃO DE PESSOAL.....	38
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO.....	48
3.1. O CONTEXTO.....	50
3.1.1. Projecto de Restruturação dos Sistemas de Documentação de Enfermagem	59
3.2. FINALIDADE DO ESTUDO	67
3.3. PERGUNTAS DE PARTIDA.....	69
3.4. VARIÁVEIS.....	69
3.5. TIPO DE ESTUDO	72
3.6. AMOSTRA	72
3.7. DESENHO DO ESTUDO	73
3.8. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS	74
3.8.1. Análise de Conteúdo	76

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	80
4.1. OS CONTACTOS.....	80
4.2. OS FENÓMENOS DE ENFERMAGEM.....	85
4.3. AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	95
4.4. FENÓMENOS VERSUS INTERVENÇÕES.....	101
4.5. TEMPO DESPENDIDO NOS CONTACTOS NO DOMICÍLIO.....	110
5. CONCLUSÕES.....	113
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

1. INTRODUÇÃO

Vivemos num tempo em que os constrangimentos financeiros, logo a prevenção do “despesismo”, constituem tónicas do discurso de grande parte dos gestores e claro de muitos políticos. Indubitavelmente, uma forma imediata de reduzir gastos será a redução de pessoal. Não obstante, acreditamos mais numa política de planeamento efectivo, a qual preconiza o ajuste dos recursos humanos em função do trabalho a que nos propomos concretizar.

Com efeito, no domínio da saúde constatamos que existem vários métodos de cálculo de pessoal. Todos comportam vantagens e limitações efectivas. Na verdade, não existe nenhuma metodologia cujo cálculo seja exacto, já que há vertentes do trabalho de enfermagem que não só não são mensuráveis, como dificilmente serão quantificados com total rigor. Sobressai no entanto destas metodologias, que há um conjunto de factores que são determinantes para um cálculo mais ajustado. Assim, é indispensável conhecer a população alvo e suas necessidades relativamente a cuidados de enfermagem. Ao mesmo nível sugerimos o tipo e a quantidade de cuidados de enfermagem que pretendemos prestar. Podemos então afirmar que a previsão não visa o arrojo, mas antes se funda num conjunto de indicadores fidedignos de modo a ser exercida com grande exactidão.

Dado o actual enquadramento político-económico internacional, é notória uma fase de restrição de custos. Também Portugal se confronta perante as mesmas condicionantes, sendo poucos os trabalhos conhecidos no âmbito da saúde, que visam aclarar a dotação de pessoal, nomeadamente de enfermagem. Tal facto leva-nos a crer que a dotação de pessoal deixa por vezes de ser exercida com base em indicadores objectivos, passando a fundar-se mais em razões de natureza política. Como já proferimos, encontramos várias metodologias de cálculo, contudo parece que relativamente à saúde e dado o contexto social e económico que vivemos, os sistemas de classificação de doentes constituem a metodologia mais abrangente para o cálculo de recursos humanos. Salienciamos ainda que estes métodos visam uma análise às necessidades de cuidados de enfermagem da população.

A inexistência de uma linguagem comum, traduz-se na impossibilidade de demonstrar de forma clara e transparente o constante do nosso desempenho, logo do nosso contributo social enquanto profissão. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, constitui uma resposta efectiva quanto ao alicerçar de uma linguagem comum. É um excelente instrumento de trabalho, que veio contribuir para a qualidade dos registos de enfermagem, dos quais se releva o que é específico da nossa profissão. Sobressai da sua utilização, a possibilidade de construir sistemas de documentação de enfermagem baseados em linguagem comum.

Salientamos ainda que os Cuidados de Saúde Primários são determinantes no grau de saúde da população. Cabe aos profissionais efectuar a vigilância de saúde de toda a população. Para além disso, apostar nos Cuidados de Saúde Primários é uma forma muito efectiva de reduzir gastos. Sabemos que o "tratar" não só é mais dispendioso como pode não devolver a qualidade de vida da pessoa acometida de doença ou trauma. Realçamos também, que neste campo não há muitos trabalhos que visem o estudo da intensidade da carga de trabalho de enfermagem.

Assim, dado termos integrado um grupo de trabalho que desenvolveu um projecto, visando a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, nos registos de enfermagem, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. E com base no conhecimento, face à pesquisa efectuada, da necessidade da implementação de uma metodologia que com rigor e à luz do mais actual, visasse o cálculo dos recursos de enfermagem, tomamos a decisão de realizar um estudo que contribuísse para um discurso mais rigoroso sobre gestão de recursos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários.

Falar de Cuidados de Saúde Primários implica ter em conta que o seu espectro de actuação se dispersa pela comunidade. Assim, uma parte da população alvo destes cuidados encontra-se no seu domicílio. Constituem um grupo de pessoas para as quais o número e especificidade das respostas é limitado. Com efeito, esta população congrega sobretudo idosos, muitos dos quais são portadores de patologias ou sequelas destas, típicas desta faixa etária. Consequentemente alguns destes utentes encontram-se acamados, logo impossibilitados de se deslocarem ao Centro de Saúde. Deste modo, os cuidados de enfermagem de que necessitam têm de ser prestados no domicílio. Sobressai

também, que prestar cuidados de enfermagem no domicílio impõe deslocações e expõe necessidades destes utentes para as quais urge encontrar respostas... É sem dúvida um desafio, já que neste universo solicitador de cuidados reside uma nítida provocação ao actual contexto do sistema de saúde.

Pretendemos contribuir para o desenvolvimento de um discurso mais rigoroso que exponha pistas conducentes à avaliação da intensidade da carga do trabalho de enfermagem com bases fundamentadas, de modo a que deste relatório sobressaia o início de um caminho e não o objectivo final deste. É nosso intento que das conclusões do nosso estudo se sobreleve uma visão estratégica relativa às metodologias de cálculo da intensidade da carga de trabalho de enfermagem no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários.

Salientamos que o levantamento das necessidades da população alvo em cuidados de enfermagem, bem como as intervenções de enfermagem face às necessidades detectadas, foram sustentadas na análise da documentação de enfermagem produzida nos três Centros de Saúde. Deste modo delineamos como finalidade deste estudo:

- Contribuir para o aprofundamento das metodologias e dos factores envolvidos na dotação dos recursos humanos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários enquanto visão estratégica para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Com o intuito de dar cumprimento à finalidade a que nos propusemos levantamos as seguintes Perguntas de Partida:

- ✓ Quais as necessidades da população alvo dos três Centros de Saúde, em cuidados de enfermagem, tendo por base a documentação de enfermagem?
- ✓ Quais as intervenções de enfermagem implementadas, face às necessidades da população, em cuidados de enfermagem, tendo por base a documentação de enfermagem?
- ✓ Qual o tempo médio despendido pelos enfermeiros nas deslocações aos domicílios?

- ✓ Qual o tempo médio por contacto de enfermagem no domicílio?

Esta dissertação reporta um estudo exploratório, concretizado em duas fases temporais distintas. Uma primeira que visou a análise da documentação de enfermagem e uma segunda em que utilizando um instrumento de colheita de dados, se mediu o tempo despendido pelos enfermeiros na prestação de cuidados de enfermagem, no domicílio.

A dissertação está estruturada, para além desta introdução, em mais quatro capítulos, os quais passamos a descrever. O segundo capítulo, sob o título “Estratégias de Previsão dos Recursos de Enfermagem” contempla uma abordagem relativa à previsão e/ou cálculo das cargas de trabalho de enfermagem, tendo em conta os pontos de vista de vários autores. Salientamos também algumas fontes de consulta e/ou métodos de previsão dos recursos de enfermagem, dentre estes citamos: o censo de doentes, as necessidades de assistência dos doentes, os sistemas de classificação de doentes e ainda outras metodologias. Integramos ainda, uma síntese de convergência das várias metodologias de dotação de pessoal, na qual aludimos aos factores comuns às diversos métodos que condicionam o cálculo da dotação de pessoal nos Cuidados Diferenciados e nos Cuidados de Saúde Primários.

Relativamente ao terceiro capítulo, “Enquadramento Metodológico”, foi nosso intento proceder à caracterização da população abrangida pelos três Centros de Saúde e das respectivas Instituições de Saúde. Dentro deste sub-capítulo, integramos também uma alusão ao projecto concretizado nos três Centros de Saúde que levou à reestruturação do sistema de documentação de enfermagem e ainda, dentro deste, uma sucinta abordagem à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, de modo a que seja possível perceber os suportes de registos alvo da nossa análise no estudo. Continuamos este capítulo com uma abordagem relativa à finalidade do estudo, às variáveis e sua operacionalização, às perguntas de partida, amostra, desenho do estudo e às técnicas de recolha de dados.

Num quarto capítulo apresenta-se a análise e discussão dos resultados por comparação sistemática com os achados. Este capítulo encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte é iniciada pela análise e discussão dos contactos, ao que se segue uma

alusão às necessidades em cuidados de enfermagem documentadas, as quais geraram intervenções de enfermagem. Na segunda parte deste capítulo analisamos a medição de tempo relativa à prestação de cuidados no domicílio.

Daqui emerge o sexto capítulo onde são delineadas algumas conclusões e apresentadas propostas relativas ao desenvolvimento futuro do tema de estudo.

2. ESTRATÉGIAS DE PREVISÃO DOS RECURSOS DE ENFERMAGEM

A vida de qualquer instituição é condicionada por múltiplos factores, destes, os Recursos Humanos constituem um dos mais importantes e cuja gestão é de extrema sensibilidade. Frederico & Leitão (1999, p.105) definem Recursos Humanos como “*as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa*”. As mesmas autoras numa linha de síntese histórica referem que foi Taylor quem pela primeira vez integrou na administração princípios relativos à gestão dos Recursos Humanos. Assim preocupou-se com “*questões como a selecção, a formação profissional e a compensação dos trabalhadores*” (Frederico & Leitão, 1999, p.105). Afirmam ainda que não menos importantes foram os trabalhos de Elton Mayo que constituíram base para a fundação da Escola das Relações Humanas, sobrelevando-se a motivação, a liderança e a participação (Frederico & Leitão, 1999, p.106).

Efectuando uma apreciação histórica, constatamos que na década de 60 a terminologia “*administração de pessoal*” cai em prol da “*gestão de recursos humanos*”, o que significa que os “*Recursos Humanos devem ser geridos em conjunto com os outros recursos da organização*”. As décadas de 70 e 80 abrem novas perspectivas face à “*fusão de conceitos da ciência organização com a prática da gestão de Recursos Humanos. Ocorrendo assim uma reorganização do planeamento tradicional dos Recursos Humanos para o planeamento estratégico; da motivação e satisfação individual para o conceito de clima organizacional; das actividades de função pessoal analisadas de forma desagregada para os resultados organizacionais; e da formação profissional para a formação em sentido mais amplo e para o desenvolvimento organizacional. As organizações são formadas por pessoas que através das suas capacidades, aptidões e motivações, orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais*” (Frederico & Leitão, 1999, p.106-107). Frederico & Leitão (1999, p.112) referem que a gestão de Recursos Humanos comporta os seguintes constituintes: “*Dotação e cálculo de pessoal, recrutamento e selecção, integração, formação, avaliação de desempenho e carreira*”. Resta-nos pois definir Dotação de Pessoal de En-

fermagem, sendo: *“uma actividade que se realiza com o objectivo de estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes, com a finalidade não só de concretizar aspectos do plano de acção de uma instituição de saúde, no que se refere a pessoal (número, tipo e custos), mas também contribuir para avaliar o nível de cuidados de enfermagem”* (Frederico & Leitão, 1999, p.113). Deste modo, Kurcgant et al. (1989, p.91) afirmam que *“dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender, directa ou indirectamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela”*. As mesmas autoras referem que para além do termo *“dimensionamento”* do pessoal de enfermagem encontramos outros sinónimos na literatura, tais como: *“estimativa do pessoal de enfermagem, cálculo do pessoal de enfermagem, dimensionamento de recursos humanos de enfermagem”*.

Cerro (1995, p.238-239), faz-nos uma alusão à evolução histórica da dotação de pessoal de enfermagem. Assim numa primeira fase, a dotação baseava-se no conhecimento que as Direcções das Instituições de Saúde detinham da prática de enfermagem, tais como: experiências anteriores, próprias ou de outros, logo plena de subjectividade. A dotação era condicionada pelas pressões exercidas pelos mais variados poderes factuais presentes na instituição. Posteriormente, começou-se a ter em conta os rácios estruturais como: Enfermeiros / n.º de camas... Estes rácios ao serem estáticos (não utilizando qualquer parâmetro de actividade), impediam o alcance de níveis adequados de produtividade. Alguns anos mais tarde, começaram a usar-se rácios de assistência paramédicos, logo, estes integravam critérios de actividade médica para tentar medir as necessidades de cobertura de cuidados de enfermagem. O mesmo autor refere que o passo seguinte foram as classificações de doentes que forneciam um valor aproximado já que no seu início não mediam o trabalho realizado. Por fim, surgiram os métodos que utilizam instrumentos que medem os níveis de cuidados de enfermagem. Estes baseiam-se em observar as actividades de enfermagem, previamente classificadas das mais variadas formas e valoradas em termos de tempo, de forma a posteriormente calcular o tempo necessário em cuidados para um determinado doente e transformar este tempo em número de enfermeiros. É ainda este autor que afirma que apesar de aparecerem novas metodologias de dotação de pessoal de enfermagem estas não marcam o desaparecimento

das anteriores já que por vezes umas complementam as restantes (Cerro, 1995, p.242).

Verificamos pois que o cálculo dos recursos humanos constitui uma matéria complexa. É de difícil precisão um cálculo, cuja atribuição varia face ao dinamismo quanto ao número e ao tipo de funções a desempenhar. A complexidade intensifica-se, se as referidas funções encerram atitudes não só do domínio do “*executar*”, mas também do “*observar*”, do “*gerir*”, do “*atender*” e do “*informar*” (ICN, 2000, p.147), contemplando cada uma a seu tempo ou situando-as de forma conjugada no mesmo instante temporal. Camaño-Puig & Rincón (2000, p.761) afirmam que são múltiplas as metodologias para calcular as cargas de trabalho de enfermagem.

2.1. Previsão e/ou Cálculo das Cargas de Trabalho de Enfermagem

A metodologia mais ancestral aponta para que sejam as enfermeiras mais experientes que estabeleçam para cada Doente-tipo os Standards de Assistência. Outro processo válido é o método “*Amostragem de Trabalho*”, o qual Gillies define por: “*um método de Engenharia Industrial que mede o tempo utilizado nos três tipos de actividades de enfermagem (assistência directa, assistência indirecta e educação para a saúde), numa dada Unidade*” (Gillies, 1994, p.246). O mesmo permite medir o tempo gasto pelas tarefas de enfermagem, os fluxos de trabalho e a reorganização das tarefas de modo a obter a máxima eficácia. Baseia-se na suposição de que uma amostra ao acaso das actividades de um trabalhador terá uma configuração geral, semelhante à das actividades laborais totais. Para isso, Gillies (1994, p.246) afirma-nos que é necessário que um dado trabalhador siga um conjunto de etapas: todas as actividades realizadas por estes trabalhadores serão agrupadas segundo uma classificação lógica, preparam-se as folhas de colheitas de dados e tomam-se as decisões relativas ao número de trabalhadores a observar, determina-se ainda o período no qual decorrem as observações e a frequência com que serão exercidas. Posteriormente os observadores serão preparados quanto à forma de identificar as condutas e de efectuar os registos. O pessoal deve ser informado do objectivo, desenho, metodologia e duração do estudo. Seguidamente procede-se à análise e extracção das conclusões passando-se a informação aos gestores de enfermagem. Os dados obtidos devem ser partilhados com o pessoal de enfermagem no sentido

de lhes dar a conhecer os resultados e de virem a pôr em prática os ajustes necessários à melhoria da prestação de cuidados (Gillies, 1994, p.246).

Também os Métodos Operativos de Gestão podem constituir a solução para a determinação do número de enfermeiros necessários. Este método consta de um modelo de sistemas para relacionar a função de recursos humanos com outras funções directivas, as quais devem estar coordenadas com: planificação, organização, direcção, comunicação, motivação e controle. Formulam-se Standards de Assistência de Enfermagem para cada Doente-tipo, calculam-se as proporções Doente-Enfermeiro tendo em conta as frequências e as dificuldades das tarefas. Posteriormente contrata-se, selecciona-se, orienta-se e organiza-se o pessoal necessário de acordo com um sistema que proporciona uma evolução continuada e o controle de qualidade (Gillies, 1994, p.236).

De modo a melhorar a eficácia da gestão importa melhorar o equilíbrio entre o pessoal e a carga de trabalho. Gillies (1994, P.238-243) aponta-nos alguns factores preponderantes para a previsão aferida da carga de trabalho de enfermagem...

2.1.1. Censo de Doentes

Diariamente em todas as Instituições de Saúde são registados os dados dos doentes. A sua análise, pode ajudar de forma efectiva à previsão da carga de trabalho. Smith (1985) & Bracken et al. (1985) [cit. por Gillies, 1994, p.239-240] afirmam que o progresso científico ou mesmo as variações demográficas podem ser determinantes para variações verificadas entre a dotação estimada no ano anterior e o censo actual. O'Connor & Efurd (1978) [cit. por Gillies, 1994, p. 240] estabeleceram um mecanismo de previsão de admissões programando o número de reservas de admissões em relação ao índice destas reservas. Assim passaram a poder prever todas as admissões, à excepção das concretizadas nos dias feriados ou de férias.

Deste modo, para obterem a previsão de admissões, dividem o número de reservas por o valor do rácio. Este rácio foi determinado pela divisão das reservas pelas admissões numa amostra temporal de 1973 a 1975 no Donald N. Sharp Memorial Community Hospital, em S. Diego (O'Connor & Efurd, 1978, p.95). No fundo melhoraram o que era feito anteriormente que consistia na multiplicação da taxa de admissões pela duração da ocupação/internamento médio. Já nas unidades de internamento programado

esta previsão é feita em função das altas ou dos cancelamentos. Wolfe & Young (1965) [cit. por Gillies, 1994, p.241] afirmam que a ocupação de camas num hospital raramente excede o censo diário médio mais quatro vezes a raiz quadrada dessa média. Gillies (1994, p.241) afirma que uma gestora, afim de obter uma rentabilidade económica aceitável, deve evitar a dotação do pessoal baseada no censo máximo, porque ao proceder deste modo estará a gastar dinheiro em excesso no pessoal. Frederico & Leitão(1999, p.115), afirmam que “*em Portugal o critério que com mais frequência tem sido utilizado para o cálculo de necessidades em pessoal de Enfermagem é o rácio por cama disponível*”. Contudo como vários autores expressam, a referência deverá ser o alvo dos cuidados de enfermagem, logo o doente internado/utente, e não a cama disponível.

Hagerty et al. (1985) [cit. por Gillies, 1994, p.289], afirmam que a revisão dos censos de doentes, dos índices de ocupação média, das estatísticas do tempo médio de internamento, os diagnósticos de admissão e os diagnósticos no momento da alta clínica, nos três últimos anos, constituem fontes de informação importantíssima. Também a revisão de histórias clínicas, permitem detectar possíveis necessidades de assistência. As técnicas de avaliação de tarefas são úteis para determinar os standards de tempo que se aplicam nos cuidados dos doentes com diferentes níveis de dependência.

2.1.2. Necessidades de Assistência dos Doentes

Wolfe & Young (1965, p.237), argumentam que: “*a carga de trabalho da equipa de enfermagem pode ser mensurada estatisticamente a partir da soma dos Cuidados Directos com os Cuidados Indirectos*”. Gillies (1994, p.241) afirma que para além do número de doentes, é importante para a previsão das cargas de trabalho de enfermagem, conhecer o tipo de doentes internados, o diagnóstico e o tipo de cuidados de enfermagem que necessitam , pelo que a autora (Gillies, 1994, p.241) considera as necessidades de assistência em:

- ✓ Necessidades de assistência directa
- ✓ Necessidades de assistência indirecta ou administrativa
- ✓ Necessidades de educação para a saúde

A Assistência Directa consiste na prestação de cuidados ao próprio doente, mais

especificamente quando o desempenho é dirigido às necessidades fisiológicas e psicológicas do doente. A Assistência Administrativa ou de Suporte consiste nas actividades desenvolvidas para o doente, mas que não requerem a sua presença, a exemplo: o bem-estar ambiental, social e económico. E a Educação para a Saúde engloba todas as actividades que os enfermeiros realizam afim de informarem, ensinarem e motivarem o doente e a família (Gillies, 1994, p.241). Assim para efectuar o cálculo do número de enfermeiros para um dado serviço, seria necessário:

- ✓ Elaborar uma relação dos diferentes tipos de doentes... Num Serviço já em funcionamento pode consultar-se o censo de modo a prever o número de internamentos. Se é uma situação inaugural calcula-se a partir das estatísticas de saúde e/ou do censo das consultas externas. A consulta destes censos permite agrupar ou caracterizar os doentes segundo o diagnóstico, grupos etários, ou outra variável. Face às diferentes categorias uma Enfermeira Especialista deve proceder à prescrição de intervenções de enfermagem. Logo, a mesma enfermeira deve ainda mensurar quantas vezes ao dia cada intervenção de enfermagem deve ser desenvolvida.
- ✓ Posteriormente um observador experiente procede à observação directa de uma amostra do pessoal para determinar o tempo médio que requer a realização de cada actividade, quer nos cuidados directos quer nos de apoio. Por fim, uma Enfermeira Especialista ou Gestora quantificará a média do tempo por dia, que um doente de cada categoria necessita. Multiplica-se o número obtido (média de tempo, por doente, por dia) pelo número previsto de doentes e somam-se todos os produtos face às diferentes categorias estabelecidas para um dado Serviço (Gillies, 1994, p.241-242).

Desta metodologia conclui-se que cada Instituição apresentará doentes com características diferentes e predominância de categorias também diferentes, pelo que este tipo de cálculo terá que ser efectuado por cada Instituição.

2.1.2.1. Assistência Directa

Existem duas possibilidades de quantificar a *Assistência Directa*: a informação

dispensada pela enfermeira que presta os cuidados, e/ou o estudo feito por um observador experiente. A primeira forma pode trazer alguns inconvenientes já que há enfermeiros que não são precisos quer quanto à informação quer quanto à quantificação de tempos. Gillies (1994, p.241) afirma que tal facto deve-se a que a prestação cria um envolvimento tal, que a noção de tempo deixa de estar presente. Já a observação é um método eficaz, contudo implica não só um observador treinado mas também conhecedor do exercício de enfermagem. Há no entanto, aspectos interessantes a extrapolar das duas metodologias: se é a enfermeira a informar, vamos poder quantificar as actividades puramente intelectuais, bem como a planificação dos cuidados a implementar; se seguimos a observação só se quantifica o visível ou observável. Com efeito não é fácil determinar os tempos da prestação de cuidados de enfermagem (Gillies, 1994, p. 242-243).

2.1.2.2. Assistência Indirecta

Gillies (1994, p.245) e Wolfe & Young (1965, p.237), afirmam que após o cálculo das horas de Cuidados Directos que cada doente necessita diariamente, deve determinar-se qual o tempo necessário para o desempenho das *Actividades de Assistência Indirectas*. Estas contemplam: a planificação dos cuidados, requisições de materiais e equipamento, consulta de outros membros da Equipa de Assistência, registo de Notas de Enfermagem e leitura da História Clínica, informar sobre o estado do doente a outros colaboradores e elaborar um Plano de Assistência para a Alta. Verifica-se que há variabilidade de tempos face às diferentes patologias que os doentes apresentam. Assim, Meyer (1978)[cit. por Gillies, 1994, p.245] refere que o Grace Hospital de Detroit estimou um tempo médio de 38 minutos por doente, por dia para a concretização de *Assistência Indirecta*. Também Wolfe & Young (1965) [cit. por Gillies, 1994, p.245], no John Hopkins Hospital concluíram que o tempo dedicado à *Assistência Indirecta* é constante ao longo de todos os turnos e estimaram-no em 1 hora por doente.

Gillies (1994, p.246) afirma que a estrutura da Instituição pode interferir com o tempo médio utilizado na *Assistência Indirecta*, já que as características da organização (piramidal, linear, linear pura, linear por funções e equipas ou organização matricial) influirá na quantidade de tempo que as enfermeiras gastam para comunicarem entre si ou com outros técnicos.

2.1.2.3. Educação para a Saúde

Esta é outra vertente em que se torna necessário o cálculo do tempo para obter a carga de trabalho de enfermagem. Quase todos os doentes necessitam de *Educação para a Saúde* e embora de forma individualizada face ao diagnóstico de cada um há itens cuja pertinência é indiscutível: grau de actividade, medicação, tratamentos, seguimento médico e de enfermagem e serviços de suporte ou Segurança Social. Meyer (1978) [cit. por Gillies, 1994, p.246], refere que uma Instituição atribuiu à Educação para a Saúde e apoio psicológico 14,5 minutos por doente por dia.

2.1.3. **Sistemas de Classificação de Doentes**

Rodrigues Filho, citado por Frederico & Leitão (1999, p.114), define Sistema de Classificação como: “*um sistema que determina as exigências do doente em termos de cuidados de enfermagem, com base nas suas necessidades, nas intervenções de enfermagem e nas prioridades do cuidado*”. Desta forma os Sistemas de Classificação vão substanciar o processo de tomada de decisão quanto à qualidade dos cuidados, ao melhoramento da produtividade, aos custos e ainda à gestão dos Recursos Humanos. Frederico & Leitão (1999, p.114) referem ainda que o cálculo de horas tendo por base um Sistema de Classificação implica a definição dos cuidados directos e dos cuidados indirectos, constituindo esta metodologia “*uma base sólida para o cálculo do pessoal de Enfermagem necessário*”.

Gillies (1994, p.243) afirma que os *Sistemas de Classificação de Doentes* foram introduzidos de forma a basearem a planificação de pessoal quando se admitiu que a diversidade de necessidades de assistência dos doentes advém mais dos diferentes níveis de dependência que dos diferentes diagnósticos. Com efeito as intervenções de enfermagem visam contemplar o restabelecimento da autonomia ou minorar o agravamento da sua perda. Assim define Sistema de Classificação de Doentes como: “*um método de agrupamento de doentes de acordo com a quantidade e complexidade de cuidados de enfermagem que estes doentes necessitam*” (Gillies 1994, p.289). Salienta ainda que o objectivo destes sistemas é atribuir um valor numérico aos doentes de modo a que se possa, por meio de um registo numérico, quantificar o volume de actividades de enfermagem necessário a esses doentes.

Edwardson (1985) [cit. por Gillies, 1994, p.243] afirma que um sistema de classificação de doentes é um instrumento que serve para distribuir em categorias os doentes de acordo com certas necessidades de assistência que podem ser observadas clinicamente pela enfermeira. Os sistemas de classificação reflectem os diferentes níveis de dependência ou os diferentes diagnósticos. Estes vão possibilitar extrapolar os diferentes tipos de cuidados a implementar face a cada categoria de doentes, logo estimar o tempo médio no desempenho.

Marriner (1998, p.258-259) diferencia três estilos básicos de sistemas de classificação de doentes. Para facilitar a leitura procedemos à realização de um quadro integrador:

Quadro 1 - Estilos Básicos de Sistemas de Classificação de Doentes

Estilo	Características	Vantagens	Desvantagens
Descritivo	Cada categoria encerra cuidados com exactidão. Usa uma tábua de graus. Não é necessário prestar todos os cuidados citados na categoria	Guia de comprovação rápida dos cuidados a instituir.	Nem todos os membros da equipa possuem a capacidade de avaliar com rigor a categoria em que um dado doente se encontra; logo, pouca fiabilidade.
Lista de comprovação	Divide as descrições das rotinas dos cuidados em categorias de actividade como: alimentação, banho... A cada actividade é atribuída pontuação (ex: 1 cuidados de rotina, 4 cuidados face a maior dependência). Somam-se os pontos e determina-se o nível de cuidados requerido.		
Modelo de tempo ou sistemas de unidade de valor relativo	Divide as descrições das rotinas dos cuidados em categorias de actividade. A cada actividade é atribuída pontuação em unidades de tempo.		

Adaptado de: Marriner, (1998, p.258-259).

Gillies (1994, p.292) destaca que *“quanto mais detalhado e mais complexo é o Sistema de Classificação de Doentes, mais tempo deverão investir as profissionais de enfermagem para classificar os doentes”*. O Sistema de Classificação de Doentes é

mais eficaz se desenhado especificamente para o ambiente clínico em que vai ser utilizado. Ehrman, (1987), [cit. por Gillies, 1994, p.292], explica que quando se utilizou o *Sistema de Classificação de Doentes GRASP* (Grace Reynolds Application and Study of Peto), num hospital público nos Estados Unidos, as enfermeiras do Serviço de Psiquiatria concluíram ser necessário modificar este sistema de modo a permitir um cálculo mais preciso das necessidades dos doentes de foro psiquiátrico.

A título de exemplo, Marriner (1998, p.258) cita-nos o trabalho de Warstler (1972), que identificou cinco categorias: categoria I – autocuidado – 1 a 2 horas por dia; categoria II – cuidados mínimos – 3 a 4 horas; categoria III – cuidado intermédio – 5 a 6 horas; categoria IV – cuidado intensivo modificado – 7 a 8 horas; categoria V - cuidado intensivo - 10 a 14 horas. A mesma autora refere os trabalhos desenvolvidos por Regnery (1977) no domínio da enfermagem de Saúde Pública, os quais descrevem as características do ambiente familiar, o componente psicológico, a competência terapêutica, o conhecimento das condições sanitárias, as atitudes sanitárias, os princípios gerais de higiene, o meio ambiente e os recursos comunitários para cada um dos quatro níveis. Assim o nível I é para utentes que requerem um elevado grau de especialização de enfermagem, o nível II inclui as famílias que necessitam de um serviço regular de enfermagem de Saúde Pública, o nível III é para as pessoas que requerem serviços ocasionais e o nível IV é para utentes e famílias que requerem um serviço de enfermagem de Saúde Pública limitado. A mesma autora salienta ainda, que os *Modelos de Tempo* devem contemplar o tempo destinado aos cuidados directos e indirectos. Assim face às categorias estabelecidas, logo aos cuidados prestados, resta apenas somar os tempos gastos, dividi-los pelas horas de trabalho em cada turno e obtém-se a quantificação do pessoal necessário (Marriner 1998, p.259).

Segundo Gillies (1994, p.292-293) para que um sistema de classificação de doentes seja fidedigno é necessário muito rigor na classificação desses doentes. Assim a *validade* (o grau com que um dispositivo mede o que tem que medir) e a *fiabilidade* (o grau de coerência com que um dado instrumento mede o que deve medir) constituem as características essenciais de um dado sistema de classificação. A mesma autora refere ainda, que o objectivo de um sistema de classificação é avaliar a quantidade de tempo e as atitudes que caracterizam os cuidados a um dado grupo de doentes.

Destaca também que um profissional que pretenda construir um sistema de classificação deverá ter em conta três tipos de validade: *validade aparente* (é a mais incompleta, referenciando o grau com que um dispositivo parece medir o que se propõe medir – Ex.: após a elaboração de uma classificação, esta é mostrada às enfermeiras da equipa afim de avaliarem se os elementos de assistência e os níveis de intensidade descritos representam os factores que determinam o tempo necessário para assistir aos doentes); *validade de conteúdo* (refere o grau em que o instrumento de medida expõe os factores ou elementos que representam a escala completa de factos reais que se pretendem avaliar – os estudos de tempos e tarefas podem divulgar que é necessário mais do dobro do tempo para dar a um doente uma bacia com água e ajudá-lo no asseio pessoal, que acompanhar ao WC um doente autónomo que tome banho sem ajuda e/ou que é necessário o dobro do tempo para dar um banho completo a um doente face a ter que o ajudar no banho. Se os níveis de intensidade “banho” mostram uma pontuação equivalente à da escala da classificação verifica-se que há validade de conteúdo); *validade com base nos critérios* (faz referência ao grau com que os valores obtidos mediante o uso de um instrumento se correspondem com outras medições que tenham sido estabelecidas como valorações fiáveis do facto em questão – Ex.: se já existe uma classificação fiável e pretendemos operacionalizar uma nova, nos itens em que há correspondência devemos justapô-los afim de consolidar ou dar validade à nova classificação).

Gillies (1994, p.293-294) com base em estudos realizados, afirma ainda que não é possível prever as necessidades de pessoal de enfermagem com completa fiabilidade, mesmo quando recorremos ao uso de uma classificação. Ainda para a mesma autora, quanto aos sistemas de classificação as críticas relativas ao grau de fiabilidade, levantam-se sobretudo quanto às pessoas que valoram o instrumento de classificação. Esse instrumento é fidedigno quando um dado doente é integrado numa mesma categoria pelas diferentes enfermeiras. Para maior fiabilidade é importante que quem vai classificar saiba utilizar o instrumento correctamente (Gillies 1994, p.293-294) . Após concluir a classificação procede-se à criação de standards que permitam obter o tempo médio dos cuidados prestados aos doentes de determinada categoria. Esta informação pode obter-se mediante a observação directa das enfermeiras nos seus postos de trabalho ou sob informação das mesmas. Para além dos tempos necessários, por doente e por dia, importa registar que tarefas são realizadas pelas enfermeiras.

Gillies(1994, p.244-245) apresenta o exemplo de um sistema de classificação com quatro categorias (cuidados mínimos, cuidados parciais, cuidados totais e cuidados intensivos) ou com três categorias (cuidados mínimos, cuidados parciais e cuidados totais estes integram os cuidados intensivos). Para melhor entendimento deste tipo de classificação vejamos a abrangência de cada categoria:

- Categoria I – O doente requer tratamento médico mínimo. Necessita de poucas intervenções de enfermagem, mas requer observação atenta. Quer as constantes vitais quer o estado psicológico são estáveis. Está puncionado numa veia periférica e tem oxigénio por máscara. Apresenta funções hepática e renal normalizadas.
- Categoria II – O doente requer observação e intervenção de enfermagem moderada. Requer tratamento médico mínimo. Tem intubação que exige aspiração, cateterização de uma veia periférica e uma linha arterial. Quer as constantes vitais quer o estado psicológico são estáveis. Pensos uma vez por turno.
- Categoria III - O doente necessita de observação frequente e intervenção atenta de enfermagem. Requer intervenção médica moderada. Ventilação mecânica sem PEEP elevada ou em desmame. Apresenta cateterização de uma veia periférica e uma linha arterial. As constantes vitais estão estáveis. Medicação por via intravenosa contínua, administração de fluidos. Requer pensos frequentemente. Inquieto, desorientado ou sonolento.
- Categoria IV – O doente necessita de observação e intervenção de enfermagem contínua. Precisa de observação e tratamento médico frequente e intensivo. Doente em pós-operatório imediato ou em fase de recuperação de paragem cárdio-respiratória. Ventilação artificial com PEEP elevada. Músculos respiratórios paralisados ou reflexos atenuados por acção de narcóticos. Portador de cateterização de uma veia periférica e uma linha arterial. Sujeito a transfusões e fluidos múltiplos. Comatoso, obeso, confuso ou não colaborante. Constantes vitais instá-

veis, alterações da coagulação ou função renal e hepática deterioradas. Isolado, necessitando de pensos extensos e frequentes ou diálise.

Gillies (1994, p.245) diz-nos que: “*Minetti & Hutchinson (1975) determinaram um tempo de quatro horas diárias, baseando-se na necessidade de cuidados de enfermagem que um doente de «tipo médio» requer; que um doente independente no autocuidado ou que deambula necessita aproximadamente de metade desse tempo de assistência de enfermagem; um doente com cuidados parciais, requer três a quatro partes do referido tempo; um doente com cuidados totais necessita uma vez e meia o referido tempo e um doente de cuidados intensivos necessita do dobro do tempo que necessitaria um doente de «tipo médio»*”.

Ardnt & Huckabay (1983, p.202) referem que “*o grupo de pesquisa do Johns Hopkins apresentou a principal liderança nos estudos de classificação. Foi em Maio de 1961 que este grupo desenvolveu o índice de assistência directa baseado no tempo necessário à prestação de assistência aos pacientes*”. Conner et al. (1961) [cit. por Ardnt & Huckabay, 1983, p.202] propuseram regras de fixação dos doentes em três categorias: *Auto-suficiente, Assistência Parcial e Assistência Intensiva*. Os mesmos autores concluíram também que as “*técnicas para a classificação de pacientes proporcionam um efectivo mecanismo administrativo para estimativas diárias de necessidades dos pacientes em relação à assistência de enfermagem e materiais*”. Segundo Ardnt & Huckabay (1983, p.202-203), nos últimos anos verifica-se uma intensificação dos estudos de enfermagem nesta área, pelo que destacam os trabalhos de Ramey em 1973. A metodologia de Ramey (1973) [cit. por Ardnt & Huckabay, 1983, p.203-208], denomina-se por “*Onze etapas para a Adequada Previsão de Pessoa*”. O teste dos seus trabalhos foi feito pela aplicação das regras de Ramey em todas as unidades de um hospital universitário. Ramey (1973), [cit. por Ardnt & Huckabay, 1983, p.208], afirma que: “*No sentido de proporcionar uma alta qualidade de assistência, é necessário que as enfermeiras desenvolvam padrões de assistência ao doente e adequados instrumentos de avaliação de modo a garantir que os aspectos profissionais de enfermagem envolvendo actividades intelectuais e interpessoais, serão garantidas*”.

Reynert & Grant (1981, p.21) afirmam “*desconhecer-se o número total e variedade de sistemas de classificação*”. Contudo as mesmas autoras e Gillies (1994, p.289),

referem que habitualmente se utilizam dois tipos de sistemas de classificação: o *Sistema de Avaliação por Grupos Homogêneos de Doentes* e o *Sistema de Avaliação por Factores*. Para melhor compreendermos cada um destes tipos de Sistemas de Classificação de Doentes, vamos explorar sucintamente o que cada um tem de mais peculiar.

2.1.3.1. Sistema de Avaliação por Grupos Homogêneos de Doentes

Segundo Cerro (1995, p.247) e Reinert & Grant (1981, p.21), este sistema também é apelidado de “*método de avaliação do protótipo*” e consiste na construção de descrições gerais das características de um doente. Cada grupo descritivo denomina-se por categoria; estas são ordenadas e tendem a conter progressivamente descrições de dependência sucessivamente maior.

Gillies (1994, p.289) refere-nos que “*um Sistema de Avaliação por Grupos Homogêneos de Doentes é constituído por três ou quatro categorias, as quais reflectem os níveis progressivos de dependência dos doentes relativamente ao prestador de cuidados*”. Para cada categoria descreve-se um doente representativo de modo a enfatizar as características/necessidades deste doente, permitindo perceber qual o tipo e quantidade de cuidados que necessitam. Assim, passa-se a classificar os doentes de acordo com as semelhanças entre eles criando o *Doente tipo*. Para calcular a carga de trabalho de enfermagem, basta determinar o tempo médio necessário para prestar cuidados a um doente de cada categoria. Para tal, é necessário medir o tempo gasto na prestação de cuidados pelas diferentes enfermeiras nos diferentes doentes e achar o tempo médio em cada categoria.

Daubert (1979) [cit. por Gillies, 1994, p.291-292], apresenta-nos o Sistema de Classificação de Doentes utilizado pela Visiting Nurse Association de New Heaven, Connecticut. Este sistema baseia-se no potencial de reabilitação do doente, contemplando 5 categorias de cuidados:

- Categoria I – Doentes com doenças ou incapacidades agudas, não crónicas ou episódicas, que recuperam um nível de actividade similar ao anterior à manifestação da doença e para os quais o objectivo da assistência é a total resolução dos seus problemas de saúde.

- Categoria II – Doentes com doenças crónicas que sofrem um episódio agudo desta doença, tendo um potencial de recuperação do nível de actividade anterior à manifestação da doença e para o qual o objectivo da assistência é a gestão do problema de saúde crónico por parte do doente e família sem a assistência continuada do Centro de Saúde.
- Categoria III – Doentes com incapacidades ou doenças crónicas, que não recuperam o nível de actividade anterior à manifestação da doença, mas com um potencial de aumento de nível de actividade e para o qual o objectivo da assistência é a reabilitação até um nível de actividade máximo mediante o apoio continuado do Centro de Saúde.
- Categoria IV – Doentes com incapacidades ou doenças crónicas, que não podem permanecer no seu domicílio sem o apoio contínuo do Centro de Saúde e para os quais o objectivo da assistência é o tratamento em ambulatório mediante a assistência continuada do Centro de saúde.
- Categoria V – Doentes com patologias em estádios terminais para os quais o objectivo da assistência é assegurar-lhes o bem-estar e a dignidade durante a fase terminal da doença.

Johnson (1984) [cit. por Gillies, 1994, p.292], apresenta-nos o exemplo de um outro hospital dos Estados Unidos, em que as enfermeiras optaram por um sistema de grupos homogéneos, dado requerer menos tempo a utilizar que um sistema por factores e também porque o departamento não dispunha de meios informáticos para efectuar os cálculos. Este sistema compreende cinco categorias, das quais em cada uma delas se utilizaram quatro indicadores de assistência: actividades de vida diária, estado geral de saúde, suporte educativo e emocional, medicação e tratamentos. Por exemplo no indicador actividades de vida diária incluíram-se quatro sub-elementos: alimentação, asseio pessoal, eliminação e bem-estar.

2.1.3.2. Sistema de Avaliação por Factores

Segundo Cerro (1995, p.247) e Gillies (1994, p.290) no Sistema de Avaliação por Factores, procede-se à identificação de uma série de indicadores de cuidados signi-

ficativos e calculam-se as necessidades de cuidados dos doentes na relação com cada um deles, obtendo pontuações parciais. Estas pontuações permitem obter um resultado total (soma das pontuações), o qual permite determinar o grau de dependência dos doentes. Com o intuito de calcular a carga de trabalho de enfermagem, é necessário determinar o tempo médio que se precisa para concretizar as tarefas incluídas em cada indicador de cuidados. Esta informação é obtida calculando o tempo real que as diferentes enfermeiras despendem, no cumprimento das diferentes tarefas. A exemplo destes indicadores podemos citar: alimentação, higiene e asseio pessoal; medidas de bem estar e mobilidade. A quantidade de tempo que se necessita para assistir o doente na realização de cada tarefa, quantifica-se a partir de um tempo mínimo necessário (doente independente “alimentação sem ajuda”) a um tempo máximo necessário (doente dependente “alimentação com ajuda” ou “necessita de alimentação por sonda de 4 em 4 horas”).

O número de indicadores variam de instituição para instituição, Gillies (1994, p.290-291) apresenta-nos alguns exemplos:

- Poulson (1987) refere que num hospital do médio-oeste, nos Estados Unidos utilizaram 32 indicadores para classificar os doentes relativamente às necessidades de cuidados de enfermagem.
- Marks (1987) afirma que num hospital universitário de médio-oeste, nos Estados Unidos, utilizaram 10 indicadores no seu sistema de doentes: actividades de vida diária, sinais vitais, tratamento de feridas, cuidados respiratórios, administração terapêutica, actividades administrativas relativas ao doente (admissão, alta, transferência), colheita de espécimens e procedimentos especiais, medidas de segurança, comunicação e actividades psicossociais.
- Whitney & Killien (1987) revelam que num hospital universitário da costa oeste dos Estados Unidos, empregam 16 indicadores de assistência para classificar os doentes: nutrição, higiene, fluidos e electrólitos, respiração, circulação, termorregulação, eliminação, actividade, potencial de lesão, comunicação, processo de adaptação, conhecimentos, valoração, medicação, colheita de espécimens e tratamentos.
- Ehrman (1987) aponta-nos que num hospital público, num Serviço Psiquiá-

trico, os enfermeiros utilizavam 9 indicadores: dieta, eliminação, sinais vitais, higiene, medicação, supervisão, intervenções terapêuticas, terapia de grupo e actividades recreativas. Para um dos indicadores (eliminação) o instrumento de valoração especificava um nível de dependência, mas para (intervenções terapêuticas) descrevia 6 níveis possíveis de dependência.

- Sdhneider & Appleton (1977) desenharam um modelo de classificação para os Cuidados de Saúde Primários baseado nos motivos que levavam os doentes a requererem uma consulta. Entre as causas destacava-se: controlo de sinais e sintomas, doentes diagnosticados que necessitavam de nova consulta, doentes assintomáticos que pretendiam um seguimento profilático, necessidade de intervenções terapêuticas específicas, traumatismos, lesões e necessidade de cuidados urgentes, nova consulta por resultados analíticos ou exames anómalos e visitas administrativas (certificados para o médico da Seguradora ou alta laboral).

Uma vez definidos quais os indicadores de saúde, urge a necessidade de definir os *Níveis de Intensidade de Cuidados*, afim de permitir a atribuição de pontuação de forma mais assertiva, logo, efectuar um cálculo mais fidedigno à realidade da Instituição / Serviço visado.

Gillies (1994, p.291) refere que podemos diferenciar os *Níveis de Intensidade de Cuidados* pelo tempo que se despende face à prestação de cuidados ou pela frequência com que cada elemento de cuidados se concretiza. Estes níveis são determinados após a decisão de quais os indicadores de cuidados. Cada indicador pode comportar vários níveis de intensidade de cuidados. A mesma autora refere-nos o exemplo de Whitney & Killien (1987), relativo ao indicador “Higiene” num Hospital da costa Oeste dos EUA:

Quadro 2 - Exemplificação dos níveis de intensidade, relativamente ao indicador higiene, segundo Whitney & Killien (1987)

HIGIENE	PONTUAÇÃO
Banho: Assistido	2
Banho: Completo	4
Arranjo: Assistido	2
Arranjo: Completo	5
Mudança parcial da roupa de cama: 1 – 2 x dia	1
Mudança parcial da roupa de cama: 1 – 2 x turno	2
Ajuda suplementar: 1-2 x dia	2
Ajuda suplementar: 1-2 x turno	5

In GILLIES (1994; p. 291).

Ressalta que para o Indicador Higiene se estabeleceram dois graus de intensidade, para cada sub-elemento (*banho, arranjo pessoal, mudança parcial da roupa de cama e ajuda suplementar*).

Tal como temos vindo a explanar, este sistema de classificação alberga inúmeras metodologias de dotação de pessoal. Entre elas citamos o “*Sistema de Classificação de Pacientes e Necessidades de Assistência Directa e Indirecta em termos de Qualidade e Quantidade da Equipe*”, cujas autoras são Arndt & Huckabay (1983, p.195), as quais construíram esta metodologia, fundamentando-se nos trabalhos de Dunn, na Universidade de Illinois, em 1963 e nos trabalhos de Wolfe & Young na Universidade de Johns Hopkins, em 1965. Mais afirmam que passados treze anos Giovannetti, em 1978, após uma revisão de literatura extensa valida a ancestral metodologia.

A determinação das “*Necessidades de Assistência Directa ao Paciente em termos de Quantidade*”, assenta no estudo realizado por Wolfe & Young (1965, p.238), citado por Arndt & Huckabay (1983, p.195-196), os quais criaram três categorias baseadas nos graus de auto-suficiência ou autonomia do doente. Estas categorias constituem listas de factores que vão permitir a classificação dos doentes, sendo: Categoria I (doente Auto-suficiente – requer 0,5 horas de Assistência Directa), Categoria II (doente com assistência parcial ou intermediária – requer 1 hora de Assistência Directa) e Categoria III (doente com assistência Intensiva ou total – requer 2,5 horas de Assistência Directa).

Ardnt & Huckabay (1983, p.196) referem que existe ainda uma outra variável de extrema importância no cálculo da Assistência Directa, sendo esta a “Idade”. Apoiando-se no estudo de Sauer (1972) [cit. por Ardnt & Huckabay, 1983, p.196] no Providence Hospital, que refere que os doentes com 65 anos de idade ou mais requerem maior tempo para os cuidados de enfermagem. Também Thompson et al. (1968) [cit. por Ardnt & Huckabay, 1983, p.196], sugerem que a diferença é pelo menos de 30 minutos por doente e por dia. Ou seja, cerca de 10 % a mais do tempo dos cuidados de enfermagem que os restantes doentes.

Ardnt & Huckabay (1983, p.196-197) aludem ainda à “*Determinação das Necessidades de Assistência Directa ao Paciente em termos de Qualidade*”. Para efectivar esta determinação é essencial efectuar-se uma “*avaliação das condições do paciente em relação às necessidades de assistência de enfermagem baseadas em necessidades físicas que determinam necessidades de assistência de enfermagem e restrições físicas, factores psicossociais e emocionais e necessidades de orientação*”. O acto de avaliar é um procedimento contínuo pelo que existe uma folha standard. Da análise desta folha caracteriza-se o doente em categorias: I, II e III. Segundo as mesmas autoras podem existir mais categorias. Salientam também que cada categoria apresenta “*padrões e requisitos de assistência estabelecidos, critérios de orientação, avaliação e controle*” (Ardnt & Huckabay, 1983, p.197). Interessa relevar que estas categorias e factores são traçados pela evidência estatística. O momento da recolha inicial de dados relativos ao doente marca a assistência individualizada. Consoante a categoria, logo o grau de gravidade ou especificidade do doente, poderá ser adstrita ao mesmo uma Enfermeira Graduada ou mesmo uma Enfermeira Especialista, pelo que quanto mais graves os doentes que constituem a população alvo de uma dada Unidade, maior o número de Enfermeiros Especialistas a admitir.

Outra metodologia que se integra neste Sistema de Classificação de Doentes foi concretizada por Ribeiro (1972) [cit. por Kurckgant et al., 1991, p.92], com a sua tese de Doutoramento “*Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem*”, a qual introduziu uma nova metodologia que denominou de “*Cuidado Progressivo ao Paciente*”. Mais recentemente Alves et al. (1988) [cit. por Kurckgant et al., 1991, p.92], baseando-se no sistema de classificação de doentes

incluem o tempo utilizado na prestação de cuidados. O *“Cuidado Progressivo ao Paciente baseia-se na concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada”* (Kurckgant et al., 1991, p.94). As mesmas autoras afirmam que este sistema de classificação pode ser aplicado a qualquer Instituição de Saúde. Referem ainda que podem ser atribuídas outras denominações para a Classificação de Doentes: *“dependência total, dependência parcial ou incompleta e independência da Equipa de Enfermagem; ou ainda Cuidados Intensivos, intermediários e auto-cuidado”*. Salienta-se ainda que as referidas autoras argumentam que a classificação dos doentes deve ser feita pelo enfermeiro, contudo devidamente treinado (Kurckgant et al.1991, p.94). Mais referem que a dotação do pessoal de enfermagem não termina com o cálculo, implicando uma avaliação permanente, dado o processo ser dinâmico e estar sob acção de vários factores. Afirmam também que *“cabe aos enfermeiros a contínua avaliação das necessidades de atendimento de enfermagem à clientela, correlacionando-se com os recursos humanos disponíveis. Dessa contínua avaliação, dependerá a eficácia do dimensionamento, pois não existem métodos universais e rápidos para a realização desta tarefa”* (Kurckgant et al., 1991, p.96).

Outro método de dotação integrado nos Sistemas de Avaliação por Factores, é o Grace Reynolds Application and Study of PETO (GRASP). O mesmo constitui um estudo feito por Poland, English, Thornton e Owens (PETO), dado não concordarem com o Sistema de Saúde do seu país no qual se toma por unidade de saúde a “cama”. Propuseram então uma nova unidade de cuidados, baseada nas necessidades físicas, assim mudaram da “cama” para o plano do “doente”. O uso deste tipo de classificação ampla com base no estudo das necessidades dos doentes, pretende propor um novo modelo que termine com os estudos que têm por base as “camas” (PETO, 1970, p.1479). O referido método permite calcular o tempo empregue nos cuidados directos e indirectos, a partir do qual se pode estimar a dotação do pessoal de enfermagem.

Em Portugal, com base na metodologia anterior (GRASP) e integrado na metodologia de *“Avaliação por Factores”*, desenvolveu-se o Sistema de Classificação de Doentes por Graus de Dependência. Surgiu face à constatação da existência de *“assimetrias da distribuição de enfermeiros entre diversos hospitais e, nestes, entre diferentes serviços”* (Veiga et al., 1987, p.13). O desenvolvimento desta classificação envolveu um

grupo alargado de profissionais de saúde: Enfermeiros, Administradores e o Instituto de Gestão Informática e Financeira dos Serviços de Saúde. O cálculo das horas totais de enfermagem, reflecte o tempo gasto em cuidados directos e indirectos. Para o cálculo dos cuidados directos criou-se uma folha “*Quadro de Classificação de Doentes*” onde estão incluídas as actividades de cuidados Directos mais representativas “*que por razão de precisão e operacionalidade do sistema se fixaram em pelo menos 85% do total destas actividades*” (Veiga et al., 1987, p.14).

Outro método baseado nos Sistemas de Avaliação por Factores é o Project Research Nursing (PRN) foi criado em 1969 no Hospital Sainte Justine de Montréal por Monique Chagnon e desenvolvido em 1974 por Charles Tilquin que dirige a Equipa EROS (Equipe de Recherche Operationelle en Santé) (Tilquin et al., 1988, p.36). O PRN constitui um sistema de cálculo da intensidade da carga de trabalho de enfermagem, com base no Processo de Enfermagem. Pretendeu-se construir um instrumento que possibilitasse medir a carga de trabalho de enfermagem mas também reestruturasse o sistema de registos, baseando-o numa metodologia científica (Tilquin et al., 1988, p.43). Calculam-se os cuidados directos com base na pontuação dos vários factores, convertendo os pontos em tempo. Aos cuidados indirectos e às actividades domésticas foram fixados tempos standard (EROS, 1987, p.2-4).

Por fim apresentamos um outro método que seguiu a metodologia da Avaliação por Factores, constituindo o mesmo um bastião na dotação de pessoal: trata-se do Método Exchaquet. Foi criado por duas autoras Lina Zublin e Nicole Exchaquet. O estudo teve por base os cuidados de enfermagem desempenhados à população doente de 29 Hospitais Gerais da Suíça e decorreu entre Novembro de 1974 a Janeiro de 1975. Dos 29 Hospitais Gerais foram seleccionados vários factores que intervêm na intensidade da carga de trabalho de enfermagem, sendo: o “*Grau de Dependência dos Doentes*” (tem por base a necessidade de cuidados de enfermagem, pelo que o tempo despendido na prestação dos referidos cuidados é proporcional à gravidade do estado do doente) e “*Outros Factores ou Factores Secundários*” (diferem em número e em importância de um hospital para outro. Adquirem um papel destacável quando aumentam de forma permanente ou temporária a Carga de Trabalho de Enfermagem) (Zublin & Exchaquet, 1980, p.17-18). Este método, integrado nas metodologias indirectas calcula os tempos

dos cuidados directos e indirectos, com base nestes estabelecem proporções face às categorias de doentes estipuladas e geram valores que servem de guia para a dotação de pessoal (Zublin & Exchaquet, 1980, p.17-30).

2.2. Síntese de Convergência das várias Metodologias de Dotação de Pessoal

Com efeito falar sobre Metodologias de Cálculo dos Recursos de Enfermagem, é encetar o discurso do inacabável. Temes et al. (1992, p.88) aludem à diversidade de sistemas de dotação de enfermagem. Não obstante, há vários factores comuns que interferem com o cálculo da dotação de pessoal. A exemplo, Temes et al. (1992, p.90) explicitam que “*uma adequada dotação de pessoal numa unidade será aquela que sai como resultado do estudo de pesquisa de cuidados*”. Os mesmos autores referem que “*a dificuldade estabelece-se ao ter que medir as necessidades de cuidados ao longo das 24 horas do dia*”. Camaño-Puig & Rincón (2000, p.761) afirmam que “*o número de métodos empregues para determinar as cargas de trabalho de enfermagem é extenso. Cada estudo adopta um processo diferente*”. Deste modo congregando opiniões de vários autores, verificamos que as várias metodologias, podem ser classificadas como: *Directas* ou *Indirectas* [(Cerro, 1995, p.246-247), (Tilquin, 2000, p.1), (Fuente et al., 1999, p.2)]. Para melhor compreensão construímos o seguinte quadro:

Quadro 3 - Caracterização das metodologias de dotação de pessoal de enfermagem

Tipos de Metodologias	No que consiste	Vantagens	Desvantagens	Exemplo
Directas	Nomenclaturas exaustivas de acções de cuidados, englobando todo o tipo de cuidados ao doente. Cada item destes está ponderado em tempo de execução. Para obter o tempo total de cuidados ao doente, assinalam-se as acções, multiplicam-se pelo número de vezes que foi executada a mesma e somam-se estes produtos.	Objectivas. Exaustivas.	Morosas. Dispendiosas.	Project Research Nursing (PRN) Grace Reynolds Application and Study of PETO (GRASP)

Indirectas	Baseiam-se num conjunto de indicadores considerados bons vaticinantes das necessidades de cuidados dos doentes. Estes indicadores podem ser <i>Factores</i> ou <i>Protótipos</i> , sendo identificados, elaborados e utilizados por peritos mediante discussão prévia e obtenção de consenso: determina-se um número limitado de níveis e tempo total de cuidados para cada nível. Todos os doentes são avaliados em função dos níveis considerados, assumindo-se como tempo da prestação de cuidados, o estimado para o nível determinado.	Baixo custo. Obtenção rápida de resultados.	Não são exaustivas. Subjectivas quanto à avaliação.	Medicus ou Exchaquet Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) Time Oriented Score System (TOSS) Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score (NEMS)
------------	---	---	---	--

Baseado em: (Cerro, 1995, p. 246-247), (Fuente et al., 1999, p.2)

Rodrigues Filho (1992) [cit. por Frederico & Leitão, 1999, p.114-115] apontamos outra forma de classificar as diferentes metodologias utilizadas para calcular a dotação do pessoal de enfermagem:

- ✓ Metodologia descritiva - utiliza dados respeitantes a muitas variáveis tais como número de horas de cuidados, proporção de pessoal e dados hospitalares (taxa de ocupação, número de admissões, número de altas, etc.).
- ✓ Metodologia administrativa – é dirigida para o estudo do trabalho das unidades de enfermagem, ou de departamentos específicos e concentra-se na identificação de tarefas, fluxo, organização e simplificação do trabalho.
- ✓ Metodologia de pesquisa operacional – baseia-se em modelos matemáticos destinados a modelar problemas; utiliza dados reais e explora procedimentos de forma a poder alcançar as melhores soluções.

Com efeito, as metodologias são múltiplas, o percurso a seguir é sempre pessoal, contudo qualquer que este seja, o fundamento afina-se na coerência e no rigor científico. Provavelmente o somatório destes percursos constituirá a matriz de sustentação do Cálculo dos Recursos de Enfermagem. Por forma a clarificar esta problemática, descre-

veremos de modo sucinto os factores condicionantes a considerar nos sistemas de dotação de pessoal, que os autores das várias metodologias mais relevantes expõem, com vista ao cálculo dos recursos de enfermagem.

Nos sistemas de dotação de pessoal o processo consiste nos cálculos que se têm que efectuar para determinar o número e categorias de pessoal que constituirá cada Unidade de Assistência. Hanson (1982) [cit. por Gillies, 1994, p.237], afirma que os componentes básicos de qualquer sistema são: a estrutura, o processo, os resultados, o controlo e os circuitos de retroalimentação. Num sistema que pretende determinar a composição dos seus recursos humanos, a estrutura deve incluir: informação relativa ao Censo Diário de Doentes, suas Necessidades de Assistência e as atitudes do pessoal. Estas estruturas podem ser ainda mais precisas. Por exemplo se os doentes forem classificados segundo os graus de dependência, uma informação útil para o sistema, será quantificar os défices no auto-cuidado. Os circuitos de feed-back de um sistema de pessoal podem incluir a informação relativa ao período de tempo que decorre nos vários turnos de trabalho, a frequência da rotação de horários, o descanso de cada funcionário, os feriados e os fins-de-semana ao longo de um ano fiscal (Gillies, 1994, p.238).

Considerando as várias condicionantes para a implementação de um sistema de dotação alguns autores sugerem efectuar-se o cálculo da dotação de pessoal de enfermagem com base em fórmulas construídas em função dos elementos citados anteriormente. A exemplo Cerro (1995, p.247-248) refere algumas destas. Outros autores, salientam a importância dos Sistemas de Classificação de Doentes. Reinert & Grant (1981, p.21) afirmam que habitualmente se recorre a dois tipos de Sistemas de Classificação de Doentes, sendo estes: o Sistema de Avaliação por grupos homogêneos de Doentes e o Sistema de Avaliação por Factores. Contudo releva-se que independentemente da metodologia há factores que são preponderantes no cálculo de dotação de pessoal e destes sobressai o método de distribuição do trabalho. Assim sendo vamos explorar sucintamente esta vertente.

Segundo Gillies (1994, p. 230) “*a finalidade das actividades de dotação de pessoal da Gestora de Enfermagem é proporcionar às unidades a seu cargo o número adequado de pessoas, de cada categoria, para que realizem as tarefas necessárias, afim de proporcionar assistência e bem estar aos doentes da unidade*”. São múltiplos os ar-

gumentos que impelem a uma dotação adequada, no entanto o principal argumento é a pressão exercida sobre enfermeiros e gestores no sentido de diminuir os custos com a Saúde Gillies (1994, p.236). Lafferty (1987) [cit. por Gillies, 1994, p.236], afirma que na maior parte dos Serviços de Saúde os salários do pessoal constituem 60% do total de custos operativos. Lehman & Friesen (1977) [cit. por Gillies, 1994, p.236] e Atála (1978) [cit. por Kurckgant et al., 1991, p.91], demonstraram que do universo dos recursos humanos de uma Instituição de Saúde, 60 a 70 % deste são enfermeiros. Por outro lado Meyer (1978) [cit. por Gillies, 1994, p.287], refere que alguns especialistas demonstraram que *“a qualidade dos cuidados de enfermagem aumenta mantendo um equilíbrio entre a carga de trabalho e a dotação de pessoal, quando os índices de ocupação do pessoal oscilam entre 90 e 110%”*. Beyers et al. (1983), bem como Prescott & Bowen (1987) [cit. por Gillies, 1994, p.288], afirmam que *“o défice, o excesso e a inadequada composição dos diferentes tipos de pessoal, provocam a insatisfação laboral das enfermeiras, a qual conduz a uma rotação excessiva de pessoal, que por si só é uma das causas de escassez de enfermeiras e do gasto económico desmesurado (o custo da substituição de uma enfermeira que cessa num determinado serviço está estimado em 2000 a 3000 dólares)”*.

Gillies (1994, p.236) afirma que quando numa dada instituição de saúde é necessário proceder à diminuição de custos, esta começa pela redução do pessoal de enfermagem, por dois motivos: primeiro porque como é o grupo profissional mais representativo, uma pequena redução origina uma poupança razoável em termos económicos e por outro lado, a enfermagem constitui um grupo com menor poder. Sem dúvida o número e tipo de profissionais de enfermagem que constituirão um dado serviço está dependente, entre outros factores, do método de distribuição do trabalho que irá vigorar.

À semelhança de Cerro (1995, p.242-243) e Ardnt & Huckabay (1983, p.190 – 191), Gillies (1994, p.231) refere que os métodos de distribuição do trabalho de enfermagem são determinantes na dotação de pessoal. Marriner (1998, p.234) explica que as mutações que os sistemas de distribuição de trabalho de enfermagem sofreram, constituíram uma resposta às necessidades gerais de mudança. Em retrospectiva, nos anos 20 predominava o *“método de caso”* e a enfermagem desenvolvia-se no domínio privado. Até 1950 evidenciou-se a *“enfermagem funcional”*, dada a escassez do pessoal. Já em

finais dos anos 60 e 70 a tendência evidenciada foi a da “*enfermagem primária*”, que visava atingir o cuidado profissional. A “*direcção de caso*” e a “*assistência dirigida*” tornaram-se populares durante os anos 80. Nos anos 90 com a reforma dos sistemas de saúde, visando redução de custos no sector, surge a “*competência dirigida*”, fundando-se a equipa multidisciplinar. Cada um destes sistemas comporta vantagens e desvantagens. A mesma autora, à semelhança de Gillies, define vários sistemas de distribuição de trabalho de enfermagem, pelo que para melhor compreensão optamos por elaborar um quadro global desta referenciação...

Quadro 4- Sistemas de Distribuição de Trabalho de Enfermagem

Nome do sistema	Definição	Ano de início	Vantagens	Desvantagens
Método de Caso	Cada doente é atribuído a uma enfermeira que lhe presta os cuidados globais e totais.	Anos 20	Cuidados globais ao Doente.	Horário por turnos, em dias distintos com alternância na atribuição de doentes.
Enfermagem Funcional	Divisão hierárquica do trabalho.	Anos 50	Eficiência.	As Enfermeiras ficam com a gestão dos Cuidados. Os Auxiliares prestam o cuidado ao Doente.
Enfermagem de Equipa	As Enfermeiras supervisionam as Auxiliares.	Anos 50 Fim da segunda Guerra Mundial	Esforço de equipa. Há tempo para o coordenador dirigir a unidade. As reuniões relativas à prestação de Cuidados ajudam a resolver os problemas e a desenvolver a equipa. Planificação de Cuidados.	Exige tempo para coordenar o trabalho delegado.
Enfermagem Modular	Enfermagem por distrito.	—	Útil quando faltam Enfermeiros.	Os aspectos técnicos são desempenhados pelos paraprofissionais.
Enfermagem Primária	As Enfermeiras proporcionam cuidados globais a alguns Doentes.	Finais dos anos 60 e início dos 70	Cuidados Globais pelas Enfermeiras. Responsabilidade de 24 horas. Continuidade de cuidados. Redução dos erros na transmissão de ordens. Menos queixas dos Doentes. Hospitalização mais curta.	Limita a dedicação dos Enfermeiros a um número mais reduzido de Doentes. Qualidade de Cuidados variável. Autonomia na mudança de Plano de Cuidados.
Assistência Dirigida	Sistema de Cuidados baseado na unidade que emprega uma trajectória exacta	Anos 90	Baseada na Unidade. Pode ser usada em qualquer sistema. Modelo de Trajectória exacta.	Continuidade de Cuidados questionável.
Direcção de Caso	Direcção e coordenação dos Cuidados que um doente recebe em		Centra-se num episódio de doença. Enfatiza a obtenção de resultados.	Precisa de esforço de coordenação.

	todas as unidades ou num dado episódio de doença.	Anos 80	Incorpora o Cuidado dirigido. Os Cuidados são coordenados por um Director de Caso. Enfermagem primária de 2ª geração. Trajectórias exactas. Análise de variações. Informação entre turnos. Reuniões de equipa. Assegura a qualidade. Modelo interdisciplinar.	
Prática de Colaboração	Prática cooperativa interdisciplinar	Anos 70	Inclui vários grupos profissionais. Maior autonomia da Enfermagem.	
Prática Diferenciada	Distinção entre a Enfermagem profissional e técnica	_____	Processo de Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Integra a família no cuidado.	
Camaradagem na Prática	Equipa interdisciplinar	_____	Multiprofissionalismo.	

(Adaptado de: Marriner, 1998, p.234-242)

Face a este ancestral Gillies (1994, p.231-235) define actualmente, quatro “*métodos de distribuição do trabalho de enfermagem: funcional, de equipa, integral e modular*”.

- ✓ Método funcional – Consiste em diferenciar as tarefas implicadas nos cuidados ao doente, assim como atribuir a cada um dos enfermeiros a prestação de uma ou duas funções de assistência a todos os doentes da unidade. As vantagens são: o treino que se pode desenvolver numa dada função e o baixo número de enfermeiros face ao número de doentes. As desvantagens são: a ausência da prática de cuidados globais e fuga da prestação de responsabilidade.

Do consenso de gestoras de enfermagem assinala-se que poderá ser um método útil em situações de curto prazo: condições de urgência e catástrofes. Não é aconselhável a longo prazo já que fomenta uma prestação não global e despersonalizada.

- ✓ Método por Equipa – Constitui um método que visa a integração de profissionais em pequenos grupos de indivíduos que se apoiam mutuamente para capitalizar os conhecimentos específicos. Há um líder no grupo que

coordena a actividade de cada elemento. Tanto pode integrar uma experiência de complementaridade, como pode cair num sistema de produção em cadeia.

- ✓ Método Integral – Visa a prestação de cuidados globais, com atribuição de um número limitado de doentes (4 a 5). A prestação de cuidados fica sob responsabilidade de uma única enfermeira. Obriga ao conhecimento desenvolvido e ao acompanhamento desde a admissão até à alta. A mesma enfermeira receberá o mesmo doente/utente num novo reingresso no Centro de Saúde / Hospital.
- ✓ Método Modular – É uma variante do método integral, contudo conjuga profissionais e não profissionais na mesma equipa. Visa na mesma os cuidados globais. Respeita a sequência hierárquica.

Assim quanto à dotação de pessoal das Instituições de Saúde, Presado et al. (1999, p.7) preconizam que: *“é imperioso que os quadros de pessoal propostos para estas organizações incluam, não só, o número de enfermeiros considerados necessários, como o nível de produtividade desejado, tendo em conta a qualidade dos cuidados de enfermagem pretendida”*. Tal pressuposto impõe que para seleccionar a metodologia de cálculo ou de estima da intensidade da carga de trabalho de enfermagem, é fundamental ter em conta alguns factores, que estão intimamente ligados à filosofia relativa à prestação de cuidados que uma dada instituição ou serviço preconizam. Neste sentido, Gillies (1994, 229-230) e Cerro (1995, p. 242-243), afirmam que a dotação de pessoal é uma função complexa, que compreende os seguintes passos:

- ✓ A identificação do tipo e quantidade de cuidados de enfermagem que se vão proporcionar.
- ✓ A definição dos tipos de pessoal de enfermagem que deverão empregar-se para prestar os cuidados necessários.
- ✓ O cálculo do número de pessoas de cada categoria que será necessário para proporcionar a assistência.
- ✓ A contratação do pessoal para ocupar os lugares vagos.

- ✓ A selecção e designação do pessoal de entre a oferta.
- ✓ A organização do pessoal de enfermagem disponível nas configurações desejadas por Unidade e por turno.
- ✓ A dotação de funções face à assistência do pessoal.

Para além destes factores, alguns autores apontam-nos outras fontes de consulta que permitirão prever com maior rigor o pessoal necessário. Meyer (1978) [cit. por Gillies, 1994, p.288] afirma que uma análise informática a 3842 doentes, submetidos a 29509 dias de assistência total, demonstrou que o diagnóstico médico, por si só não permite prever a carga de trabalho de enfermagem, mesmo em doentes com diagnósticos ou atitudes terapêuticas tão comuns como um parto eutócico ou uma amigdalectomia. Deste modo, Balderas (1995) [cit. por Presado et al., 1989, p.7], refere que “*a dotação de pessoal de Enfermagem tem como finalidade efectuar a previsão do número de Enfermeiros necessários para prestar cuidados de enfermagem nos diversos serviços segundo a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o modo de organização desses cuidados*”. A efectivação deste propósito passa, segundo vários autores Mordacq, Weitz, Marriner [cit. por Presado et al., 1989, p.7], por factores internos [estrutura organizacional (relações funcionais do serviço de enfermagem com outros departamentos e outros serviços de apoio, modo de organização dos cuidados, lotação, equipamentos); demora média; complexidade de cuidados; qualidade de cuidados; produtividade do pessoal e expectativas dos utentes e famílias] e factores externos (factores contextuais socio-políticos; políticas de pessoal e de horários, flutuações no fluxo de doentes; articulação com outros serviços de integração nos Sistemas Locais de Saúde; localização do serviço e sua estrutura; competitividade). Em analogia e na mesma linha de pensamento Frederico & Leitão (1999, p.113) e Zublin & Exchaquet (1980, p.27) também enumeram factores que influenciam a dotação de pessoal de enfermagem, restando-se em grande parte nos anteriormente citados. Tal como Arndt & Huckabay (1983, p.190-191) os quais referem alguns “*factores determinantes das necessidades do serviço de Enfermagem*”, frisando muitos factores similares, ou mesmo a ANA(1992, p.7) (American Nurses Association) ao preconizar os “*Princípios para a Equipa de Enfermagem*” sob o pretexto de que “*uma equipa de Enfermagem adequada é fundamental para a qualidade dos cuidados*” (ANA, 1992, p.5).

Também Gillies (1994, p.288-289) afirma que dadas as restrições de custos, as gestoras indiciam muitos dos factores anteriormente descritos por forma a dotarem com rigor as Instituições de Saúde. Verificamos deste modo, que há sintonia entre os vários autores quanto aos factores condicionantes no processo de dotação de pessoal, aos quais, associamos Barquín (1995, p.66), que refere que para implementar um sistema de dotação de pessoal é fundamental conhecer por um lado as necessidades da população alvo dos cuidados, pelo outro a capacidade de resposta, logo o que se faz, nessa mesma prestação de cuidados. O mesmo autor, salienta ainda a importância do local da prestação de cuidados: se na instituição ou no domicílio (Barquín, 1995, p.63). Chaverri (1981, p.156) em sintonia com a ANA (1992, p.7) e Cerro (1995, p. 245), alerta que também o desenho arquitectónico, os materiais e aparelhos disponíveis e os serviços auxiliares, têm preponderância na dotação de pessoal.

Relativamente ao cálculo de necessidades de pessoal em Cuidados Especializados, Cerro (1995, p.244-245) afirma ser necessário diferenciar as actividades em dois grupos fundamentais: Unidades de Urgência e Unidades de Hospitalização. Para as Unidades de Hospitalização é importante ter em conta o nível de dependência dos cuidados de enfermagem por parte da população admitida. Por outro lado as características físicas e arquitectónicas da Unidade são também importantes. Por fim a Direcção de Enfermagem deve ter em conta qual a organização geral da instituição, dado que a departição excessiva obriga a necessidades de pessoal mais elevadas, em condições similares de actividade. Os Serviços de Urgência devem contemplar o número de urgências atendidas, o grau de severidade na necessidade de cuidados de enfermagem e o nível de complexidade da própria Unidade.

Sem dúvida grande parte dos estudos debruçam-se relativamente ao ambiente hospitalar, contudo os Cuidados de Saúde Primários encerram um universo tão ou mais complexo quanto à dotação de pessoal de enfermagem. Cerro (1995, p.244) salienta os elementos necessários à dotação de pessoal de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários. Assim há dois indicadores fundamentais: a variável relação População seguida / n.º de Enfermeiros e a variável relação n.º Médicos / n.º Enfermeiros. Não menos importante é a variável relativa à população que deve ser desdobrada em diversos aspectos que contemplem as características dessa mesma população, o que permitirá determi-

nar com melhor exactidão as necessidades da mesma: *“Dados demográficos como a idade, o sexo, a dispersão demográfica, o nível económico e cultural, etc., permitem realizar uma planificação de Recursos Humanos muito mais adequada, tendo em conta os programas que cobrem as necessidades de cuidados, baseados nessas características populacionais”* (Cerro, 1995, p.244). O mesmo autor refere também que é necessário ter em conta o tipo de actividades a realizar. Face a este critério podem agrupar-se as actividades em quatro domínios: *“Consulta de Enfermagem, Visita Domiciliária, Técnicas de Enfermagem e Actividades com a Comunidade”* (Cerro, 1995, p.244). Cabe à Direcção do Centro de Saúde definir quais as percentagens de tempo destinadas a cada domínio.

No nosso país em sintonia com os restantes estudos Presado et al. (1999, p.32) salientaram ainda a *“importância da elaboração do diagnóstico de saúde do concelho no sentido de uma avaliação das características da população em termos de cuidados de enfermagem no domicílio e ambulatório a uma intervenção mais activa na comunidade e em parceria”*. Daqui sobressai que da auscultação dos enfermeiros dos Centros de Saúde emergiram factores essenciais para estimar a dotação de pessoal de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários, sendo estes: *“as características geodemográficas”, “a acessibilidade e transportes”, “a distância entre a Sede e Extensões”, “o número de Extensões”, “o horário de atendimento” e “a existência de Serviço de Atendimento Permanente / Serviço de Internamento com dotação própria de enfermeiros”*.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Em qualquer área ou nível de gestão, as responsabilidades do gestor são muitas e diversificadas. É sua função obter resultados com dois recursos básicos - pessoas e tempo. Para maximizar o potencial de ambos, a maioria necessita de memorandos e linhas de orientação que os auxiliem (Graham, 1990, p.8). Sustentando a afirmação anterior, verificamos que paralelamente e embrenhando-se cada vez mais no próprio trabalho há uma preocupação/necessidade crescente em dar consistência, retractando pela escrita, o que envolve e desenvolve o desempenho numa dada profissão.

Analisando o mundo laboral, desde alguns anos atrás até aos dias de hoje, constatamos não só um incremento, mas também o eclodir de novas profissões na área dos serviços... Consequência e causa do exasperar da fragmentação da ciência numa multiplicidade de novas e inúmeras ciências. Sobreleva-se assim o emergir de uma ambivalência sócio-funcional a qual se retracta sob a *persona* de observador ou sob a *persona* de actor. Assumindo a primeira, assistimos ao rasgar do universo de necessidades hospedadas na pessoa humana, clamando por uma resposta efectiva para os seus problemas. Mas encarnando o papel de actor recriamos, actualizamos e consolidamos uma nova especificidade do saber. É o germinar de uma nova profissão fundada na ciência e materializada na especificidade do cuidar da Pessoa Humana. Bullough & Sparks (1975) [cit. por Ribeiro, 1995, p.24] afirmam que cuidar é sob o ponto de vista holístico, atender o utente na globalidade, logo visa o bem estar. Collière (1989), revela-nos que cuidar é parte integrante da arte e da ciência em enfermagem.

Não obstante, a creditação científica tem por matéria prima o conhecimento e molda-se na sistemática... Parafraseando Norma Lang "*se não conseguimos sequer dar um nome comum às actividades de enfermagem, não podemos controlá-las, financiá-las, ensiná-las, pesquisá-las ou colocá-las dentro de uma política pública*" [cit. por Affara & Oguisso, 1995, p.426]. Deste modo para avaliar a intensidade da carga de trabalho de enfermagem parece-nos fundamental aliar uma linguagem comum, estruturada, que privilegie as intervenções de enfermagem, iniciadas pelos enfermeiros com base na tomada de decisão, a um instrumento devidamente testado que permita calcular o dispendio de tempo, logo o número de enfermeiros necessários ao desempenho dessas

mesmas intervenções.

Ressalta assim uma necessidade crescente de universalizar a linguagem, por forma a facultar a criação de metodologias inovadoras capazes de preverem e/ou descreverem a intensidade da carga de trabalho de enfermagem. De momento, a resposta mais completa e mais efectiva é a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a qual congrega não só os focos do cuidado de enfermagem, como permite qualificá-los e ajustar-lhes as intervenções adequadas. Com a sua implementação sobressai a visibilidade da prestação de cuidados de enfermagem, comprovando quais os ganhos em saúde da população alvo, sensíveis a esses mesmos cuidados. Clark & Lang (1992) [cit. por Goossen, 1992, p.21], afirmam que *“está a ser muito importante para os profissionais de enfermagem de todo o mundo tornar visível que os enfermeiros contribuem para os cuidados de saúde”*.

Affara e Oguisso (1995, p.424) afirmam que uma das razões subjacentes à necessidade da enfermagem classificar a sua prática é a contenção de custos verificada em todo o mundo. Referem ainda que *“novas categorias de agentes de saúde são criadas e as funções dos enfermeiros são redefinidas pelos países que reestruturam os seus serviços de saúde afim de conter os custos. Neste processo, os enfermeiros precisam de justificar o seu papel em termos de custos e resultados”*.

Assim, para que os custos não se sobreponham aos benefícios é necessário gerir. E a forma mais eficaz de gerir um dado serviço ou instituição integra obrigatoriamente a previsão (planeamento). Para tal, necessitamos de instrumentos devidamente aferidos de modo a poder formar uma noção focada da carga de trabalho a desenvolver/consumir. Na verdade, uma profissão cuja dinâmica se retracta na destreza técnica e simultaneamente na relação com outrem, desafia todo e qualquer estudo que pretenda precisar ou medir a intensidade da carga de trabalho. Deste modo é imperativo criar uma metodologia marcada pelo rigor e creditação científica afim de construir um instrumento devidamente fundamentado, logo válido que permita contribuir para a clarificação da dotação de pessoal de enfermagem. Com efeito, o caminho é longo mas é no passo a passo que este é conquistado. É nosso intento que este trabalho constitua o início de um percurso consolidado, o qual germine novos contributos no domínio do *Cálculo dos Recursos de Enfermagem*.

Vila e População de Ribeira de Pena

A Vila de Ribeira de Pena situa-se no vale de uma região montanhosa (a Norte a Serra do Barroso, a Leste e a Sul a Serra do Alvão), integra-se também numa região de transição entre o Minho e Trás-os-Montes, sendo condicionada por influências climáticas (predominantemente seco e frio) e culturais, destas duas províncias. A referida autarquia é composta por sete freguesias e abrange uma área de 22,3 Km², com uma população residente de 8000 habitantes (Estimativas de População Residente em 1998 – INE).

Verifica-se dispersão demográfica, sendo difícil o acesso ao Centro de Saúde, dada a rede viária ser escassa. Predominam as estradas florestais e os caminhos municipais, denotando-se um deficiente serviço de transportes públicos. As principais actividades profissionais inscrevem-se no sector primário, salientando-se a agricultura. Esta é sobretudo de subsistência, destacando-se algumas explorações no domínio da pecuária (criação de gado bovino, caprino e ovino). Já o sector secundário está debilmente preenchido, limitando-se a algumas fábricas de transformação de madeira, produção de calçado e indústria alimentar. A nível social verifica-se uma fraca organização de actividades recreativas e culturais e escassez de corpos de voluntários (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 16-17).

Conforme os “dados do Centro de Estatística da Região Norte (censos 1991), observa-se baixo nível económico geral e de escolaridade, registando uma taxa de analfabetismo de 25,3%. Regista-se ainda um alto índice de emigração, grande mobilidade dos estudantes e emprego precário, contribuindo para uma população envelhecida com tendência para uma diminuição progressiva. Em 1991, o índice de envelhecimento era de 68,9%, a taxa de natalidade de 0,95%, a taxa de fecundidade de 3,41%, a taxa de mortalidade de 1,47% e a taxa de mortalidade infantil de 1,23%”.

Centro de Saúde de Ribeira de Pena

O edifício do Centro de Saúde de Ribeira de Pena , foi construído com o apoio do Governo Norueguês, sendo inaugurado o Serviço Ambulatório em Outubro de 1980

e a reabertura do Serviço de Internamento em Março de 1983. A comparticipação do Executivo da Noruega integrou também o financiamento de bolsas, destinadas à formação do Pessoal de Enfermagem e recrutamento do mesmo. As instalações mantêm o projecto inicial, funcionando num único piso, possuindo espaços amplos de atendimento e de circulação, uma boa luminosidade e um bom estado de conservação. O referido Centro de Saúde possui ainda um laboratório de análises devidamente apetrechado, que não funciona por falta de Pessoal Técnico Especializado (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 17).

O Centro de Saúde de Ribeira de Pena é constituído pela Sede e a Extensão de Saúde de Cerva. A Sede abrange as freguesias de Alvadia, Santo Aleixo, Santa Mariinha, Canedo e Salvador. A Extensão de Cerva cobre o atendimento da população de Cerva e Limões. O referido Centro de Saúde possui ainda mais duas extensões que se encontram desactivadas, sendo: a Extensão de Canedo, que está encerrada e a de Alvadia que foi cedida à Caritas para um Centro de Dia Geriátrico (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 15).

A Sede do Centro de Saúde possui um Serviço de Ambulatório, um Internamento e um Serviço de Atendimento Permanente (SAP). O Serviço de Ambulatório funciona das 8 às 18 horas. O SAP funciona das 8 às 24 horas, nos dias úteis e aos fins-de-semana e feriados das 8 às 22 horas, pelo que após este horário, os utentes recorrem ao SAP do Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar.

O número de utentes inscritos é de 9056 utentes, sendo 49,7% do sexo masculino e 50,3% do sexo feminino, salientando-se a existência de 5953 utentes inscritos sem Médico de Família. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 22 de Fevereiro de 2001.

Quanto aos recursos humanos do Centro de Saúde de Ribeira de Pena salienta-se: a Equipa Médica é constituída por cinco Médicos (um Delegado de Saúde; dois Assistentes Graduados de Clínica Geral, um destes desempenha o cargo de Director do Centro de Saúde e dois Clínicos Gerais de nacionalidade Espanhola). A Equipa de Enfermagem é constituída por 12 Enfermeiros (a Enfermeira-Chefe com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Materna e Obstétrica, 2 Enfermeiros Especia-

listas, com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Pública e Comunitária, 3 Enfermeiros Graduados, 5 Enfermeiros de Nível I e uma Enfermeira não integrada na actual Carreira de Enfermagem. A média de idades dos Enfermeiros é de 36 anos, com um mínimo de 25 anos e um máximo de 58 anos de idade.

Quadro 5 – Recursos humanos do Centro de Saúde de Ribeira de Pena

Recursos Humanos	Sede	Extensões
Médicos	4	1
Enfermeiros	11	1
Administrativos	7	2
Apoio Geral	13	0

O método de trabalho adoptado pela Equipa de Enfermagem segue a distribuição por actividades: Consultas de Saúde Infantil, Saúde Escolar, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Hipertensão, Diabetes, Tratamentos / Injectáveis e Vacinas.

Actualmente estão atribuídos ao Serviço de Ambulatório 5 Enfermeiros (4 na Sede e 1 na Extensão), contando com a colaboração da Enfermeira-Chefe. Estes Enfermeiros cumprem o horário de tempo integral (35 horas semanais). Um dos Enfermeiros Especialistas coordena a Saúde Escolar, a Educação para a Saúde e colabora na Consulta. As Consultas de Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Vacinas e Domicílios estão dotados de 1 Enfermeiro por Programa. No Quadro do Pessoal encontra-se 1 Enfermeira da antiga Carreira de Enfermagem que assegura os tratamentos e os injectáveis.

Salientamos ainda que no período em que se concretizou a colheita de dados, inerente ao estudo efectuado (Maio / Junho de 2000), se encontravam de Férias 2 Enfermeiros, um por onze dias e outro por doze dias.

A Extensão de Cerva está dotada com 1 Enfermeiro que participa em todas as actividades descritas anteriormente.

Vila e População de Santa Marta de Penaguião

O concelho de Santa Marta de Penaguião situa-se na região da “Terra Quente”, Douro, tendo a Nordeste a Serra do Marão (Fraldas do Marão), a Norte e a Sul é rasgado pelo Rio Corgo. Localiza-se a Sudoeste de Vila Real. A rede viária é escassa e sinuosa, integrando as características paisagísticas do Douro. Esta região beneficia de um microclima característico que favorece a vitivinicultura, representando esta a principal actividade económica (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 19).

A referida Vila é composta por dez freguesias, abrangendo uma área de 69 Km² com uma população residente de 9840 habitantes (Estimativas de População Residente em 1998 – INE). Conforme os “dados do Centro de Estatística da Região Norte (censos 1991), verifica-se a existência de um baixo nível económico geral e de escolaridade (com uma taxa de analfabetismo de 17,4%). Salienta-se um elevado índice de emigração, grande mobilidade dos estudantes e emprego precário, o que condiciona a uma população envelhecida, com tendência para uma diminuição progressiva. Em 1991, o índice de envelhecimento era de 85,9%, a taxa de natalidade de 1,54%, a taxa de fecundidade de 4,82%, a taxa de mortalidade de 1,47% e a taxa de mortalidade infantil de 3,48%.

Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião

A construção do Centro de Saúde teve o apoio do Governo Norueguês, iniciando a actividade em 1982. O mesmo Executivo também financiou bolsas destinadas à formação e recrutamento de Pessoal de Enfermagem. As instalações possuem um piso único, mantendo o projecto inicial. Salientam-se os amplos espaços de atendimento e de circulação, boa luminosidade e bom estado de conservação. O Centro de Saúde é constituído pela Sede (abrangendo as freguesias de: S. Miguel de Lobrigos, Medrões, Sanhoane e Sever) e cinco Extensões que apoiam as populações das freguesias de: Alvações, Cumieira, S. João de Lobrigos, Fontes, Fornelos e Louredo. O horário de atendimento do Centro de Saúde é das 8 às 20 horas no Serviço de Atendimento Urgente (SAU) e o funcionamento das Equipas é das 8 às 19 horas (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 20).

A população inscrita é de 9066 utentes, sendo 3825 na Sede, 807 em Alvações, 1343 na Cumieira, 1007 em Fornelos e Louredo, 1299 em S. João de Lobrigos e 785 em Fontes. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 22 de Fevereiro de 2001.

A Equipa Médica é constituída por seis Médicos (1 Assistente de Clínica Geral, que assume o cargo de Director do Centro de Saúde, 1 Chefe de Serviço de Clínica Geral e 4 Assistentes Graduados). A Equipa de Enfermagem é constituída por 8 Enfermeiros (Enfermeira Chefe, com a Especialidade de Enfermagem de Saúde Pública e Mestre em Ciências de Enfermagem, 3 Enfermeiras Graduadas e 4 Enfermeiros de Nível I), a média de idades é de 34 anos, sendo o mínimo de 21 anos e o máximo de 59 anos. Os Enfermeiros cumprem horário de tempo integral (35 horas semanais). O SAU é assegurado por um enfermeiro ficando os restantes 7 na prestação de cuidados inerente aos Cuidados de Saúde Primários.

Quadro 6 – Recursos Humanos do Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião

Recursos Humanos	Sede
Médicos	6
Enfermeiros	8
Administrativos	7
Apoio Geral	8

Salientam-se ainda os protocolos celebrados entre este Centro de Saúde e o Hospital Distrital de Vila Real relativamente à Consulta de Psiquiatria e Pedopsiquiatria, pelo que integram a equipa de saúde um Pedopsiquiatra e um Psiquiatra. A Consulta médica de Pedopsiquiatria funciona na última Quinta-feira de cada mês e a Consulta Médica de Psiquiatria funciona quinzenalmente às Quartas-feiras.

Desde Setembro de 1994, que a distribuição do trabalho se suporta no método por Equipas Nucleares de Saúde, tendo sido ajustadas em função dos recursos existen-

tes, rentabilizando a mesma zona geográfica. As Consultas de Saúde Infantil, Saúde Materna e Planeamento Familiar das Extensões de Saúde são efectuadas em dias fixos da semana e agendadas para o efeito. Existem 6 Equipas de trabalho, funcionando uma por cada Extensão e duas na Sede. As Equipas são constituídas por: um ou dois Médicos, um Enfermeiro e um Administrativo. O SAU é assegurado continuamente por um Enfermeiro, das 8 às 20 horas.

Salientam-se dois projectos:

“Saúde na Comunidade – Apoio Domiciliário” – Tem por objectivo caracterizar a população idosa em graus de dependência, tendo o apoio de uma Psicóloga uma vez por semana (às Quartas-feiras).

“Preparação da Alta Hospitalar – Doentes Dependentes” – Protocolo com o Serviço de Medicina do Hospital da Régua.

Vila e População de Vila Pouca de Aguiar

O concelho de Vila Pouca de Aguiar situa-se a Norte de Vila Real, localizando-se entre as Serras do Alvão (a poente) e a Serra da Padrela (a Este). Confina a Norte com Chaves, a Sul com Ribeira de Pena e a Oeste com Valpaços e Murça. É constituída por 17 freguesias e 84 localidades, abrangendo uma área de 11900 hectares. A população residente é de 16310 habitantes (Estimativas de População Residente em 1998 – INE). Este concelho apresenta uma localização privilegiada com ligação a Chaves, Valpaços, Murça, Vila Real e Ribeira de Pena. Contudo a rede de transportes não satisfaz as necessidades da população, existindo localidades que só contam com transportes no período escolar e dias de Feira (5 e 25 de cada mês). Salientamos também que a restante rede viária é escassa, com predomínio de estradas municipais e caminhos florestais. As actividades tem predominância no sector primário: agricultura (produção de batata, milho, centeio, feijão e castanha). Releva-se alguma actividade no sector terciário. Já o sector secundário conta apenas com quatro Unidades Fabris relevantes: empresa de engarrafamento de água mineral, empresa de calçado, empresa de lacticínios e indústria de extracção e transformação de granito. Salienta-se ainda a existência de uma Instância

Termal em Pedras Salgadas, conhecida pelas suas águas minero-medicionais. A nível social verifica-se fraca organização das actividades recreativas e culturais e escassez de corpos voluntários (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Secção I, p. 22).

Segundo dados do Centro de Estatística da Região Norte (censos de 1991), verifica-se um baixo nível económico geral e de escolaridade (com uma taxa de analfabetismo de 16,4%). Destaca-se um elevado índice de emigração, grande mobilidade dos estudantes e emprego precário, contribuindo para uma população envelhecida com tendência para uma diminuição progressiva. Em 1991, o índice de envelhecimento era de 65,1%, a taxa de natalidade de 1,07%, a taxa de fecundidade de 3,6%, a taxa de mortalidade de 1,17% e a taxa de mortalidade infantil de 2,19%.

Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar

O Centro de Saúde foi financiado pelo Governo Norueguês, sendo inaugurado em 1982. O mesmo Executivo financiou ainda bolsas destinadas à formação e dotação de Enfermagem. As instalações estão dispostas num só piso, tendo sido reformulada a entrada principal de modo a proporcionar o abrigo à transferência de doentes que são transportados ao Centro de Saúde ou deste para outros locais. Caracteriza-se por espaços amplos de atendimento e circulação, boa luminosidade e bom estado de conservação. O Centro de Saúde possui uma sala de Radiologia que iniciou o seu funcionamento em Maio de 1999.

Este Centro de Saúde é constituído pela Sede e por duas Extensões, Pedras Salgadas e Campo de Jales. A Sede dá apoio aos habitantes das freguesias de Vila Pouca, Telões, Soutelo, Santa Marta, Tresminas, Afonsim e Gouvães. A Extensão de Saúde de Campo de Jales presta apoio às freguesias de Jales e Alfarela, funcionando das 8.30 às 13 horas e das 14 às 18 horas. As freguesias de Bornes, Parada Monteiro, Sabroso, Bragado, Capeludos e Pensalvos estão sob tutela da Extensão de Saúde de Pedras Salgadas, com horário de funcionamento das 8.30 às 19 horas. A Sede engloba Atendimento Ambulatório, Internamento e SAP. O Atendimento Ambulatório funciona das 8.30 às 13 horas e das 14 às 18 horas. O SAP funciona ininterruptamente 24 horas por dia. Salienta-se ainda que o Internamento está dotado com 18 camas e o SAP com 2 camas na Sala de Observações. O Centro de Saúde tem 18295 utentes inscritos, dos quais 2439 estão

inscritos na Extensão de Saúde de Campo de Jales e 5490 na Extensão de Pedras Salgadas. O total de utentes inscritos sem Médico de Família é de 3300, dos quais 1340 correspondem a utentes inscritos na Sede. Salientamos ainda que tais dados foram obtidos no próprio Centro de Saúde, em 22 de Fevereiro de 2001.

Quanto aos recursos humanos, a Equipa Médica é constituída por 13 Médicos (1 Assistente de Saúde Pública, 6 Assistentes Graduados, um dos quais assume o cargo de Director do Centro de Saúde e 6 Assistentes de Clínica Geral), a Equipa de Enfermagem é constituída por 18 Enfermeiros (a Enfermeira-Chefe com o Curso de Estudos Superiores Especializados em Saúde Materna e Obstétrica, Mestre em Ciências de Enfermagem, 3 Enfermeiros Especialistas sendo um com o CESE de Saúde Materna e Obstétrica, outro com o CESE de Saúde Infantil e Pediátrica e outro com o CESE de Reabilitação e 14 Enfermeiros de Nível I). Do total de Enfermeiros, 10 estão destacados para o internamento e os restantes para o Serviço Ambulatório. A Enfermeira com o CESE de Reabilitação encontra-se destacada para o Internamento. A média de idades dos Enfermeiros é de 31 anos de idade, com um mínimo de 23 anos e um máximo de 45 anos de idade.

Quadro 7 – Recursos humanos do Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar

Recursos Humanos	Sede	Extensão de Saúde de Pedras Salgadas	Extensão de Saúde de Campo de Jales
Médicos	8	3	2
Enfermeiros	15	2	1
Técnico Sanitário	1	-	-
Administrativos	16	3	1
Apoio e Vigilância	17	1	-

O método de trabalho adoptado pela Equipa de Enfermagem segue a distribuição por actividades: Saúde Infantil, Saúde Escolar, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Hipertensão, Diabetes, Tratamentos / Injectáveis e Vacinas. O Serviço de Ambulatório conta com 8 Enfermeiros (5 na Sede e 3 nas Extensões de Saúde), salientando-se ainda a

colaboração da Enfermeira-Chefe. O horário cumprido é o de tempo integral (35 horas semanais). As Extensões de Campo de Jales e Pedras Salgadas têm 1 e 2 Enfermeiros respectivamente. Destacamos ainda que no período em que se concretizou a colheita de dados inerente ao estudo efectuado (Maio / Junho de 2000), se encontravam ausentes ao serviço 3 Enfermeiros: dois por gozo de Férias (um por dez dias e outro por 3 dias) e uma Enfermeira com Licença de Maternidade.

Salientam-se dois projectos:

“Apoio ao Idoso acamado” e “Saúde Oral”.

Interessa ainda relevar que estes três Centros de Saúde integraram o “Projecto de Restruturação dos Sistemas de Documentação de Enfermagem”, pelo que os Registos de Enfermagem são realizados em “Padrões de Documentação de Enfermagem”, recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, quer em suporte de papel, quer em suporte electrónico. Vamos então explicar sucintamente no que consistiu o referido projecto.

3.1.1. Projecto de Restruturação dos Sistemas de Documentação de Enfermagem

Este projecto consistiu num trabalho de análise e redefinição dos Sistemas de Informação / Documentação de Enfermagem, envolvendo diversas entidades, sendo estas: a Escola Superior de Enfermagem de S. João, a Administração Regional de Saúde do Norte e a Sub-Região de Saúde de Vila Real, o Instituto de Gestão e Informática Financeira do Ministério da Saúde (IGIF), bem como os Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar. Pretendeu-se com um projecto desta natureza “*Definir uma metodologia de implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação no âmbito da assistência de enfermagem em Cuidados de Saúde na Comunidade*” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Vol. I, p.6). Salientamos ainda que o referido projecto tomou por linguagem de base para a realização de Registos de Enfermagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Deste modo integramos neste trabalho uma resumida alusão à referida taxonomia.

3.1.1.1. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

A CIPE surgiu na sequência de um objectivo ancestral, o qual preconizava a cri-

ação de uma taxonomia que proporciona-se o recurso a uma linguagem comum para descrever a Prática de Enfermagem. O repto foi lançado pela Organização Mundial de Saúde na reunião do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), realizada em Seul em 1989. A referida proposta solicitava ao ICN que estimulasse as Associações Nacionais de Enfermagem “*a se envolverem no desenvolvimento de sistemas de classificação para a assistência de enfermagem, sistemas de gerência da informação sobre a enfermagem e o conjunto de dados sobre a enfermagem afim que todos os países pudessem usar para identificar actividades de enfermagem e descrever a enfermagem e sua contribuição para a saúde*” (F. Affara; T. Oguisso; 1995, p.423). Uma vez aprovada a resolução procedeu-se à nomeação de um grupo de trabalho que estudou a exequibilidade deste sistema.

Com efeito urgia a criação de um sistema que permitisse a ligação entre dados clínicos e financeiros ou entre intervenções e resultados, encerrasse um carácter amigável, acessível e compatível com os requisitos do sistema de saúde e facultasse a interacção com outros sistemas mesmo que baseado num marco conceptual de enfermagem. A liderança de tal projecto foi encabeçada pelo ICN em parceria com a Organização Mundial de Saúde e outros grupos nacionais, internacionais, governamentais e não governamentais (F. Affara; T. Oguisso; 1995, p.433).

O grupo técnico incumbido da disseminação da CIPE® delineou um plano estratégico composto por várias finalidades, sendo estas:

- *Desenvolver uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem com o seu processo específico e componentes dos resultados esperados.*
- *Obter reconhecimento dessa Classificação pelas comunidades nacionais e internacionais de enfermagem.*
- *Conseguir integrar essa Classificação, na Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde.*
- *Fazer com que os enfermeiros utilizem a Classificação em nível racional para desenvolvimento de uma base de dados.*
- *Estabelecer um conjunto internacional da base de dados que incorpore a*

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o conjunto de dados mínimos de enfermagem e dados regulatórios. (F. Affara; T. Oguisso; 1995, p.434).

Face ao desenvolvimento deste projecto, em 1996 foi publicada a International Classification for Nursing Practice – ICNP® (Alpha Version). A mesma foi traduzida em várias línguas afim de permitir a sua implementação o mais universalmente possível. Esta versão evoluiu, conseqüentemente à investigação em enfermagem, dando lugar em Junho de 1999, em Londres, à publicação de uma nova versão (Beta Version), a qual também já se encontra traduzida em Português. Vamos pois descrever a estruturação da CIPE® (Beta Version).

A CIPE® encontra-se estruturada segundo uma hierarquização de termos em eixos múltiplos, a qual esquematicamente assume uma forma de pirâmide cuja ordenação (no sentido do topo para a base), parte de um conceito mais amplo para um mais específico. Sob a significação de “*o que pode ser observado*”, e sem a conotação ou paralelismo com doença o *Fenómeno de Enfermagem* define uma condição de um dado indivíduo sem incorrer à partida numa terminologia cuja significação comporte um teor negativo. Eclode então o conceito inovador de *Fenómeno de Enfermagem*: “*Aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (ICN, 2000, p.xiii), tomando-se por *Diagnóstico de enfermagem*: “*Designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem. Um diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da Classificação dos Fenómenos*” (ICN, 2000, p.xiii).

Há três componentes na estrutura da CIPE®, são eles:

Os Fenómenos de Enfermagem.

As Acções de Enfermagem.

Os Resultados de Enfermagem.

(ICN, 2000, p.xi)

Estes componentes são abordados segundo um sistema de eixos múltiplos, sob

uma disposição hierárquica. Assim, os eixos para a Classificação dos Fenómenos de Enfermagem são:

- A. Foco da Prática de Enfermagem:** *área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática profissional de enfermagem.*
- B. Juízo:** *opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenómeno de enfermagem.*
- C. Frequência:** *número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem durante um intervalo de tempo.*
- D. Duração:** *intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem.*
- E. Topologia:** *região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem.*
- F. Localização Anatómica:** *posição ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem.*
- G. Probabilidade:** *possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem.*
- H. Portador:** *entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem (ICN, 2000, p.xiv).*

Podemos então traçar um diagnóstico se associarmos um termo do eixo **A** a um termo dos eixos **B** ou **G**. Vejamos o exemplo:

Figura 2 – Exemplificação da construção de um diagnóstico conforme a CIPE®

EIXOS SELECIONADOS	TERMOS SELECIONADOS
Foco da Prática de Enfermagem	Dor
Juízo	Extrema (em grau muito elevado)
Frequência	Intermitente
Topologia	Direito
Localização anatómica	Pé
Diagnósticos de Enfermagem: Dor extrema Dor extrema, intermitente Dor extrema, intermitente no pé Dor extrema, intermitente no pé direito (ICN, 2000, p.xiv)	

Face aos diagnósticos assumem particular importância as *Ações de Enfermagem* (*Comportamentos das enfermeiras na prática*) e as *Intervenções de Enfermagem* (*Acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem. Uma intervenção de enfermagem é composta por conceitos contidos nos eixos da Classificação das Acções.*) (ICN, 2000, p.xvii). Estando estruturada da mesma forma (em sistemas de eixos), a Classificação das Acções de Enfermagem encerra os seguintes eixos:

- A. **Tipo de Acção:** realizações levadas à prática por uma acção de enfermagem.
- B. **Alvo:** entidade que é afectada ou que confere conteúdo à acção de enfermagem.
- C. **Recursos:** entidade usada no desempenho da acção de enfermagem. Inclui: **Instrumentos ou ferramentas** (utilizadas no desempenho da acção de enfermagem) e os **Serviços** (trabalho ou plano específicos usados para executar a acção de enfermagem).
- D. **Tempo:** orientação temporal de uma acção de enfermagem. O tempo inclui os **Pontos no tempo** (eventos – que se definem como momentos definidos no tempo) e os **Intervalos de tempo** (episódios – que se definem como a duração entre dois eventos).
- E. **Topologia:** região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem.

- F. Localização:** orientação anatómica e espacial de uma acção de enfermagem. A localização inclui os **sítios do corpo** (posição ou localização anatómica de uma acção de enfermagem), e o **local** (localização geográfica onde ocorre a acção de enfermagem).
- G. Via:** trajecto através do qual se realiza uma acção de enfermagem.
- H. Beneficiário:** entidade a favor da qual a acção de enfermagem é realizada.

(ICN, 2000, p.xviii)

Resta-nos então tecer algumas considerações... Para traçar *Intervenções de Enfermagem* a regra é associar um *Tipo de Acção* a um *Foco* ou a um *Alvo*. Desta forma e com base em toda a orgânica da CIPE® os enfermeiros registando o que caracterizou, face a cada situação, a sua prestação de cuidados vão poder medir com precisão os ganhos em saúde dessa população, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Com efeito, a Classificação dos Resultados de Enfermagem não é mais que a medição ao longo do tempo das mutações sofridas no estado de saúde de um indivíduo ou comunidade, por interferência das intervenções de enfermagem sobre o diagnóstico de enfermagem inicial.

3.1.1.2. Implementação do Projecto de Restruturação dos Sistemas de Documentação de Enfermagem

O referido projecto visou seis etapas distintas: “*Identificação dos interesses, motivações e necessidades*”; “*Diagnóstico da situação dos actuais métodos de distribuição de trabalho, sistemas de informação e documentação em enfermagem*”; “*Definição do modelo de dados*”; “*Intervenção formativa sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem e métodos de organização do trabalho*”; “*Definição dos recursos de Hardware e desenvolvimento da aplicação informática*” e “*Intervenção formativa sobre: Implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação*” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999, Vol V, p.24).

Com o intuito de clarificar o processo de implementação deste projecto vamos efectuar uma alusão sucinta ao constante de cada etapa. A metodologia seguida foi in-

investigação-acção, pelo que, após a análise dos anteriores suportes de Informação/Documentação de Enfermagem, visou implementar novos suportes, os quais garantissem integridade referencial da prestação de cuidados com os registos de enfermagem efectuados, logo com as práticas instituídas.

Assim, a primeira etapa, *“Identificação dos interesses, motivações e necessidades”*, caracterizou-se por uma sessão debate, a qual integrou todos os enfermeiros intervenientes no processo de modo a situar os *“pontos de partida em termos de interesses, de motivações e de necessidades”* (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999).

Salientamos que um projecto desta natureza requer o envolvimento ao mais variado nível de decisão. Com efeito, é fundamental o envolvimento dos gestores, já que há gastos e ocupação de horas de trabalho. Contudo, também a adesão de quem está na prestação de cuidados é crucial para o êxito de um projecto desta natureza, sobretudo quanto à implementação da mudança. Efectivamente só foi possível concretizar o projecto dado o interesse e envolvimento de todos.

A segunda etapa compreendeu o *“Diagnóstico da situação dos actuais métodos de distribuição de trabalho, sistemas de informação e documentação em enfermagem”*. Nesta, procedeu-se à colheita de dados relativa aos registos de enfermagem efectuados no tempo compreendido pela amostra. Estes dados, encontram-se registados nos vários impressos que constituíam o sistema de documentação/informação, dos três Centros de Saúde, sendo compilados para uma base de dados, afim de posteriormente serem submetidos à análise de conteúdo. Após a referida análise de conteúdo aos registos de enfermagem e à análise da *“estrutura dos impressos de suporte à documentação dos cuidados de enfermagem”*, procedeu-se à validação da mesma. Esta consistiu em entrevistas com os enfermeiros dos Centros de Saúde, com vista a interpretar os resultados. Face à análise dos dados concretizada com os enfermeiros dos três Centros de Saúde foi possível ter uma noção concreta das limitações dos anteriores suportes de documentação / informação dos cuidados de enfermagem.

A terceira etapa *“Definição do modelo de dados”*, caracterizou-se pela validação do modelo teórico de dados, recorrendo a entrevistas, e pela estruturação dos novos im-

pressos afim de constituírem o novo suporte de documentação de cuidados de enfermagem.

A quarta etapa, *“Intervenção formativa sobre os Sistemas de Informação em Enfermagem e métodos de organização do trabalho”*, visou essencialmente formação relativa ao Processo de Enfermagem, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e métodos de distribuição do trabalho.

As etapas anteriores caracterizaram-se por um trabalho muito estreito entre os docentes da ESEnfSJ e os colegas dos três Centros de Saúde. Inicialmente foi necessário encontrar os Focos mais frequentes alvo dos cuidados de enfermagem. Tratou-se de um processo complexo e moroso, já que, face aos múltiplos Focos seleccionados, foi necessário à posteriori serem eliminados os menos frequentes mantendo-se não só os mais frequentes mas também aqueles para os quais os enfermeiros desenvolviam e/ou acordaram desenvolver intervenções concretas. Com efeito, foi essencial “dominar” a CIPE®. Seguidamente foi importante qualificar os Focos seleccionados, de modo a que se pudessem avaliar os cuidados prestados. Finalmente traçaram-se as intervenções de enfermagem face aos Focos descritos. Com base nas características da população alvo dos cuidados de enfermagem construíram-se padrões de documentação de enfermagem. Os referidos padrões são: “Padrão de Documentação de Enfermagem: Família”, “Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde Infanto-Juvenil”, “Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde no Adulto / Idoso” e “Padrão de Documentação de Enfermagem: Gravidez / Puerpério” (ver anexoVIII).

A quinta etapa, *“Definição dos recursos de Hardware e desenvolvimento da aplicação informática”*, consistiu na realização, por parte da Escola Superior de Enfermagem de S. João, do diagnóstico de situação dos novos sistemas de documentação / informação dos cuidados de enfermagem de modo a que o IGIF-Norte concretizasse o desenvolvimento da aplicação informática. Também nesta etapa foi decisivo para o seu êxito, o empenhamento de todos os enfermeiros dos três Centros de Saúde.

A sexta e última etapa *“Intervenção formativa sobre: Implementação das Tecnologias de Informação e Comunicação”*, visou a implementação da aplicação infor-

mática, compreendendo no início um período de formação e treino pelos enfermeiros envolvidos dos três Centros de Saúde.

Salientamos ainda que o autor deste estudo integrou o grupo de enfermeiros docentes que participou na realização do Projecto de Reestruturação dos Sistemas de Documentação de Enfermagem. Realçamos também que este trabalho a que nos referimos contribuiu para o aumento da fiabilidade do documentado.

3.2. Finalidade do Estudo

Os Cuidados de Saúde Primários são sem dúvida um indicador do grau de desenvolvimento de uma nação, já que num país desenvolvido o seu Sistema de Saúde investe na prevenção... Com efeito tratar para além de ser mais dispendioso poderá não restituir a plena qualidade de vida ao cidadão acometido de doença ou trauma. Dado estarmos integrados num grupo que desenvolveu um projecto, que visou a reformulação do Sistema de Documentação de Enfermagem, incorporando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem enquanto sistema de vocabulário controlado na produção de documentação de enfermagem, no domínio dos Cuidados de Saúde Primários, sentimo-nos particularmente motivados para desenvolver nestes o nosso trabalho.

Da consulta bibliográfica que efectuámos, constatamos a existência de várias metodologias que visam o cálculo da dotação de pessoal de enfermagem. Com efeito, cada método reflecte em muito a sensibilidade do autor que efectua o referido cálculo. Verificamos ainda que muitos destes não são enfermeiros, pelo que confinam as intervenções de enfermagem às que traduzem o domínio do executar ou às que decorrem da prescrição de outros técnicos. Na verdade, o cálculo da dotação de pessoal de enfermagem é um processo complexo, no qual interferem múltiplos factores, a título de exemplo: na prestação de cuidados de enfermagem verificamos a simultaneidade de intervenções. Com efeito, do ponto de vista sincrético, a prestação de cuidados de enfermagem encerra duas vertentes: uma objectiva (ex.: execução de procedimentos técnicos) e uma subjectiva, podendo esta complementar a anterior (ex.: educação para a saúde)... Assim sob uma visão sintética a primeira e a segunda podem constituir uma mesma acção... Num hipotético procedimento técnico (administração de um fármaco), o enfermeiro

pode ter que recorrer ao ensino (medidas de vigilância e de repouso a implementar). Concretiza assim duas acções numa só e em tempo único, afim de numa acção sinérgica o indivíduo recuperar. Não obstante, importa salientar ainda que apesar de serem múltiplas as metodologias que visam o cálculo da dotação de pessoal de enfermagem, há factores preponderantes na determinação deste cálculo, comuns aos vários métodos, que são referenciados pelos distintos autores.

Dada a sua importância, relevamos também que a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem veio contribuir para a qualidade dos registos de enfermagem, permitindo a construção de sistemas de documentação de enfermagem baseados numa linguagem comum. Aparentemente, este caminho é inevitável na reestruturação da gestão em enfermagem. Entenda-se por gestão em enfermagem "*atingir os objectivos fixados mediante a utilização racional dos recursos disponíveis*" (Fernandes; 1992, p.58). Parece-nos pois importante aclarar qual o ponto de partida para a racionalização dos recursos com vista à melhoria qualitativa da prestação de cuidados de enfermagem. Fernandes (1992, p.59) refere-nos que "*as necessidades de recursos constituem o denominador comum de todas as fases da gestão, embora sejam as variáveis dominantes na fase do Planeamento (conjunto de decisões racionais que envolvem mudança a nível das estruturas e dos procedimentos e ainda, compatibilização das necessidades e dos recursos)*".

O *Cálculo dos Recursos de Enfermagem* tem constituído desde Florence Nightingale um alvo de interesse singular não só para os que se ocupam com a gestão de um Serviço ou de uma Instituição de Saúde, mas também para os que nela desempenham a sua actividade profissional. Tal problemática também nos inquietou, pelo que nos parece fundamental desenvolver um estudo, cuja finalidade seja: contribuir para o aprofundamento das metodologias e dos factores envolvidos na dotação dos recursos humanos de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários enquanto visão estratégica para a melhoria da qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Na verdade urge prever e racionalizar os recursos humanos de enfermagem, no entanto tal processo encerra decisões de extrema complexidade. Contudo não dar resposta a reformas inadiáveis pressupõe transferir para outros a concretização das mesmas. É que o passado retracta a inscrição no futuro, que no presente construímos. Pare-

ce-nos pois que está demonstrada a finalidade, bem como a justificação do estudo quer quanto à resposta que vai proporcionar quer quanto ao “*timing*” em que se concretiza.

3.3. Perguntas de Partida

Com o intuito de dar cumprimento à finalidade a que nos propusemos, levantamos as seguintes Perguntas de Partida:

- ✓ Quais as necessidades da população alvo dos três Centros de Saúde, em cuidados de enfermagem, tendo por base o constante na documentação de enfermagem?
- ✓ Quais as intervenções de enfermagem desempenhadas, face às necessidades da população, relativamente a cuidados de enfermagem, tendo por base o constante na documentação de enfermagem?
- ✓ Qual o tempo médio despendido pelos enfermeiros nas deslocações aos domicílios?
- ✓ Qual o tempo médio por contacto no domicílio?

3.4. Variáveis

Com efeito, o nosso estudo visa contribuir para o desenvolvimento de um discurso mais rigoroso que exponha pistas conducentes à avaliação da intensidade da carga do trabalho de enfermagem. Também já referimos que este foi realizado nos Cuidados de Saúde Primários. Com o intuito de melhor explorarmos a realidade em estudo traçamos cinco variáveis. Polit (1995, p.374) define Variável por: “*Característica ou atributo de uma pessoa ou objecto que varia (assume valores diferentes), na população estudada*”. Também Fortin (1996, p. 36) define o conceito de variáveis por: “*qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação*”. Para melhor compreensão passamos a definir e a explicar cada variável, no sentido de esclarecer a sua operacionalização.

- *Contacto* - “*Relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e*

num contexto temporal entre o profissional e o cliente” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999)

- *Local do Contacto* - Local onde o contacto se concretizou: no próprio Centro de Saúde¹ ou no Domicílio.
- *Fenómenos de Enfermagem* - “*Aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (ICN, 2000, p.xiii). Ex: *Ferida traumática*. Para operacionalizar esta variável utilizamos os conceitos integradores do eixo dos Focos de Enfermagem da CIPE®. Traduz as necessidades da população em cuidados de enfermagem.
- *Intervenções de Enfermagem* – “*Qualquer tratamento baseado no conhecimento e juízo clínico que uma enfermeira executa para alcançar resultados no doente/cliente*” (McCloskey & Bulechek, 1996, p. xvii). A operacionalização desta variável integra os conceitos dispostos no eixo da classificação acções da CIPE®. Salientamos ainda que para a sua operacionalização recorreremos aos seguintes factores:
 - *Intervenções iniciadas por outros técnicos* – “*É uma intervenção iniciada por outro técnico (geralmente o médico) em resposta a um diagnóstico médico (ou outro) mas realizada por uma enfermeira face à prescrição efectuada por esse técnico*” (McCloskey & Bulechek, 1996, p. xvii).
 - *Intervenções iniciadas pelos enfermeiros* – “*É uma intervenção prestada em resposta ao diagnóstico de enfermagem; uma acção autónoma baseada no conhecimento científico, que é executada para beneficiar o cliente, relacionando o diagnóstico de enfermagem com os resultados esperados*” (McCloskey & Bulechek, 1996, p. xvii).
- *Tempo despendido por contacto* – É o tempo gasto pelos enfermeiros para reali-

¹ Para melhor compreensão aquando da leitura da “Análise e Discussão de Resultados” optamos por escrever “Centro de Saúde”, quando aludimos a esta enquanto Instituição de Saúde e escrevemos “centro de

zarem um contacto com um utente no domicílio. Para operacionalizar esta variável utilizamos os seguintes factores:

- *Média de demora nas deslocações* – Esta variável operacionaliza-se dividindo o tempo total gasto nas deslocações aos domicílios pelo número de deslocações.
- *Tempo médio do contacto*
- *Total de deslocações* – Somatório do total de viagens efectuadas afim de prestar cuidados de enfermagem nos domicílios. Esta variável operacionaliza-se somando o total viagens efectuadas.
- *Contagem de deslocações de retorno ao Centro de Saúde* – Somatório do total de viagens efectuadas dos domicílios para o Centro de Saúde. Esta variável operacionaliza-se somando todas as viagens de regresso dos domicílios para o Centro de Saúde.
- *Tempo total dos retornos ao Centro de Saúde* – Somatório do total de tempo gasto nas viagens de regresso dos domicílios para o Centro de Saúde. Esta variável operacionaliza-se efectuando o somatório do total de tempo gasto nas viagens de regresso dos domicílios para o Centro de Saúde.
- *Total de quilómetros percorridos*
- *Demora média por deslocação por contacto*
- *Média de quilómetros por contacto*
- *Número de contactos*

saúde” quando nos referimos a este enquanto estrutura física.

3.5. Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório que segundo Polit (1991, p.18) consiste “num estudo preliminar realizado para propor ou refinar hipóteses ou para corroborar e refinar métodos de correlação de dados”, mais afirma que “...a investigação exploradora é uma ampliação da investigação descritiva. Estes dois tipos de investigação tem em comum a ausência de uma teoria, mas a investigação exploradora está direccionada para a descoberta de relações... A investigação exploradora também põe em foco um fenómeno de interesse, mas formula a seguinte pergunta: *Que factor ou factores influenciam, afectam, causam ou se relacionam com este fenómeno?*”. Também Cervo & Bervian (1983, p.56) referem que os estudos exploratórios “*tem por objectivo familiarizar-se com o fenómeno ou obter a percepção do mesmo e descobrir novas ideias. (...) Realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos componentes da mesma*”. Para complementar, recorremos a Quivy & Campenhoudt (1998, p.83) que resumem da seguinte forma, o estudo exploratório: “*(...) entrevistas, observações e consultas de documentos diversos coexistem frequentemente durante o trabalho exploratório*”. Este estudo foi instituído em duas fases, das quais a primeira funda-se na análise documental. Nesta tomou-se por base, os registos de enfermagem constantes nos suportes de documentação em vigor nos três Centros de Saúde. A segunda, recorrendo a um instrumento de recolha de dados diferente do utilizado na primeira, mede o tempo médio relativo ao dispêndio de tempo pelos enfermeiros nas deslocações aos domicílios e o tempo médio por contacto no domicílio.

3.6. Amostra

Para referirmos a amostra é essencial frisar que este estudo foi concretizado em duas fases, pelo que a amostra foi:

Na primeira fase do estudo, tratou-se de uma amostra temporal contemplando uma recolha relativa aos meses de Maio e Junho de 2000, respeitante à documentação processada num total de 7804 contactos desenvolvidos nos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar.

Na segunda fase, reportou-se à recolha de informação com recurso a um instru-

mento de colheita de dados devidamente preparado para o efeito, conforme o explicitado no desenho do estudo, abrangendo mais uma vez uma amostragem temporal circunscrita a um mês de visitação domiciliária (de 26 de Fevereiro de 2001 a 26 de Março de 2001) que decorreu nos três Centros de Saúde citados anteriormente.

3.7. Desenho do Estudo

Este estudo foi desenvolvido segundo alguns passos que nos parecem determinantes conforme passamos a descrever. Antes de iniciarmos o trabalho e após a autorização formal para a sua realização, foi feita uma reunião com o pessoal de enfermagem dos três Centros de Saúde, de modo a esclarecer quais os objectivos subjacentes à concretização deste estudo. Com efeito era fundamental que ficasse clara a finalidade do mesmo e como este se desenrolaria.

Com o assentimento dos elementos das referidas equipas de enfermagem, passamos à segunda fase, que foi a colheita de dados relativos à documentação processada, nas datas preconizadas pela amostra. A referida informação encontra-se processada nos Padrões de Documentação de Enfermagem, que se encontram implementados nos três Centros de Saúde, em consequência do Projecto de reestruturação dos sistemas de informação / documentação de enfermagem, e ainda nas Fichas de Vacinação e nas Guias de Tratamentos.

Feita esta colheita, procedeu-se à análise de conteúdo da mesma, cujos resultados foram divulgados às equipas de enfermagem e sujeitos à sua crítica. Realçamos que desta reunião com as colegas dos três Centros de Saúde sobressaíram aspectos explicativos para os resultados encontrados. Obtivemos assim uma base, que embora apenas retrace o constante nos registos de enfermagem, traduz de forma consolidada o que de maior relevo constituiu naquele período de tempo a prestação de cuidados. Estavam descritos então os Fenómenos de Enfermagem e as Intervenções decorrentes que foram instituídas. Focalizando mais o nosso estudo, podemos, face àquele período de tempo caracterizar os Focos de atenção da prática de enfermagem e as intervenções desenvolvidas nos Centros de Saúde e/ou nos domicílios.

Relativamente à amostra desta primeira fase do estudo, foi analisada a documentação de enfermagem processada num total de 7804 contactos. Entenda-se por contacto:

“Qualquer relação entre o enfermeiro e o cliente que se define num espaço e num contexto temporal entre o profissional e o cliente” (ARS, IGIF, ESEnfSJ, 1999). Desta pretendeu-se extrair as Intervenções de Enfermagem cujas frequências são mais representativas, por forma a prosseguir o nosso estudo substanciando a análise de 13804 Intervenções de Enfermagem, associadas a 5478 Fenómenos de Enfermagem. Salientamos ainda, que da recolha de informação não resultaram cópias ou documentos, que identificassem os respectivos utentes.

Numa segunda etapa, pretendíamos obter o tempo médio gasto nas deslocações aos domicílios e o tempo médio despendido por contacto no domicílio, tendo para esse efeito, elaborado um instrumento de recolha de dados. Afim de aferir o seu preenchimento foi concretizada uma reunião com as equipas de enfermagem dos três Centros de Saúde. O referido instrumento de recolha de dados (AnexoVIII) foi preenchido no período de um mês, findo o qual, foram tratados os dados obtidos.

Com efeito, pretendemos mostrar um caminho que permita ser edificado com base em estudos com pressupostos similares de forma a que no seu conjunto tornem possível construir um *Discurso mais rigoroso sobre Gestão de Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários*.

3.8. Técnicas de Recolha de Dados

A realização deste trabalho teve por base a implementação de uma técnica de recolha de dados a dois tempos:

Num primeiro momento, encerrou a recolha de dados relativos à informação gerada na assistência de enfermagem, sob a técnica de análise documental. A referida informação de enfermagem encontra-se processada e documentada nos impressos “Padrões de Documentação de Enfermagem” (Padrão de Documentação de Enfermagem: Família, Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde Infante-Juvenil, Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde no Adulto / Idoso e Padrão de Documentação de Enfermagem: Gravidez / Puerpério) implementados nos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar, conforme o preconizado pelo Projecto de Restruturação dos Sistemas de Informação / Documentação de Enfermagem

com base na CIPE® e ainda nas Fichas de Vacinação e nas Guias de Tratamentos (AnexoVII).

Posteriormente e no sentido de aferir se a informação recolhida retractava o trabalho executado pelas equipas de enfermagem dos três Centros de Saúde, concretizou-se uma reunião com os seus enfermeiros afim de confirmar se os dados obtidos reflectiam as necessidades da população alvo e se as actividades de enfermagem decorrentes, constantes da documentação, correspondiam ao desempenho realizado no tempo compreendido pela amostra. Para tal, procedemos à selecção de um grupo de Peritos, que se revê nos enfermeiros dos três Centros de Saúde, cujos critérios foram:

- Desenvolverem a sua actividade profissional nos Cuidados de Saúde Primários.
- Exercerem nos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar.
- Conhecerem a realidade do meio, onde se integra o Centro de Saúde, logo conhecerem as necessidades da População alvo dos Cuidados de Enfermagem.
- Terem participado na construção ou estarem familiarizados quanto à implementação dos Padrões de Documentação de Enfermagem logo da utilização da terminologia que integra a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.
- Possuírem o domínio e experiência necessários a validarem ou atribuírem tempos médios às intervenções desempenhadas.

Da reflexão efectuada com o referido grupo de Peritos, releva-se que os resultados obtidos não devem ser extrapolados para os restantes meses de trabalho já que não podemos falar de regularidade quanto às necessidades que os utentes manifestam. Salientamos ainda que todos os dados obtidos foram retirados da análise de todos os registos de enfermagem no tempo determinado pela amostra. Sobressai ainda que os dados retractam os Fenómenos de Enfermagem detectados pelos enfermeiros e as respectivas Intervenções de Enfermagem desenvolvidas.

Num segundo momento, tendo como alvo os Cuidados prestados no Domicílio procedemos à colheita de dados por meio de um instrumento criado para o efeito. A mesma visou determinar o tempo médio gasto nas deslocações dos enfermeiros aos domicílios e o tempo médio gasto por contacto no domicílio. O referido Formulário foi gentilmente preenchido pelas colegas dos três Centros de Saúde aquando das deslocações aos domicílios dos utentes, após termos feito uma reunião relativa ao preenchimento deste. Ressalvamos ainda que os tempos médios obtidos não devem ser extrapolados para os restantes meses de trabalho. Fundamo-nos no facto de que as necessidades manifestadas pelos utentes seguramente serão diferentes, as distâncias a que se situam os domicílios podem ser diferentes e as vias de comunicação, face às distintas condições climatéricas do ano, também poderão estar mais degradadas ou intransitáveis.

3.8.1. Análise de Conteúdo

Polit (1991, p. 358), define análise de conteúdo por: “*Um procedimento para a análise de comunicações escritas ou verbais, de maneira sistemática e objectiva, visando à mensuração quantitativa de variáveis*”. Face a este pressuposto, a análise de conteúdo foi efectuada relativamente à documentação de enfermagem processada num total de 7804 contactos. Esta documentação encerra os já citados suportes: Padrões de Documentação de Enfermagem, (“Padrão de Documentação de Enfermagem: Família”, “Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde Infanto-Juvenil”, “Padrão de Documentação de Enfermagem: Saúde no Adulto / Idoso” e “Padrão de Documentação de Enfermagem: Gravidez / Puerpério”), os quais estão estruturados conforme a CIPE®. Não procederemos à descrição pormenorizada de cada Padrão de Documentação de Enfermagem já que na análise/discussão de dados serão apresentados quadros integradores dos conceitos subjacentes aos *Fenómenos de Enfermagem* detectados ou às *Intervenções de Enfermagem* realizadas. Contudo importa aludir sucintamente à sua estruturação...

Assim os referidos suportes contemplam um cabeçalho, no qual se procede aos registos gerais (identificação da entidade responsável – ARS e respectivo Centro de Saúde; designação do Padrão de Documentação de Enfermagem; nome e n.º do processo do utente e um quadro inerente aos dados do contacto – n.º do contacto, local, data e rubrica do enfermeiro). No resto da folha distribuem-se duas colunas, à esquerda os *Fe-*

nómenos de Enfermagem e à direita as *Intervenções de Enfermagem*. Salientamos mais uma vez o respeito pela integridade referencial de dados, ou seja, sempre que um enfermeiro procede aos registos relativos à sua prestação de cuidados, fica documentado qual o foco da sua atenção e as intervenções que lhe estão subjacentes. Sobressai ainda, que os referidos suportes contemplam espaços em branco afim de possibilitar o registo de novos *Fenómenos de Enfermagem* e intervenções subjacentes, que não integrem o respectivo Padrão de Documentação de Enfermagem, para além de espaços, afim de descrever ainda que em linguagem não classificada, aspectos relevantes da vigilância de saúde de um dado indivíduo ou comunidade. A construção dos suportes condiciona a que se adoptem como categorias os conceitos comportados pelos termos constituintes dos vários eixos da CIPE®.

Foram ainda consultadas as Fichas de Vacinação e as Guias de Tratamentos, as quais comportavam poucos registos. Quanto às Fichas de Vacinação (modelo 160.01 da ARS Norte, Sub-Região e Saúde de Vila Real (Anexo VII), estas contêm os seguintes campos de registo: dados relativos à identificação (n.º de processo, n.º de utente, nome, sexo, data de nascimento, filiação, residência), dados relativos ao BCG (data de administração, lote, resultado, rubrica do enfermeiro e observações), dados relativos às provas tuberculínicas (data, lote e resultado) e dados relativos às restantes vacinas (data de administração, laboratório, lote, rubrica do enfermeiro e observações).

Relativamente à Guia de Tratamentos apenas foram alvo de registos as relativas à administração terapêutica e procedimentos técnicos (lavagem de ouvidos, algaliações, entubações nasogástricas), já que os tratamentos de feridas por prescrição médica passam a ser documentados e avaliados no respectivo Padrão de Documentação de Enfermagem. Este impresso (modelo 20.00.35 da ARS Norte, Sub-Região e Saúde de Vila Real – ver anexo VII), utilizado em todos os Centros de Saúde, é constituído por três campos principais na frente da folha: identificação, entidade responsável e causa da assistência. Possui ainda um campo livre para a prescrição do tratamento e assinatura do prescritor. No verso contém três colunas (data, discriminação e rubrica do enfermeiro) onde o enfermeiro regista o procedimento.

Conforme o constante na amostra, foi alvo de análise de conteúdo a documentação processada entre os meses de Maio e Junho de 2000.

3.8.1.1. Modelo de Análise

O modelo de análise do sistema de informação/documentação de enfermagem, actualmente implementado nos três Centros de Saúde, fundou-se na análise da informação documentada nos Padrões de Documentação de Enfermagem e ainda nas Fichas de Vacinação e nas Guias de Tratamentos. Salientamos ainda que o quadro de referência subjacente à análise de conteúdo da informação foi a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Goossen (1999, p.7) citando CEN/TC 251/PT001 Medical Informatics Vocabulary first Draft Working Document, refere que “o Sistema de Informação em Enfermagem é definido como uma parte de um sistema de informação de cuidados de saúde que lida com aspectos de enfermagem”. Mais afirma que “actualmente as características do sistema de informação em enfermagem incluem componentes para a identificação dos problemas do utente, planeamento de cuidados e, em algumas ocasiões, determinação dos resultados”.

Assim sendo, o alvo da análise foi a informação processada pelos enfermeiros de modo a identificar os *Fenómenos de Enfermagem* e as *Intervenções de Enfermagem*. Com o intuito de situar melhor o modelo de análise, construímos o seguinte organograma:

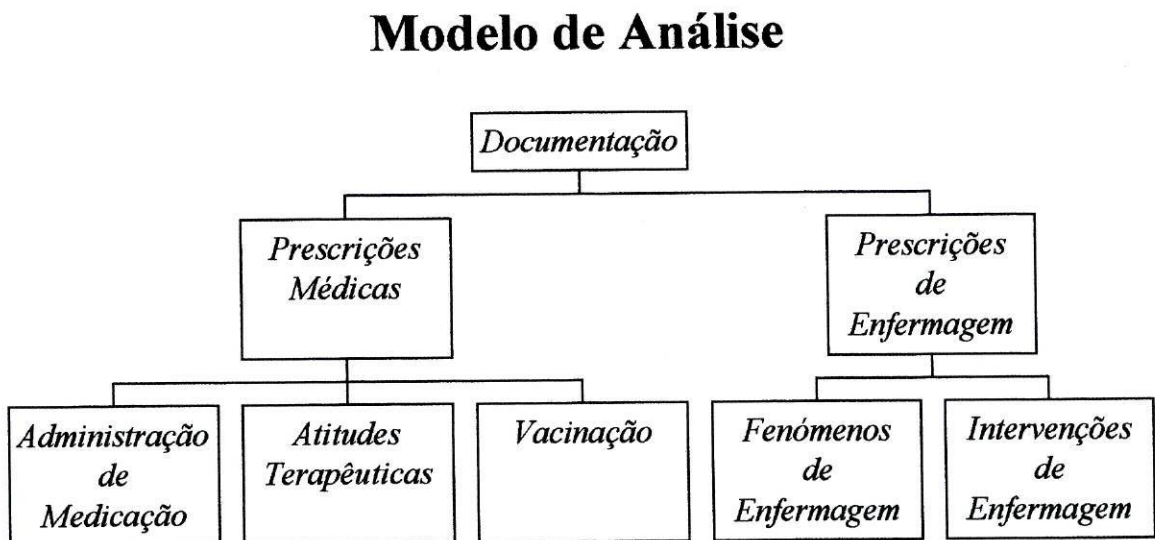


Figura 3 – Modelo de Análise

3.8.1.2. Instrumento de Recolha de Dados (Grelha de Registos)

Conforme já referimos a segunda fase de colheita de dados processou-se numa grelha a qual contempla os seguintes campos, distribuídos em colunas e ordenados da esquerda para a direita da folha:

Hora de saída do Centro de Saúde

Quilómetros constantes no conta-quilómetros

Hora de Chegada ao Domicílio

Quilómetros constantes no conta-quilómetros

Hora de saída do Domicílio

Quilómetros constantes no conta-quilómetros

Hora de chegada ao Centro de Saúde

Quilómetros constantes no conta-quilómetros

Número de Intervenções: Executar penso

Outras Intervenções de Enfermagem

4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo tem o intuito de descrever o que sobressai da análise quantitativa efectuada aos dados recolhidos. Com efeito, Polit & Hungler (1995, p.358) definem análise quantitativa como: “*A manipulação de dados numéricos, através de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever fenómenos ou avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles*”. Também Gil (1995, p.166) afirma que : “*a análise tem como objectivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas (...)*”.

Com o intuito de responder às *Perguntas de Partida* do nosso estudo, e dada a configuração dos dados de que dispomos, optamos inicialmente por uma análise do tipo descritivo evoluindo à posteriori para uma abordagem de carácter exploratório.

Este capítulo apresenta uma estrutura orientada pela análise de cada uma das variáveis em estudo. Relativamente a cada uma destas variáveis optamos por um exercício de análise que parte do específico de cada um dos três Centros de Saúde, com o intuito de à posteriori tomar a realidade global dos três Centros de Saúde como objecto de análise.

Neste contexto a análise que aqui produzimos procurará traduzir a natureza dos contactos, dos fenómenos de enfermagem, das intervenções de enfermagem, das relações entre os fenómenos de enfermagem e respectivas intervenções, para finalmente nos centrarmos no tempo despendido por contacto no domicílio.

4.1. Os Contactos

A análise que aqui produzimos relativa à natureza dos contactos, tem como critério major o local onde o contacto se verifica. Assim, podemos falar em contactos que ocorrem no centro de saúde e contactos que ocorrem nos domicílios dos utentes.

Quadro 8 – Distribuição dos contactos por local onde ocorre o contacto e por Centro de Saúde

Local	centro de saúde	domicílio	Total
Centro de Saúde			
Ribeira de Pena	785	531	1316
Santa Marta de Penaguião	751	90	841
Vila Pouca de Aguiar	4785	862	5647
Totais	6321	1483	7804

No que se refere aos contactos de enfermagem ocorridos em Ribeira de Pena, verificamos que 59,7% têm lugar no centro de saúde, e os restantes nos domicílios. É interessante verificar que pelo contrário em Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar, manifestamente a grande maioria dos contactos de enfermagem, ocorre nos centros de saúde, respectivamente 89,3% e 84,7%.

Neste quadro importa determo-nos um pouco sobre os aspectos que eventualmente podem explicar ou apontar algumas explicações para esta diferença. No percurso que efectuamos na procura de tais explicações, detivemo-nos em aspectos relativos ao contexto, como é o caso da rede viária, a dispersão geodemográfica, e o índice de envelhecimento da população, não nos parecendo que tais factores possam justificar as diferenças apresentadas, na medida em que são muito semelhantes entre os três contextos. Por outro lado, quando nos debruçamos sobre o ratio enfermeiro/habitante encontramos duas relações que são antagónicas: quando comparamos Ribeira de Pena com Santa Marta de Penaguião, encontramos no primeiro um ratio manifestamente inferior (5 enfermeiros / 9056 utentes inscritos), ao segundo (7 enfermeiros / 9066 utentes inscritos); pelo contrário ao confrontarmos Ribeira de Pena com Vila Pouca de Aguiar verificamos que o ratio encontrado em Ribeira de Pena é manifestamente superior àquele que se verifica em Vila Pouca de Aguiar (8 enfermeiros / 18295 utentes inscritos), o que enfraquece a hipótese da maior incidência de contactos no domicílio em Ribeira de Pena ser explicada pelo seu ratio enfermeiro/ habitante.

Como referiremos adiante com mais pormenor, no subcapítulo relativo à incidência dos diferentes fenómenos de enfermagem no total dos contactos de enfermagem, (ver quadro 10) e ainda na tentativa de encontrar alguns factores que nos permitam ex-

plicar a diferença encontrada entre Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar, admitimos inicialmente que a incidência de fenómenos de enfermagem do domínio dos *Tegumentos* poderia explicar aquela diferença. Com efeito, verificamos que em Ribeira de Pena, 70,0% dos fenómenos de enfermagem que exigem intervenções a implementar no domicílio são do domínio dos tegumentos. No entanto a relevância dos fenómenos deste domínio continua a ser significativa em Santa Marta de Penaguião (63,8%) e em Vila Pouca de Aguiar (63,3%).

Neste cenário, pareceu-nos adequado admitirmos uma outra possibilidade explicativa. Assim, e analisando cada um dos contextos em que decorreu o nosso estudo e no que se refere à organização do trabalho dos enfermeiros, verificamos que existem diferentes lógicas de organização do trabalho, nomeadamente em Ribeira de Pena. Enquanto em Santa Marta de Penaguião a lógica de organização do trabalho assenta em equipas nucleares de saúde, que funcionam com um grupo de profissionais responsáveis pela assistência de saúde da população de uma determinada área geográfica, em Vila Pouca de Aguiar e Ribeira de Pena, o princípio orientador da organização do trabalho assenta na existência de diferentes valências (Saúde Infantil, Planeamento familiar, Gravidez, Hipertensão arterial e Diabetes) para cada uma das quais está adstrito um enfermeiro. Nesta lógica de organização do trabalho, destaca-se a existência de um enfermeiro que é responsável pelo “domicílios”, os quais se configuram como uma verdadeira valência. No entanto, este argumento não é suficientemente consistente para explicar a diferença verificada entre duas realidades que assentam na mesma lógica de organização do trabalho. Efectuado este percurso continuamos com a questão: o que será que explica a diferença que se verifica na incidência de contactos no domicílio, entre Ribeira de Pena e os outros dois Centros de Saúde?

Julgamos que não é de desprezar a informação a que tivemos acesso, por via da entrevista de confrontação de dados com os enfermeiros dos diferentes Centros de Saúde. Segundo estes, no período anterior à nossa colheita de dados, verificou-se um elevado número de mortes na população idosa que estava a ser alvo de intervenções de enfermagem, cujos contactos ocorriam no domicílio, em Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar. Este parece-nos ser o argumento mais sólido para tentar explicar a diferença apresentada.

Emerge também da análise dos dados relativos ao total de contactos de enfermagem, ocorridos em Ribeira de Pena, Vila Pouca de Aguiar e Santa Marta de Penaguião, que 81,0% têm lugar no centro de saúde e 19,0% têm lugar no domicílio. A predominância que encontramos dos contactos ocorridos no centro de saúde, em oposição àquelles que ocorrem no domicílio, embora consistente com o encontrado por Presado et al. (1999, p.27) “No âmbito dos cuidados de saúde primários as actividades de enfermagem são desenvolvidas dentro do centro de saúde e na comunidade. Assim, verificamos que a quase totalidade das actividades 91,8% decorrem no próprio centro de saúde e que apenas 8,2% são realizadas na comunidade”, verificamos uma maior incidência de prestação de cuidados no domicílio. Face a isto, parece-nos que a razão explicativa poderá assentar na vigência dos Projectos de Assistência ao Idoso implementados nestes Centros de Saúde.

No que respeita ao peso relativo que cada um dos diferentes contextos, onde desenvolvemos o nosso estudo tem na amostra, podemos dizer que Ribeira de Pena contribui com 16,9%, Santa Marta de Penaguião 10,8% e Vila Pouca de Aguiar 72,3%, para o total da amostra.

Em relação aos contactos que ocorrem no centro de saúde, julgamos ser pertinente categoriza-los por “tipo de contacto”, atendendo ao que tradicionalmente enforma o olhar que se lança sobre a natureza destes contactos, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. Constituem “tipos de contactos” ocorridos no centro de saúde: administração de terapêutica, administração de vacinas, tratamento de feridas e outros (onde se inclui planeamento familiar, desenvolvimento infantil,...) (Quadro 9).

Quadro 9 – Tipo de contactos que ocorrem no Centro de Saúde

Tipo de contactos	Administração de medicação	Administração de vacinas	Pensos e Tratamentos de feridas	Outros	Totais
Centro de Saúde					
Ribeira de Pena	240	217	31	297	785
Santa Marta de Penaguião	146	146	186	273	751
Vila Pouca de Aguiar	1252	1000	1244	1289	4785
Totais	1638	1363	1461	1859	6321

O tipo “Administração de terapêutica”, refere-se às intervenções de enfermagem resultantes da prescrição médica e incluem a administração de fármacos. Este tipo constitui 25,9 % do total dos contactos ocorridos no Centro de Saúde (estrutura física).

O tipo “Administração de vacinas”, refere-se às intervenções de enfermagem que dão resposta às necessidades da população em termos de imunização e que obedecem ao Plano Nacional de Vacinação. Este tipo de intervenções constitui 21,6% do total dos contactos ocorridas no centro de saúde.

O tipo “Pensos e Tratamentos de feridas”, refere-se às intervenções de enfermagem primordialmente dirigidas a fenómenos de enfermagem do domínio dos *Tegumentos*, mas também encerra algaliações, intubações naso-gástricas e lavagem de ouvidos. Relativamente a estes, convém salientar que algumas destas intervenções são o resultado da tomada de decisão de outros técnicos e uma grande parte resultado da tomada de decisão dos enfermeiros. Este tipo de intervenções, representa 23,1% do total dos contactos ocorridos no centro de saúde.

Os contactos cuja natureza não cabe nos três tipos a que nos referimos anteriormente, foram incluídos no tipo “Outros”. Aqui, integramos intervenções de enfermagem resultantes da tomada de decisão quer de outros técnicos, quer dos enfermeiros, mas especialmente aquelas que se inserem no âmbito de programas formalmente instituídos, tais como: planeamento familiar, desenvolvimento infantil, gravidez, hipertensão arterial e diabetes. Este tipo de intervenções, representa 29,4% do total de contactos que ocorrem no centro de saúde.

Olhando detalhadamente para a realidade de Ribeira de Pena, ressalta em primeiro lugar uma percentagem muito inferior dos contactos do tipo “Pensos e Tratamentos de feridas” (4%), comparativamente com os outros três tipos de contactos (30,6%; 27,6%; 37,8%). Na procura de factores que possam eventualmente explicar esta realidade, salienta-se a baixa incidência de fenómenos de enfermagem do domínio dos tegumentos (7,6%) documentados nos contactos ocorridos no Centro de Saúde de Ribeira de Pena (ver Anexo II – Quadro 1).

Relativamente a Santa Marta de Penaguião, o que emerge da análise dos diferentes tipos de contactos aponta para uma maior incidência do tipo “Outros” (36,4%) relativamente aos restantes (19,4%; 19,4%; 24,8%). Relembrando que neste tipo: “Outros” estão englobados programas formalmente instituídos, tais como: planeamento familiar, desenvolvimento infantil, ... Recorrendo mais uma vez a factores já anteriormente apresentados relativos aos diferentes contextos em que teve lugar o nosso estudo, ressalta que a taxa de mortalidade infantil respeitante a 1991 em Santa Marta de Penaguião, apresentava valores de 3,48%, o que comparativamente com os valores verificados em Ribeira de Pena (1,23%) e Vila Pouca de Aguiar (2,19%), poderia eventualmente ter funcionado como um factor precipitador de processos tendentes a aumentar os níveis de procura ou adesão a programas formalmente instituídos no Centro de Saúde. No entanto, quando confrontámos os enfermeiros com esta possível explicação, os argumentos apresentados, apontaram para o facto de não ter sido desenvolvido nenhum programa especificamente dirigido, já que essa elevada taxa de mortalidade era reflexo de uma situação pontual relativa a um episódio acidental em Santa Marta de Penaguião do qual resultaram várias mortes entre a população infantil. Continua por explicar a questão colocada.

Olhando para os diferentes tipos de contactos ocorridos nos três Centros de Saúde, notamos que o tipo “Outros” é o que apresenta maior incidência (29,4%), relativamente ao total de contactos de enfermagem ocorridos nos Centros de Saúde, o que pode ser explicado pelo facto, conforme já referimos, de neste tipo, estarem incluídos diversos programas de saúde, como: Planeamento familiar, Desenvolvimento infantil, Gravidez, Hipertensão arterial, Diabetes.

4.2. Os Fenómenos de Enfermagem

A análise que aqui produzimos relativa à natureza dos fenómenos de enfermagem tem como critério, tal como aconteceu relativamente à variável anterior, o local onde teve lugar o contacto, neste caso mediado pelo/s fenómeno/s de enfermagem. Passamos pois a analisar a distribuição dos *Fenómenos de Enfermagem* “*Aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (ICN, 2000, p.xiii), documentados. Estes serão analisados por Centro de Saúde e local onde teve lugar o contacto, isto é, no centro de saúde (estrutura física) ou no domicílio.

Dada a grande quantidade de fenómenos documentados, optamos por apresentar apenas aqueles cuja frequência é igual ou superior a 5% do total. No entanto, importa sublinhar que, como se constata pela consulta do quadro 10, em determinadas circunstâncias apresentamos frequências inferiores a 5% relativamente a alguns fenómenos nalguns Centros de Saúde, já que esses mesmos fenómenos noutros Centros de Saúde têm frequências iguais ou superiores a 5%. Os restantes dados relativos à totalidade dos fenómenos documentados encontram-se distribuídos nos quadros completos remetidos para anexo.

Não obstante termos organizado esta análise a partir das particularidades dos três Centros de Saúde, para depois abordarmos os aspectos relativos à sua globalidade (enquanto objecto de análise), julgamos pertinente apresentar desde já o quadro 10, na medida em que a partir dos dados que aí encontramos estamos em condições de cumprir o propósito desta etapa analítica.

Quadro 10 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por Centro de Saúde e Local de contacto

<i>Fenómenos de Enfermagem por Centro de Saúde e local onde ocorreram os contactos</i>												
Local Fenómeno de Enfermagem	Ribeira de Pena				Santa Marta de Penaguião				Vila Pouca de Aguiar			
	centro de saúde		domicílio		centro de saúde		domicílio		centro de saúde		domicílio	
	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%	f(x)	%
Planeamento Familiar	143	33,0	-	-	102	16,5	-	-	351	9,4	1	0,3
Infância	93	21,5	-	-	75	12,1	-	-	291	7,8	-	-
Gravidez	48	11,1	1	0,4	8	1,3	-	-	102	2,7	-	-
Desempenho dos papeis	36	8,3	-	-	42	6,8	-	-	216	5,8	-	-
Ferida cirúrgica	4	0,9	88	38,8	65	10,5	2	1,4	375	10,0	37	11,6
Úlcera de Pressão	1	0,2	71	31,3	3	0,5	22	15,9	4	0,1	27	8,5
Ferida traumática	10	2,3	-	-	86	13,9	35	25,4	649	17,3	7	2,2
Hipertensão sanguínea	4	0,9	6	2,6	63	10,2	-	-	417	11,1	96	30,1
Precauções de segurança	8	1,8	1	0,4	57	9,2	9	6,5	346	9,2	19	6,0
Falta de conhecimento	10	2,3	7	3,1	41	6,6	2	1,4	64	1,7	-	-
Úlcera	11	2,5	-	-	28	4,5	29	21,0	107	2,9	77	24,1
Ferida	7	1,6	-	-	4	0,6	-	-	99	2,6	54	16,9
Outros Fenómenos	58	13,4	53	23,3	44	7,1	39	28,3	722	19,3	1	0,3
Total	433	100,0	227	100,0	618	100,0	138	100,0	3743	100,0	319	100,0

Na sequência do exposto, vamos focalizar a nossa análise na realidade de cada Centro de Saúde, no que respeita à incidência de fenómenos de enfermagem documentados no total de contactos ocorridos. De forma a facilitar a análise que aqui produzimos optamos por agrupar os fenómenos de enfermagem do domínio do tegumento;

“Tegumento é um tipo de Função com as seguintes características específicas: revestimento da superfície corporal (pele, epiderme, mucosas, tecido conjuntivo e derme, incluindo glândulas sudoríparas e sebáceas, cabelo e unhas), tendo como funções: a manutenção da temperatura corporal, a protecção dos tecidos subjacentes da abração física, a invasão bacteriana, a desidratação e a radiação ultravioleta; o arrefecimento do corpo quando a temperatura sobe; a detecção, através dos órgãos sensoriais, de estímulos relacionados com a temperatura, tacto, pressão e dor; a eliminação, pela perspiração, de água, sais e compostos orgânicos através dos órgãos excretores; a secreção do suor e do sebo; a síntese da vitamina D e a activação dos componentes do sistema imunitário” (CIPE/ICNP, 2000, p.31).

Este domínio *Tegumento*, inclui os fenómenos de enfermagem: *Ferida, Ferida cirúrgica, Ferida traumática, e Úlcera, Úlcera de pressão* (CIPE/ICNP, 2000, p.31-33).

Esta lógica de agrupamento de diferentes fenómenos de enfermagem pertencentes a um mesmo domínio, foi também utilizada para a análise dos fenómenos de enfermagem do domínio do *Autocuidado*, isto apesar de cada um dos fenómenos (deste domínio) por si, não apresentar incidências que permitam a sua inclusão de acordo com os critérios anteriormente definidos ($\geq 5\%$). Esta opção no nosso entender justifica-se dado que quando agrupados, isto é, quando os colocamos sob o nível taxonómico imediatamente anterior (na medida em que constituem diferentes espécies do género *Autocuidado*) estes fenómenos apresentam uma incidência que corresponde aos critérios de inclusão.

“Auto cuidado é um tipo de acção auto iniciada com as seguintes características específicas: processos comportamentais de satisfação de necessidades individuais e de manutenção” ICN 1996, p.133).

Este domínio *Autocuidado* inclui, no contexto do nosso estudo, os fenómenos de enfermagem: *Regimen terapêutico prescrito, Autocuidado: uso do WC, Autocuidado: higiene, Autocuidado: levante, Autocuidado: alimentação, Autocuidado: vestir-se e*

despir-se, Autocuidado: transferência, Autocuidado: posicionamento, e Actividades da vida diária instrumentais (ICN, 1996, p.133-134).

Apesar do fenómeno *Precauções de segurança* ser uma espécie ou tipo de *Autocuidado*, decidimos não o incluir no domínio anteriormente definido, porque o foco *Precauções de segurança*, só se configura como relevante quando associado à especificação do objecto das *Precauções de segurança*. No contexto do nosso estudo o objecto a que nos referimos diz respeito exclusivamente à *Diabetes*.

Quadro 11 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Ribeira de Pena

Local Fenómeno de Enfermagem	Ribeira de Pena			
	centro de saúde		domicílio	
	f(x)	%	f(x)	%
Planeamento Familiar	143	33,0	-	-
Infância	93	21,5	-	-
Gravidez	48	11,1	1	0,4
Desempenho dos papeis	36	8,3	-	-
Tegumento	33	7,6	159	70,0
Autocuidado	1	0,2	27	11,9
Outros Fenómenos	79	18,2	40	17,6
Total	433	100,0	227	100,0

Relativamente a Ribeira de Pena, constatámos que 65,6% do total de fenómenos de enfermagem documentados estiveram na base de contactos ocorridos no centro de saúde, enquanto 34,4% desencadearam contactos ocorridos no domicílio. Esta distribuição percentual dos fenómenos de enfermagem documentados por local onde ocorreu o contacto, é consonante com a distribuição apresentada anteriormente, no âmbito do mesmo Centro de Saúde e relativa à distribuição do total de contactos, por local onde estes ocorreram, isto é, mantém-se a percentagem da variável em análise, no que se refere ao local domicílio. Este assume uma incidência percentual equiparada face ao local de contacto.

Olhando agora a mesma realidade, Ribeira de Pena, mas dirigindo o olhar para os diferentes fenómenos de enfermagem documentados e apresentados no quadro anterior, de acordo com o critério já referido ($\geq 5\%$), verificamos que o *Planeamento familiar* (33,0%), logo seguido de *Infância* (21,5%) e *Gravidez* (11,1%), são os fenómenos

com maior incidência a justificarem contactos no centro de saúde. Estas distribuições percentuais, são consistentes com os dados apresentados quando analisada a variável *contactos*, mais especificamente “tipo de contactos”, (Quadro 9) ocorridos no centro de saúde de Ribeira de Pena, em que lembramos, o tipo “Outros” (37,8%, o qual inclui programas de Planeamento familiar, Desenvolvimento infantil, Gravidez, Hipertensão arterial e Diabetes) apresentava a maior incidência relativamente aos outros tipos de contactos.

“Planeamento Familiar é um Fenómeno de Enfermagem que pertence a Actividade sexual com as seguintes características específicas: acções centradas sobre a gravidez, prevenção, promoção da fertilidade e regulação do número e espaçamento dos filhos de um casal” (ICN, 1996, p.166);

“Infância é um é um Fenómeno de Enfermagem que pertence a Crescimento e desenvolvimento com as seguintes características específicas: desenvolvimento dos processos orgânicos de uma criança face à manutenção da vida” (ICN, 1996, p.151);

“Gravidez é um Fenómeno de Enfermagem que pertence a Crescimento e desenvolvimento com as seguintes características específicas: condição na qual existe um feto em desenvolvimento no corpo; cessação menstrual, enjoos matinais, aumento do tamanho mamário, pigmentação do mamilo, aumento progressivo do perímetro abdominal, movimentos e sons cardíacos do feto” (ICN, 1996, p. 151);

Na sequência da análise que temos vindo a produzir, podemos também constatar que para além dos fenómenos de enfermagem já referidos, é interessante verificar que a situação de saúde relevante para a prática de enfermagem *Desempenho de papéis*, surge imediatamente a seguir aos fenómenos já analisados (8,3%) que produziram contactos no centro de saúde. Curiosamente relativamente a este fenómeno de enfermagem, esta é a maior incidência comparativamente com os outros dois Centros de Saúde (6,8% e 5,8%).

“Desempenho de Papeis é um Fenómeno de Enfermagem que pertence às Acções interdependentes com as seguintes características específicas: tarefas ou actividades levadas a cabo tendo em vista um conjunto de expectativas que envolvem outras pessoas” (ICN; 1996, p. 166);

Dada a incidência do fenómeno de enfermagem *Desempenho de papeis* tentamos encontrar possíveis explicações, donde nos parece que estas se devem à formatação dos suportes de registo, elaborados de modo a privilegiar os fenómenos de enfermagem

mais frequentes. Deste modo, os campos de registo relativos a este fenómeno traduzem áreas de avaliação inerentes ao fenómeno *Infância*, mas cujo foco recai sobre os prestadores de cuidados: pais e/ou encarregados de educação.

Focalizados agora no local domicílio é de realçar, que este se configura como o local do contacto de enfermagem que em 70,0% dos casos foi originado pela identificação e documentação de fenómenos de enfermagem pertencentes ao domínio *Tegumento*. Os fenómenos do domínio do *Autocuidado*, configuram-se como mediadores de 11,9% dos contactos estabelecidos no domicílio. É significativo, o peso que em conjunto os fenómenos dos domínios *Tegumento* e *Autocuidado*, assumem enquanto mediadores de contactos de enfermagem ocorridos no domicílio. Para efeitos desta análise importa desvelar o que esta lógica de associação deixa oculto. Se olharmos para os fenómenos englobados anteriormente no domínio *Tegumento* (70,0%), conforme o quadro 2 no anexo II, constatamos que sensivelmente metade desses fenómenos são identificados como *Úlcera de pressão*, o que representa 31,3% do total dos fenómenos identificados no domicílio.

“Úlcera de pressão é um fenómeno de enfermagem que pertence á ulcera com as seguintes características específicas: solução de continuidade da superficie tegumentar com base inflamatória, diminuição do aporte sanguíneo e/ou perda de tecido devido à compressão e fricção da pele entre os ossos e as superficies subjacentes” (ICN, 1966, p.147).

É perfeitamente consensual que esta situação relevante de saúde para a prática de enfermagem, tenha frequentemente como causa, o comprometimento ou défice na capacidade da pessoa mover-se, levantar-se, transferir-se, usar o WC, etc.: estamos a falar de diferentes tipos de *Autocuidado*. Esta associação por nós assumida parece-nos justificar fortemente os dados.

De acordo com a orientação que temos vindo a dar à estrutura deste capítulo focalizaremos de seguida a nossa análise relativa à variável: fenómenos de enfermagem no centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião. A distribuição dos diferentes fenóme-

nos de enfermagem documentados e que geraram contactos de enfermagem ocorridos no centro de saúde e no domicílio é apresentada no quadro (12).

Quadro 12 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Santa Marta de Penaguião

Local Fenómeno de Enfermagem	Santa Marta de Penaguião			
	centro de saúde		domicílio	
	f(x)	%	f(x)	%
Tegumento	186	30,1	88	63,8
Planeamento familiar	102	16,5	-	-
Infância	75	12,1	-	-
Hipertensão sanguínea	63	10,2	-	-
Precauções de segurança	57	9,2	9	6,5
Desempenho dos papeis	42	6,8	-	-
Falta de Conhecimento	41	6,6	2	1,4
Autocuidado	12	1,9	25	18,1
Outros Fenómenos	40	6,5	14	10,1
Total	618	100,0	138	100,0

Neste contexto, verificamos que 81,7% dos fenómenos de enfermagem documentados estão na base de contactos no centro de saúde e 18,3% no domicílio.

Os fenómenos de enfermagem do domínio *Tegumento* assumem-se como os que apresentam maior incidência tomando como local do contacto, o centro de saúde ou o domicílio. À semelhança do percurso efectuado relativamente a Ribeira de Pena e considerando a análise detalhada dos fenómenos englobados no domínio *Tegumento*, é de salientar que neste contexto o fenómeno *Ferida traumática* apresenta a maior incidência, quer nos contactos ocorridos no centro de saúde (13,9%), quer no domicílio (25,4%).

A elevada incidência do fenómeno *Ferida traumática* pode estar relacionada com a actividade predominante nesta região. Com efeito, a actividade vitivinícola, pelas suas particularidades, é condição propiciadora à ocorrência de acidentes dos quais resultam traumatismos, o que nos foi validado na entrevista de confrontação. Ainda relativamente ao fenómeno de enfermagem *Ferida traumática*, quando analisada a sua inci-

dência relativamente ao local do contacto domicílio, é interessante verificar que neste Centro de Saúde ocorre maior distribuição percentual relativamente aos restantes Centros de Saúde. Perante estes dados, não podemos no entanto deixar de colocar uma questão: Porque razão as pessoas que exibem este fenómeno e tendo em conta a sua actividade laboral, não procuram resposta a esta necessidade de cuidados no centro de saúde?

A explicação que nos pareceu mais plausível para este facto, decorre da informação a que tivemos acesso por via da entrevista de confrontação. Os enfermeiros justificaram esta realidade que temos em análise, com o facto de por um lado, a rede viária na região ter algumas limitações, dificultando o acesso da população ao centro de saúde e por outro, porque as pessoas que se dedicam a esta actividade são maioritariamente idosas. Neste cenário os enfermeiros procuram dar resposta a esta situação de saúde, no contexto dos contactos que ocorrem no domicílio.

À semelhança da realidade de Ribeira de Pena, também os fenómenos *Planeamento familiar* e *Infância* surgem imediatamente como os mais frequentes na origem de contactos no centro de saúde.

É interessante realçar o emergir de fenómenos de enfermagem documentados que até este momento da análise não cabiam ainda no critério de inclusão por nós definido em termos de incidência. Referimo-nos ao fenómeno *Hipertensão sanguínea* (10,2%) e *Falta de conhecimento* (6,6%) a gerarem contactos de enfermagem no centro de saúde, e ao fenómeno *Precauções de segurança* a estar na base de contactos quer no centro de saúde (9,2%), quer no domicílio (6,5%).

“Precauções de Segurança é um Fenómeno de Enfermagem que pertence a Cuidados de Saúde com as seguintes características específicas: medidas preventivas relativamente aos factores de risco” (ICN, 1996, p.164).

“Falta de Conhecimento é um Fenómeno de Enfermagem que pertence a pensamento com as seguintes características específicas: falta de um conteúdo específico no pensamento” (ICN, 1996, p.132).

“Hipertensão Sanguínea é um Fenómeno de Enfermagem que pertence à Função circulatória com as seguintes características específicas: pressão sanguínea superior à normal” (ICN, 1996, p.140).

Na tentativa de encontrar alguma explicação para esta situação, recorremos à especificação produzida pelos enfermeiros aquando da identificação destes fenómenos. Isto é, recorremos à referência da situação ou situações relativamente às quais os enfermeiros documentaram o fenómeno *Precauções de segurança* e à especificação do conteúdo do fenómeno *Falta de conhecimento*. Do analisado foi possível inferir que a identificação destes fenómenos de enfermagem traduzia necessidades de saúde da população diabética e hipertensa. Estes dados foram-nos confirmados na entrevista de confrontação efectuada com os enfermeiros. Com efeito, a identificação destes fenómenos traduz a necessidade de vigilância de saúde da população com diabetes e hipertensão e ainda a necessidade de colmatar défices de informação essencial para a adopção de medidas preventivas relativas aos factores de risco. Na mesma linha de análise e lançando agora o olhar sobre a realidade de Vila Pouca de Aguiar, apresentamos os dados relativos à variável fenómenos no quadro seguinte.

Quadro 13 – Distribuição dos fenómenos de enfermagem por local de contacto em Vila Pouca de Aguiar

Local Fenómeno de Enfermagem	Vila Pouca de Aguiar			
	centro de saúde		domicílio	
	f(x)	%	f(x)	%
Tegumento	1234	33,0	202	63,3
Hipertensão sanguínea	417	11,1	96	30,1
Planeamento familiar	351	9,4	1	0,3
Precauções de segurança	346	9,2	19	6,0
Infância	291	7,8	-	-
Desempenho dos papeis	216	5,8	-	-
Outros Fenómenos	888	23,7	1	0,3
Total	3743	100,0	319	100,0

Relativamente a Vila Pouca de Aguiar verificamos que 92,1%, dos fenómenos de enfermagem documentados estão na base de contactos ocorridos no centro de saúde, enquanto que os restantes 7,9% medeiam contactos ocorridos no domicílio. Quando analisamos a distribuição dos diferentes fenómenos, constatamos que estamos perante uma realidade muito próxima da que se verifica em Santa Marta de Penaguião. No entanto, não podemos deixar de assinalar o seguinte: o fenómeno *Hipertensão sanguínea* é

aquele que logo a seguir a *Tegumento*, gera contactos ocorridos no domicílio. Na tentativa de encontrar uma justificação para estes dados, procuramos cruzar esta informação com a incidência de fenómenos de enfermagem do domínio do *Autocuidado* que justificassem a ocorrência do contacto gerado no domicílio, pelo fenómeno *Hipertensão sanguínea*. Não encontramos dados que suportem esta hipótese.

Analisado cada um dos três centros de saúde no que respeita às respectivas distribuições dos fenómenos de enfermagem, iremos agora tomar como objecto de análise a totalidade dos três Centros de Saúde.

Quadro 14 – Distribuição por local de contacto, do total de fenómenos de enfermagem documentados

Fenómeno de Enfermagem	Centros de Saúde Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar			
	centro de saúde		domicílio	
	f(x)	%	f(x)	%
Tegumento	1453	30,3	449	65,6
Planeamento familiar	596	12,4	1	0,1
Hipertensão sanguínea	484	10,1	102	14,9
Infância	459	9,6	-	-
Precauções de segurança	411	8,6	29	4,2
Desempenho dos papeis	294	6,1	-	-
Autocuidado	13	0,3	52	7,6
Outros Fenómenos	1084	22,6	51	7,5
Total	4794	100,0	684	100,0

Os fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento*, configuram-se como aqueles com uma expressão mais significativa quando tomamos o conjunto dos três Centros de Saúde como objecto de análise, excepto no contexto particular do Centro de Saúde de Ribeira de Pena quando o local de contacto é o centro de saúde. Este achado é consistente com os dados relativos à análise produzida face a cada um dos Centros de Saúde tomado isoladamente.

O *Planeamento familiar* surge como um aspecto de saúde relevante para a prática de enfermagem, confinando-se quase exclusivamente ao centro de saúde (apenas um contacto no domicílio), uma vez que o tipo de resposta implica um contacto periódico

da mulher em idade fértil com o enfermeiro no centro de saúde. Importa ainda salientar que do conjunto dos três Centros de Saúde, Ribeira de Pena é o que apresenta maior frequência deste fenómeno o que parece poder explicar-se quanto aos restantes Centros de Saúde da seguinte forma: relativamente a Santa Marta de Penaguião se compararmos os índices de envelhecimento, o desta localidade é muito inferior (68,9%) sendo na primeira localidade de 85,9%. Já relativamente a Vila Pouca de Aguiar, constatamos proximidade dos índices de envelhecimento, sendo nesta localidade de 65,1%. Dado o achado e confrontados os colegas com este dado foi justificado pelo facto de em Vila Pouca de Aguiar uma parte considerável das mulheres em idade fértil ser seguida em regime privado.

Constatamos também que *Infância* tem uma frequência mais elevada no Centro de Saúde de Ribeira de Pena (21,5%) o que confrontado com os restantes dois Centros de Saúde é substancial. A provável explicação para esta ocorrência, tendo em conta que Ribeira de Pena é o concelho com menor taxa de natalidade, poderá eventualmente ter consistência na existência de um Projecto no âmbito da Saúde Oral, que visa a população escolar.

Os dados relativos aos restantes fenómenos de enfermagem (*Hipertensão sanguínea, Precauções de segurança, ...*), são achados consistentes com os dados relativos à análise produzida face a cada um dos Centros de Saúde tomado isoladamente.

4.3. As Intervenções de Enfermagem

Passamos agora à análise dos dados relativos às Intervenções de Enfermagem. Tal como temos feito anteriormente, a mesma incide sobre a distribuição das intervenções ocorridas no centro de saúde, no domicílio e na globalidade dos três Centros de Saúde. Contudo, dada a grande quantidade de informação relativa a este item em análise, conforme se pode constatar pelos quadros em anexo (Anexo III) e referentes à totalidade das intervenções de enfermagem documentadas, optamos por organizar os dados de acordo com os grandes tipos de acções de enfermagem que são propostos pelo ICN. Entende-se por tipo de acção "*realizações levadas à prática por uma acção de enfer-*

magem” (ICN; 2000, p.145). No âmbito da CIPE são cinco os grandes tipos de acções de enfermagem:

OBSERVAR: define-se por: “*uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa.* (ICN, 2000, P.152)
São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: monitorizar, vigiar, examinar, medir, pesar, supervisionar, etc.

GERIR: define-se por: “*uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa.*” (ICN, 2000, P. 153)
São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: planejar, controlar, manter, otimizar, providenciar, etc.

EXECUTAR: define-se por: “*uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: desempenhar uma tarefa técnica.*” (ICN, 2000, P. 156)
São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: aspirar, dar banho, alimentar, posicionar, massajar, mobilizar, drenar, injectar, etc.

ATENDER: define-se por: “*uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa.*” (ICN, 2000, P. 160)
São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: apoiar, assistir, encorajar, motivar, prevenir, escutar, etc.

INFORMAR: define-se por: “*uma forma de Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa.*” (ICN, 2000, P 162)
São exemplo de espécies de acções pertencentes a este género: ensinar, instruir, treinar, orientar, aconselhar, etc.

A organização taxonómica das *Acções de Enfermagem*, isto é, a organização das diferentes acções de enfermagem por estes cinco grandes tipos de acção, foi por nós adoptada como modelo de análise já que possibilita, na nossa perspectiva, uma visão mais abrangente desta realidade, razão pela qual no particular desta variável *Intervenções de Enfermagem*, não utilizaremos o critério de incidência $\geq 5\%$, para inclusão na análise a produzir. Salientamos que para uma visão mais focada relativamente às intervenções de enfermagem, as percentagens foram calculadas em função do tipo de acção em que se integram.

Quadro 15 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Ribeira de Pena

Local	Ribeira de Pena				
	centro de saúde		domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Tipo de intervenção					
Observar	966	53,5	389	46,1	1355
Gerir	42	2,3	106	12,6	148
Executar	404	22,4	217	25,7	621
Atender	12	0,8	45	5,3	57
Informar	380	21,0	87	10,3	467
Total	1804	100,0	844	100,0	2648

Dos dados obtidos relativamente a Ribeira de Pena, podemos constatar que a predominância de intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde se inserem nos tipos de acção: *Observar*, *Executar* e *Informar*. Quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, constatamos que no que respeita ao *Observar*, a grande maioria de intervenções que se incluem neste tipo são: *Monitorizar tensão arterial* (20,0%), *Pesar a pessoa* (19,7%), e *Supervisar a imunização* (11,0%). Relativamente ao tipo: *Executar* as intervenções aqui incluídas são quase exclusivamente: *Executar penso da ferida (por procedimento)* (92,1%). É interessante verificar ao contrário do que acontece com as acções do tipo *Observar* e *Executar*, em que temos a quase totalidade da percentagem das intervenções concentradas em duas ou três espécies, no que respeita ao *Informar*, verifica-se uma distribuição mais dispersa por uma maior variedade de intervenções deste tipo. A título de exemplo, constate-se que a intervenção mais frequente do tipo *Informar* é *Ensinar planeamento familiar (por procedimento)* que representa apenas 14,4% da totalidade das intervenções deste tipo.

No que respeita às intervenções implementadas no domicílio verificamos que, imediatamente após as intervenções do tipo *Observar* e *Executar*, surgem as intervenções do tipo *Gerir* como as mais frequentes (12,6%). Por outro lado, as intervenções do tipo *Informar* no contexto das intervenções implementadas no domicílio, apresentam uma incidência próxima de metade da que se verifica quando a análise incide sobre o centro de saúde. Quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, constatamos que no que respeita ao *Observar*, a grande maioria das interven-

ções que se incluem neste tipo são: *vigiar o penso* (40,9%), *vigiar sinais de úlcera de pressão* (21,1%), *vigiar ferida (úlceras)* (13,1%). Estas três intervenções em conjunto representam 75,1% das intervenções do tipo *Observar*, facto que guarda relação estreita com a incidência de fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento* que como já tivemos oportunidade de referir medeiam uma percentagem significativa de contactos ocorridos no domicílio. Relativamente à intervenção *vigiar hemorragia* também do tipo *Observar*, parece-nos poder inferir que a sua documentação decorre da situação de hemorragia potencial, frequentemente associada ao fenómeno *Ferida*.

Quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, constatamos, no que respeita ao *Executar* a intervenção *executar penso da ferida* (68,2%) apresenta a maior incidência. Relativamente ao *Gerir*, as intervenções englobadas neste tipo são: *programar regimen terapêutico prescrito* (30,2%), *incentivar regimen terapêutico prescrito* (29,2%), e *providenciar dispositivos* (29,2%). Como se pode constatar do quadro em anexo (III) as intervenções, do tipo *Gerir programar regimen terapêutico prescrito* e *incentivar regimen terapêutico prescrito* referem-se à analgesia e representam 59,4% da totalidade das intervenções deste tipo. Parece-nos legítimo inferir daqui, que a sua relevância decorre da situação de dor, frequentemente associada ao fenómeno ferida.

Ainda no âmbito das intervenções do tipo *Gerir*, verificamos que *providenciar dispositivos* representa 29,2% do total deste tipo de acção. Esta incidência é compreensível já que no domicílio e no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, os enfermeiros são responsáveis pela facilitação de dispositivos que visem a adopção pelas pessoas com défices no domínio do *Autocuidado*, de estratégias de adaptação.

Quadro 16 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Santa Marta de Penaguião

Local	Santa de Marta de Penaguião				
	centro de saúde		domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Tipo de intervenção					
Observar	1100	59,5	185	55,9	1285
Gerir	70	3,8	12	3,6	82
Executar	192	10,4	97	29,3	289
Atender	45	2,4	11	3,3	56
Informar	441	23,9	26	7,9	467
Total	1848	100,0	331	100,0	2179

À semelhança do que acontece em Ribeira de Pena, em Santa Marta de Penaguião, podemos constatar que a predominância de intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde se inserem nos tipos de acção: *Observar*, *Executar* e *Informar*. No entanto, as intervenções do tipo *Executar* apresentam uma incidência inferior (10,4%).

Também aqui quando olhamos para as diferentes espécies do mesmo género ou tipo de acção, encontramos semelhanças. No entanto, merece destaque o facto de algumas intervenções, como é o caso de *executar penso da ferida (por procedimento)* e *vigiar ferida* em Ribeira de Pena, por força da maior incidência de contactos no domicílio a sua frequência é mais elevada; na realidade de Santa Marta de Penaguião estas intervenções são maioritariamente implementadas no centro de saúde.

No que respeita às intervenções prestadas no domicílio verificamos que a realidade é quase sobreponível à de Ribeira de Pena quer no que respeita aos grandes tipos de acções de enfermagem, quer relativamente às espécies aí incluídas. Contudo, não podemos deixar de sublinhar que a relevância das intervenções do tipo Gerir não assume a mesma dimensão aqui em Santa Marta comparativamente com a realidade de Ribeira de Pena a que anteriormente nos referimos. Julgamos poder inferir a partir destes dados, que esta diferença pode justificar-se com base no facto de em Ribeira de Pena os contactos de enfermagem no domicílio, serem manifestamente mais que os ocorridos em Santa Marta de Penaguião.

Será que esta maior incidência de contactos no domicílio em Ribeira de Pena, é factor propiciador para uma mais efectiva avaliação das necessidades das pessoas, em termos de adopção de estratégias de adaptação face a défices?

Quadro 17 – Distribuição das intervenções de enfermagem por local de contacto em Vila Pouca de Aguiar

Local	Vila Pouca de Aguiar				
	centro de saúde		domicilio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Tipo de intervenção					
Observar	5271	64,3	502	64,6	5773
Gerir	64	0,8	2	0,2	66
Executar	1740	21,2	236	30,4	1976
Atender	53	0,7	0	0	53
Informar	1072	13,0	37	4,8	1109
Total	8200	100,0	777	100,0	8977

No que respeita à distribuição das intervenções de enfermagem quer pelos grandes tipos de acções quer pelas suas diferentes especificações constatamos que a realidade de Vila Pouca de Aguiar, é muito próxima da realidade de Santa Marta de Penaguião. Esta similaridade mantém-se independentemente do local onde são implementadas as intervenções, entenda-se centro de saúde ou domicílio.

Feito este percurso pelos três centros de saúde isoladamente e encontradas grandes similaridades, é com naturalidade que verificamos as incidências que o quadro 18, relativo à distribuição total das intervenções de enfermagem pelos três Centros de Saúde, nos apresenta.

Quadro 18 – Distribuição do total de intervenções de enfermagem por local de contacto

Tipo de intervenção	Centros de Saúde Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	centro de saúde		domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Observar	7337	61,9	1076	55,1	8413
Gerir	176	1,5	120	6,1	296
Executar	2336	19,7	550	28,2	2886
Atender	110	0,9	56	2,9	166
Informar	1893	15,9	150	7,7	2043
Total	11852	100,0	1952	100,0	13804

4.4. Fenómenos versus Intervenções

Neste momento julgamos estar em condições de proceder a um exercício analítico de associação entre duas das variáveis que já foram objecto da nossa análise no presente relatório: fenómenos e intervenções de enfermagem. A associação destas duas variáveis é um imperativo que decorre da impossibilidade de concebermos qualquer intervenção de enfermagem, sem relação directa com uma situação de saúde relevante para a prática de enfermagem. Este imperativo a que nos referimos ficou implícito no discurso produzido relativamente a cada uma daquelas variáveis. Se pensarmos num fenómeno de enfermagem ao qual estão associadas, no contexto do nosso estudo, por exemplo cinco intervenções de enfermagem, importa perceber qual é o peso relativo de cada uma dessas intervenções para efeitos do cálculo da intensidade da carga de trabalho. Por outro lado, se pensarmos em dois fenómenos de enfermagem, um deles com três intervenções associadas, e o outro com dez, pode não ser adequado daí inferir que o segundo exige uma maior intensidade da carga de trabalho de enfermagem.

O propósito do nosso estudo pressupõe que face às necessidades da população em cuidados de enfermagem, se equacionem as respostas oferecidas por forma a que seja possível prever a dotação adequada de recursos. No entanto, importa sublinhar que mesmo produzindo esta associação, apenas se identifiquem relações que por si só justifiquem ser objecto de análise. É com base nesta realidade que no subcapítulo seguinte

procuramos abrir uma das portas que nos permita conhecer com mais pormenor um dos muitos aspectos que nesta área problemática jogam um papel essencial.

Neste enquadramento e na sequência do exposto, a análise que aqui produzimos relativa à associação entre os diferentes fenómenos de enfermagem e respectivas intervenções, está organizada em torno dos fenómenos de enfermagem ou domínios mais relevantes, no conjunto dos três Centros de Saúde (tal qual são apresentados no quadro 19, referente à distribuição do total de fenómenos de enfermagem documentados). Esta integra ainda o conjunto das intervenções associadas a cada um dos fenómenos de enfermagem, tendo por base o critério de inclusão: incidência $\geq 5\%$, do total das intervenções documentadas em resposta a cada um dos fenómenos de enfermagem, independentemente do local de contacto.

Quadro 19 – Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Tegumento

Intervenção	Tegumento Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	centro de saúde		domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Executar penso à ferida	1823	43,8	298	18,0	2121
Vigiar ferida (úlceras)	981	23,6	292	17,6	1273
Vigiar penso	954	22,9	418	25,2	1372
Remover (pontos)	170	4,1	3	0,2	173
Executar penso à úlcera	139	3,3	166	10,0	305
Vigiar sinais de úlcera de pressão	43	1,0	129	7,8	172
Ensinar régimen terapêutico prescrito	5	0,1	1	0,1	6
Referir úlcera de pressão ao médico	2	0,0	10	0,6	12
Ensinar autocuidado: higiene	1	0,0	-	-	1
Ensinar precauções de segurança	1	0,0	-	-	1
Vigiar hemorragia	-	-	52	3,1	52
Apoiar a Pessoa emocionalmente	-	-	35	2,1	35
Incentivar autocuidado: higiene	-	-	30	1,8	30
Posicionar a Pessoa	-	-	64	3,9	64
Programar régimen terapêutico prescrito	-	-	30	1,8	30
Providenciar dispositivos	-	-	30	1,8	30
Vigiar integridade dos tegumentos	-	-	30	1,8	30
Incentivar régimen terapêutico prescrito	-	-	29	1,8	29
Outras Intervenções	42	1,0	39	2,4	81
Total	4161	100,0	1656	100,0	5817

Os fenómenos de enfermagem do domínio do *Tegumento*, no conjunto dos três

Centros de Saúde, representam 30,3% da totalidade das situações de saúde documentadas que exigem cuidados de enfermagem no centro de saúde e 65,6% no domicílio. Verificamos que, do conjunto das intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde em resposta aos fenómenos deste domínio, as cinco mais representativas (97,6%) são: *executar penso à ferida, vigiar ferida, vigiar penso, remover pontos e executar penso à úlcera*. Se olharmos para estas intervenções e pensarmos no tipo de acção que têm subjacente, constatamos que os tipos de acção predominantes são: *Executar* e *Observar*. Por outro lado, é possível também daqui inferir, que no que respeita ao tipo de contactos que ocorrem no centro de saúde, tais intervenções estão incluídas e representam quase exclusivamente, a categoria *Pensos e Tratamentos de feridas*.

No domicílio as intervenções de enfermagem mais frequentes são: *vigiar penso, executar penso à ferida, vigiar ferida, executar penso à úlcera e vigiar sinais de úlcera de pressão*. Estas intervenções representam 78,7% da totalidade das intervenções implementadas no domicílio em resposta aos fenómenos de enfermagem do domínio do tegumento. À semelhança do que acontecia relativamente às intervenções mais frequentemente implementadas no âmbito do centro de saúde, também aqui, as acções do tipo *Observar* e *Executar* se configuram como as mais relevantes.

Quando olhamos para a distribuição da incidência da totalidade das intervenções implementadas em resposta aos fenómenos de enfermagem do domínio do tegumento, constatamos que, no domicílio, esta distribuição é mais dispersa (16 intervenções diferentes documentadas), no centro de saúde esta dispersão não assume a mesma grandeza (10 intervenções diferentes documentadas).

Quadro 20 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Planeamento familiar

Intervenção	Planeamento familiar Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	centro de saúde		domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Monitorizar tensão arterial	421	23,0	1	33,3	422
Pesar a Pessoa	408	22,2	1	33,3	409
Instruir (auto-exame da mama)	218	11,9	-		218
Registar (dum)	173	9,4	-		173
Supervisar imunização	171	9,3	-		171
Ensinar planeamento familiar	146	8,0	-		146
Ensinar regimen terapêutico prescrito	89	4,9	-		89
Colectar tecido do colo do útero	75	4,1	1	33,3	76
Outras Intervenções	133	7,3			133
Total	1834	100,0	3	100,0	1837

Relativamente ao *Planeamento familiar*, constatamos que este fenómeno de enfermagem, representa 12,4% da totalidade das situações de saúde documentadas que exigem cuidados de enfermagem no centro de saúde. A incidência deste fenómeno no domicílio, no âmbito do nosso estudo é desprezível (0,1%), sendo resultado de um único contacto ocorrido num domicílio em Vila Pouca de Aguiar. Do conjunto das intervenções de enfermagem documentadas em resposta a este fenómeno de enfermagem as cinco mais representativas (75,8%) são: *monitorizar a tensão arterial, pesar a Pessoa, instruir (auto-exame da mama), registar (dum) e supervisar imunização*.

Quando olhamos para estas intervenções e as categorizamos em função do tipo de acção que têm subjacente, verificamos que são do tipo: *Observar e Executar*. Daqui é possível inferir que estas intervenções se inscrevem quase exclusivamente na categoria do tipo de contactos ocorridos no centro de saúde *Outros*.

Quadro 21 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Hipertensão sanguínea

Intervenção	Hipertensão sanguínea Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	Centro de saúde		Domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Monitorizar tensão sanguínea	526	41,2	102	75,0	628
Monitorizar altura/peso corporal	212	16,6	-	-	212
Vigiar sinais de hipertensão	180	14,1	-	-	
Ensinar sinais de hipertensão sanguínea	79	6,2	4	2,9	83
Incentivar hábitos de exercício	74	5,8	14	10,3	88
Ensinar ameaças/riscos à saúde: hipertensão sanguínea	54	4,2	9	6,6	63
Ensinar precauções de segurança: resposta orgânica à medicação	37	2,9	2	1,5	39
Ensinar regimen terapêutico prescrito	18	1,4	5	3,7	23
Ensinar ameaças/riscos à saúde: hábitos nutricionais	1	0,1	-	-	1
Outras Intervenções	97	7,6	-	-	97
Total	1278	100,0	136	100,0	1414

No que respeita à *Hipertensão sanguínea*, constatamos que este fenómeno de enfermagem, representa 10,1% da totalidade das situações de saúde documentadas que exigem cuidados de enfermagem no centro de saúde. A incidência deste fenómeno no domicílio, é de 14,9%. Verificamos que do conjunto das intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde em resposta a este fenómeno de enfermagem, as cinco mais representativas (83,8%) são: *monitorizar a tensão arterial, monitorizar altura/peso corporal, vigiar sinais de hipertensão, ensinar sinais de hipertensão sanguínea e incentivar hábitos de exercício*. Relativamente ao tipo de acção que estas intervenções de enfermagem mais frequentes no centro de saúde, têm subjacente, constatamos que os tipos de acção predominantes são: *Observar e Informar*.

No contexto do domicílio as intervenções de enfermagem mais frequentes são: *monitorizar tensão arterial, incentivar hábitos de exercício, ensinar ameaças/riscos à saúde: hipertensão sanguínea, ensinar regimen terapêutico prescrito e ensinar sinais de hipertensão sanguínea*. No seu conjunto, estas intervenções representam 98,5% da totalidade das intervenções implementadas em resposta à situação de *Hipertensão sanguínea*. Merece destaque neste particular, o facto da intervenção: *monitorizar tensão san-*

guínea representar por si só 75,0% da totalidade das intervenções implementadas no domicílio. Também aqui, à semelhança do que acontece relativamente às intervenções mais frequentemente implementadas no centro de saúde, as acções do tipo Observar e Informar são predominantes.

Quadro 22 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Infância

Intervenção	Infância Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	Centro de saúde		Domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Monitorizar altura/peso corporal	435	28,8	-	-	435
Vigiar crescimento e desenvolvimento	401	26,5	-	-	401
Supervisar imunização	379	25,1	-	-	379
Monitorizar (perímetro cefálico)	250	16,5	-	-	250
Outras Intervenções	47	3,1	-	-	47
Total	1512	100,0	0	0,0	1512

Quanto ao fenómeno de enfermagem *Infância*, constatamos que este representa 9,6% da totalidade das situações de saúde documentadas que exigem cuidados de enfermagem no centro de saúde. A incidência deste fenómeno no domicílio, é nula. As intervenções mais frequentemente implementadas em resposta ao fenómeno de enfermagem *Infância* são: *monitorizar altura/peso corporal, vigiar crescimento e desenvolvimento, supervisar imunização e monitorizar (perímetro cefálico)*. Como se pode constatar todas estas intervenções de enfermagem fazem parte do tipo *de acção Observar*. Acresce que, no contexto do centro de saúde, as respostas apresentadas face ao fenómeno de enfermagem *Infância*, se inscrevem no tipo de contactos: Outros.

Quadro 23 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Precauções de segurança

Intervenção	Precauções de segurança Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	Centro de saúde		Domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Monitorizar glicemia capilar	392	47,3	29	93,5	421
Monitorizar tensão arterial	140	16,9	1	3,2	141
Monitorizar espécimens (urina)	135	16,3	-	-	135
Monitorizar altura/peso corporal	123	14,9	-	-	123
Pesar a Pessoa	23	2,8	-	-	23
Incentivar consulta médica: Diabetes	13	1,6	1	3,2	14
Outros	2	0,2	-	-	2
Total	828	100,0	31	100,0	859

No que respeita a *Precauções de segurança*, constata-se que representam 8,6% da totalidade dos fenómenos de enfermagem documentados que geraram contactos no centro de saúde, e 4,2% no domicílio. Do conjunto das intervenções de enfermagem implementadas no centro de saúde e referentes ao fenómeno *Precauções de segurança*, as cinco mais representativas (95,4%) são: *monitorizar glicemia capilar*, *monitorizar tensão arterial*, *monitorizar espécimens (urina)* e *monitorizar altura/peso corporal*. Se olharmos para estas intervenções quanto ao tipo de acção subjacente, constatamos que *Observar* é predominante.

No domicílio, constata-se que a intervenção de enfermagem *monitorizar glicemia capilar*, representa a quase totalidade (93,5%) das respostas oferecidas.

Não queremos deixar de tecer algumas considerações relativamente à natureza das intervenções de enfermagem, que no contexto do nosso estudo, se apresentam como as mais frequentes, tendo presente a própria natureza do fenómeno *Precauções de segurança*. Na medida em que este se refere às acções iniciadas e dependentes do próprio utente, tendentes a evitar os factores de risco (ICN, 1996, p.151, 164), parece-nos que tendo em conta o tempo percorrido, desde a implementação do Projecto de Reestruturação do Sistema de Documentação de Enfermagem, seria oportuno trazer à discussão a

necessidade de fornecer à Pessoa capacidades e conhecimentos para por si desenvolver acções “...de evitar os factores de risco” (ICN; 1996, p.164). Neste quadro, merecem alguma reflexão as questões que se prendem com o facto da natureza das intervenções efectivamente implementadas se dirigirem, fundamentalmente, para o *Observar* e não, por exemplo, para o *Atender e Informar*.

Quadro 24 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas ao fenómeno de enfermagem Desempenho de papéis

Intervenção	Desempenho de papéis Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	Centro de saúde		Domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Ensinar regimen terapêutico prescrito (vacinação)	122	30,1	-	-	122
Ensinar respostas orgânicas (vacinação)	117	28,9	-	-	117
Ensinar precauções de segurança (infância)	86	21,2	-	-	86
Ensinar desempenho de papéis (infância)	23	5,7	-	-	23
Promover adaptação individual (escola)	16	4,0	-	-	16
Encorajar desempenho de papéis	11	2,7	-	-	11
Outras Intervenções	30	7,4	-	-	30
Total	405	100,0	0	0,0	405

O *Desempenho de papéis* é outro dos fenómenos de enfermagem, que no conjunto dos três Centros de Saúde se assume como significativo. Na realidade, representa 6,1% da totalidade dos fenómenos de enfermagem documentados no centro de saúde.

No que respeita ao conjunto das intervenções implementadas em resposta a este fenómeno de enfermagem, as mais representativas são: *ensinar regimen terapêutico prescrito (vacinação)*, *ensinar respostas orgânicas (vacinação)* e *ensinar precauções de segurança (infância)*. Ao olharmos para estas intervenções tendo por base o tipo de acção que lhe estão subjacentes, constatamos que o tipo de acção predominante é o *Informar*.

Quadro 25 - Intervenções de enfermagem mais frequentes associadas aos fenómenos de enfermagem do domínio do Autocuidado

Intervenção	Autocuidado Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar				
	Centro de saúde		Domicílio		Total
	f(x)	%	f(x)	%	
Lavar os ouvidos	60	68,2	-	-	60
Instruir autocuidado: higiene	9	10,2	2	4,7	11
Ensinar regímen terapêutico prescrito	6	6,8	3	7,0	9
Ensinar autocuidado: higiene	4	4,5	-	-	4
Instruir a Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	2	2,3	1	2,3	3
Instruir regímen terapêutico prescrito (insulina)	2	2,3	4	9,3	6
Treinar regímen terapêutico prescrito (insulina)	2	2,3	3	7,0	5
Inserir sonda nasogástrica	-	-	3	7,0	3
Inserir catéter urinário	-	-	1	2,3	1
Instruir autocuidado: levante	-	-	1	2,3	1
Lavar a boca	-	-	1	2,3	1
Assistir no autocuidado: posicionamento	-	-	1	2,3	1
Instruir técnica de posicionamento	-	-	1	2,3	1
Promover adaptação individual	-	-	1	2,3	1
Solicitar serviço social	-	-	2	4,7	2
Massajar as costas	-	-	2	4,7	2
Posicionar a pessoa	-	-	2	4,7	2
Vigiar sinais de úlcera de pressão	-	-	3	7,0	3
Colocar dispositivo urinário	-	-	1	2,3	1
Vigiar eliminação urinária	-	-	1	2,3	1
Transferir a pessoa	-	-	3	7,0	3
Assistir no autocuidado: transferência	-	-	1	2,3	1
Instruir autocuidado: transferência	-	-	1	2,3	1
Instruir técnica de alimentação	-	-	1	2,3	1
Vigiar refeição	-	-	1	2,3	1
Providenciar dispositivos	-	-	1	2,3	1
Encaminhar para centro de dia	-	-	1	2,3	1
Solicitar serviços domiciliários	-	-	1	2,3	1
Outras Intervenções	3	3,4	-	-	3
Total	88	100,0	43	100,0	131

No que respeita ao *Autocuidado*, constata-se que os fenómenos de enfermagem englobados neste domínio representam no centro de saúde apenas 0,3% o que não é significativo. No domicílio representam 7,6% do total de fenómenos de enfermagem documentados, nos dos três Centros de Saúde, sendo o terceiro fenómeno/domínio mais frequente no âmbito do nosso estudo. A intervenção mais significativa no centro de saúde é *Lavar ouvidos* (68,2%) a qual decorre da prescrição do médico.

Do conjunto das intervenções de enfermagem implementadas no domicílio em resposta aos fenómenos deste domínio, nenhuma se destaca. Quando nos detemos sobre os tipos de acção em que estas intervenções se inserem constatamos que os predominantes são: *Executar* e *Informar*. Quando olhamos para a distribuição da totalidade das intervenções implementadas no domicílio, em resposta aos fenómenos de enfermagem do domínio do *Autocuidado*, constatamos que esta distribuição é dispersa por uma grande variedade de intervenções (26).

4.5. Tempo Despendido nos Contactos no Domicílio

Quando nos referimos no subcapítulo anterior à emergência de múltiplos aspectos que nesta área problemática jogam um papel essencial, abrimos uma porta para a discussão que aqui pretendemos fazer.

Voltando a tomar como objecto de análise a variável “Contacto”, considerando os ocorridos no domicílio, julgamos ser oportuno lançar um olhar sobre uma das particularidades, de entre várias, que pode ser utilizada para nos dar a conhecer um pouco melhor uma das dimensões desta variável; referimo-nos ao tempo despendido no contacto. Este exercício de focalização progressiva, na nossa opinião, ilustra a imensa complexidade da área problemática em que este estudo se situa. Neste enquadramento, procedemos aqui à associação entre uma das dimensões da variável contacto (contacto no domicílio), com a variável “Tempo”. À partida, o “Tempo” parece ser uma variável facilmente operacionalizável. No entanto, relativamente à mesma são vários os aspectos que emergem, e que aumentam a complexidade da associação pretendida.

No âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e no particular do tempo despendido nos contactos ocorridos no domicílio, não podemos desprezar aspectos tais como:

- distância entre o centro de saúde e os domicílios das Pessoas;
- distância entre os diferentes domicílios onde vão ocorrer os contactos;
- a necessidade ou não, do enfermeiro que vai efectuar o contacto retornar ao centro de saúde entre os diferentes contactos a ocorrer no domicílio;
- as condições da rede viária;

- (...)

Esta tentativa de aproximação serve o propósito do nosso estudo, conscientes que estamos, da complexidade desta problemática, mesmo quando à partida as variáveis parecem óbvias.

No quadro seguinte apresentamos os dados referentes ao tempo despendido por contacto em cada um dos três Centros de Saúde que integraram o nosso estudo, ao longo de um mês (26 de Fevereiro a 26 de Março de 2001).

Quadro 26 – Tempo despendido por contacto ocorrido no domicílio, nos três Centros de Saúde

Tempo despendido por contacto			
Centro de Saúde	Ribeira de Pena	Santa Marta de Penaguião	Vila Pouca de Aguiar
Tempo			
Demora média no contacto	00:12:51	00:21:03	00:15:23
Demora média de deslocação por contacto	00:12:56	00:15:07	00:11:42
Tempo despendido por contacto	00:25:47	00:36:10	00:27:05

O **tempo despendido por contacto**, aspecto aqui em análise, é o resultado da soma da demora média no contacto (tempo de contacto directo entre o enfermeiro e a Pessoa, no domicílio), com a demora média de deslocação por cada contacto.

Em relação a Ribeira de Pena, os 128 contactos ocorridos no domicílio, implicaram 163 deslocações. A demora média no contacto neste Centro de Saúde é de 12' e 51'', enquanto que a demora média de deslocação por contacto corresponde a 12' e 56''. Assim, o tempo despendido por contacto neste Centro de Saúde é de 25' e 47''.

No que respeita a Santa Marta de Penaguião, os 113 contactos ocorridos no domicílio tiveram uma demora média de 21' e 03'', implicando 152 deslocações. A demora média de deslocações por contacto neste Centro de Saúde, foi de 15' e 07''. Assim, o tempo despendido por contacto foi de 36' e 10''.

Em relação a Vila Pouca de Aguiar a demora média nos 150 contactos foi de 15' e 23'' o que implicou 188 deslocações as quais tiveram como demora média por contacto de 11' e 42''. Assim, o tempo médio despendido por contacto em Vila Pouca de Aguiar foi de 27' e 05''.

Na totalidade dos três Centros de Saúde a demora média no contacto situou-se nos 16' e 26'', verificando-se que a demora média de deslocação por contacto foi de 13' e 15''. Assim, podemos dizer que em média, nestes três Centros de Saúde o tempo despendido por contacto foi de 29' e 41''. Se cruzarmos este tempo médio despendido por contacto com os 391 contactos ocorridos no domicílio, temos a noção do peso que sob o ponto de vista do tempo despendido, estes contactos têm para o cálculo da intensidade da carga de trabalho de enfermagem.

5. CONCLUSÕES

Com base no estudo efectuado passamos agora a apresentar as conclusões e as propostas/questões relativamente à informação tratada.

A primeira conclusão responde claramente à finalidade do estudo que concretizamos. Com efeito, da análise global deste estudo constatamos que o cálculo da intensidade da carga de trabalho de enfermagem é um processo complexo condicionado por uma multiplicidade de factores cuja relevância advém do seu papel interveniente enquanto entidades individualizadas ou conjugadas. Mais salientamos que o disposto se encontra em plena sintonia com o constante na bibliografia consultada. Daqui emerge que face à quase inexistência de estudos deste teor no nosso país nos pareça fundamental investir noutros estudos similares afim de, precedendo o processo de dotação, constituírem subsídios para um cálculo mais rigoroso.

Nos Centros de Saúde onde decorreu o nosso estudo, sobressai que a prestação de cuidados de enfermagem incide sobretudo, quanto ao local de contacto, no próprio centro de saúde. Com efeito, este dado subscreve o disposto na literatura e reflecte um outro estudo realizado em Portugal nos Cuidados de Saúde Primários. Sabemos também que as necessidades que os utentes manifestam constituem um factor major para calcular a intensidade da carga do trabalho de enfermagem. Deste modo e em resposta à primeira pergunta de partida, verificamos face à realidade estudada que quanto à natureza dos contactos concretizados no centro de saúde, uma parte substancial destes, reflecte cuidados de enfermagem cujas intervenções, quanto à tomada de decisão, podem ser iniciadas pelos próprios enfermeiros ou por outros técnicos. Assim sendo, parece-nos pertinente formular as seguintes questões: será que a distribuição do trabalho influencia esta tendência, quanto ao local de contacto? Será que o rácio enfermeiro/utente, por si só é determinante quanto ao local de contacto da prestação de cuidados?

Em resposta à primeira pergunta de partida este estudo revela as necessidades da população alvo. Importa ainda salientar que o facto dos suportes de documentação de enfermagem estarem estruturados com base na Classificação Internacional para a Práti-

ca de Enfermagem, evidenciam de forma mais clara as particularidades desta população. Por outro lado, a referida estruturação atribui maior visibilidade ao que concerne o trabalho de enfermagem.

Relativamente às necessidades dos utentes, constatamos que nos três Centros de Saúde os fenómenos de enfermagem do domínio *Tegumento* são os mais representativos, assumindo frequências ainda superiores quando o local de contacto é o domicílio. Sobressai daqui que provavelmente o elevado índice de envelhecimento verificado nos três concelhos, as patologias e/ou suas sequelas comuns desta faixa etária no nosso país e ainda as actividades predominantemente rurais poderão estar na base destes dados. Não obstante parece-nos lícito pensar que poderão haver outros factores cuja interferência é determinante. Ainda com base na causalidade apontada constatamos que os fenómenos *Precauções de segurança* e *Falta de conhecimentos* cuja frequência é considerável, repercutem sobretudo particularidades da população diabética e hipertensa. Mais relevamos que o seguimento deste tipo de população é feito com uma frequência estreita, pelo que se verifica um grande consumo de tempo de enfermagem, dado o grande número de contactos.

Quanto ao local de contacto domicílio, salientamos também os fenómenos de enfermagem relativos ao *Autocuidado*, o qual apresenta frequência relevante no Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião. Tal frequência, provavelmente encontra explicação em dois factores: O rácio enfermeiro / utente e a implementação do projecto relativo à assistência no idoso (Saúde na Comunidade – Apoio domiciliário), o qual dotou esta instituição com meios que permitem um atendimento mais proficiente a este tipo população, logo às suas necessidades. Relativamente aos outros dois Centros de Saúde, provavelmente a causa da baixa frequência deste fenómeno está relacionada com o rácio enfermeiro/utente. Tendo em conta o número e tipo de fenómenos, que estes utentes manifestam não há disponibilidade para dar resposta muito para além dos que se reportam à condição inerente às patologias típicas desta população idosa.

Face às intervenções de enfermagem, cujo local de contacto é o centro de saúde, constatamos que, aparentemente, estas reflectem duas vertentes: os fenómenos comuns

à população alvo e o método de distribuição de trabalho. Sobressai que o conjunto de intervenções prestadas nos três Centros de Saúde, visam sobretudo a vigilância de saúde da população. Com efeito o tipo de acção mais expressivo é o *Observar*. Para além deste, realça-se também o *Executar* seguido do *Informar*. Podemos inferir daqui que a grande parte do tempo de enfermagem é gasto na produção de dados relativos à continuidade da vigilância de saúde dos utentes, cujo consumo é de âmbito de enfermagem e médico. Para além disso, contempla o “*desempenho de tarefas técnicas*” (ICN, 2000, p.156) e ainda munir a população de conhecimentos basilares à manutenção ou recuperação de saúde.

Relativamente à prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, quanto ao tipo de acção das intervenções, destacam-se sobretudo dois tipos: *Observar* e *Executar*. Parece-nos que a capacidade de comunicação versus cognição da população alvo dos cuidados, condiciona ao tipo e volume de intervenções a instituir. Daqui emerge uma questão: será que os enfermeiros desenvolvem uma baixa frequência de intervenções de enfermagem inerentes ao *Informar*, quando o local de contacto é o domicílio, dado os receptores serem na sua grande maioria pessoas idosas portadores de incapacidades várias que condicionam a capacidade de integração dos conhecimentos ministrados?

É conclusão deste trabalho que o tempo médio despendido pelos enfermeiros nas deslocações por contacto, aos domicílios, na amostra temporal seleccionada foi de 13’ e 15’’. A demora média no contacto situou-se nos 16’ e 26’’, pelo que o tempo despendido por contacto foi de 29’ e 41’’, o que claramente responde à terceira e quarta pergunta de partida. Deste modo podemos inferir que cerca de 50% deste tempo foi consumido em deslocações, restando igual parte para a prestação de cuidados no domicílio. No entanto esta razão pode ser substancialmente maior face ao grau de degradação das vias de comunicação, à adversidade das condições climatéricas entre outros... Sem dúvida que o “tempo” constitui um factor complexo cuja abordagem requer muita seriedade dada a preponderância que tem no cálculo da intensidade da carga de enfermagem e a multiplicidade de factores que o condicionam.

Por fim concluímos que o cálculo dos Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários é condicionado por múltiplos factores cuja preponderância é indiscutível, revestindo este processo de extrema complexidade. Com efeito num único instante temporal podem ser prestadas várias intervenções ou a mesma *Pessoa* pode ser portadora de várias entidades relevantes para o cuidado de enfermagem. Face ao disposto pensamos que esta problemática se configura como um aspecto merecedor de abordagens posteriores mais profundas, salientando-se, conforme o suportado pela literatura, que é fundamental estudar cada realidade afim de instituir maior rigor no cálculo da intensidade da carga do trabalho de enfermagem.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANA (American Nurses Association); "Joint Statement on Maintaining Professional and Legal Standards During a Shortage of Nursing Personnel"; ANA Board of Directors; EUA; 1992.
2. AFFARA, Fadwa; OGUISSO, Taka; " Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem"; Revista Brasileira de Enfermagem; Vol. 48; Brasília; 1995; pág. 423-435.
3. ALFARO-LeFEVRE; R.; "Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático; Artes Médicas; Porto Alegre; 1996.
4. ARCHER, L.;BISCAIA, J.; OSSWALD, W.; "Bioética"; Editorial Verbo; Lisboa; 1996.
5. ARNDT, Clara; HUCKABAY, L. M. D.; "Administração em Enfermagem"; Interamericana; Segunda Edição; Rio de Janeiro; 1983.
6. BARQUÍN, Manuel C.; "Administración en enfermería"; Interamericana – McGraw-Hill; Madrid; 1995.
7. BESSA, M. A.; Investigação em Enfermagem; Revista Portuguesa de Medicina Intensiva; Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos; Junho de 1994.
8. CAMAÑO-PUIG, R.; RINCÓN, O. F.; "Plantillas de Enfermería II – Procesos de medición y dinámicas de actuación"; Revista Rol de Enfermería; Volumen 23 n.º10; Barcelona; 2000; p. 727-731.
9. CAMAÑO-PUIG, R.; RINCÓN, O. F.; "Plantillas de Enfermería II – Procesos de medición y dinámicas de actuación"; Revista Rol de Enfermería; Volumen 23 n.º11; Barcelona; 2000; p. 761-764.
10. CERRO, Enrique Pacheco; "Administración de los servicios de enfermería"; Editorial Síntesis, S A; Madrid; 1995.
11. CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; "Metodología Científica: para uso dos estudantes universitarios"; 3ª Edição; McGraw-Hill; São Paulo; 1983, p.56.
12. CHAVERRI, Cecilio Eseverri; "Enfermería Hospitalaria – Planificación, dirección y control"; Editorial Médica y Técnica, S. A.; Barcelona; 1981.
13. COLLIÈRE, Marie-Françoise - Promover a Vida - Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989.
14. DOSSEY, B. M. et al.; "Holistic Nursing"; An Aspen Publication; Maryland;

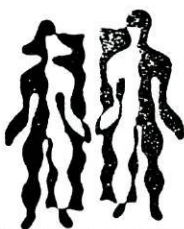
- 1995.
15. E.R.O.S. ; “PRN - Programme de Recherche en Nursing”; Ministère de la Solidarité ; Montréal ; 1987.
 16. EXCHAQUET, Nicole; ZUBLIN, Lina ; "Effectifs et Organisation – pour des soins infirmiers adéquats" ; Éditions du Centurion ; Paris ; 1980.
 17. FERRARI, Alfonso Trujillo; “Metodologia da Pesquisa Científica”; McGraw-Hill; São Paulo; 1982.
 18. FERNANDES, M. A.; "Algumas dificuldades que se colocam aos Enfermeiros com funções de Gestão no Serviço de Enfermagem"; Revista Enfermagem em Foco; Sindicato do Enfermeiros Portugueses; N.º 6; 1992; p. 58 - 63.
 19. FERRÚS, Lena; PORTELLA, Eduard; MATA, Rosa; “Determinación de estándares sobre cuidados enfermeros” Revista Rol de Enfermería n.º 153; Barcelona; 1991.
 20. FREDERICO, M.; LEITÃO, M. ^a; “Princípios de Administração para Enfermeiros”; Formasau; Coimbra; 1999.
 21. FUENTE, David Oterino et al; “Cuidados de Enfermería em Hospitalización a Domicilio y Hospitatización convencional”; Revista Española de Salud Pública; Asturias; 1999.
 22. GIL, António Carlos; “Métodos e Técnicas de Pesquisa Social”; Editora Atlas S. A.; São Paulo; 1995.
 23. GILLIES, Dee Ann; “Gestión de Enfermería – Una aproximación a los sistemas”; Ediciones Científicas y Técnicas, SA; Masson-Salvat; Barcelona; 1994.
 24. GOOSSEN, William - Uso de Registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia de enfermagem unificada - School of Nursing, Noordelijke Hogeschool Leeuwarden; Netherlands; 1999.
 25. ICN; “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE / ICNP”; IGIF; Lisboa; 1999.
 26. KURCGANT, P. et all; “Administração em Enfermagem; Editora Pedagógica e Universitária Lt^{da}; S. Paulo; 1991.
 27. LÓPEZ, Carmen C.; PISA, Rosa M. L. "Enfermería - Enfermería Comunitária"; Ediciones Científicas y Técnicas, S. A.; Barcelona; 1993; p. 35.
 28. MARRINER, A; “Administración y Liderazgo en Enfermería”; Harcourt Brace; Madrid; 1998.

29. McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M.; "Nursing Interventions Classification (NIC)"; Mosby; Second Edition; St. Louis; 1996.
30. NOGUEIRA, Manuel; "História da Enfermagem"; 2ª Edição; Edições Salesianas; Porto; 1990.
31. O'CONNOR, J.; EFURD, N.; "System predicts patient census, forecasts staffing needs, costs"; Hospitals; V. 52; n.º 16; 1978; p. 95 - 101.
32. OMS; "Metas de saúde para todos no ano 2000"; Lisboa; 1985; p. 138 - 151.
33. POLAND, Marilyn; ENGLISH, Nellie; THORNTON, Nancy; OWENS, Donna; "A System for Assessing and Meeting Patient Care Needs"; American Journal of Nursing; Vol. 70; July 1970.
34. POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.; "Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem"; Artes Médicas; 3ª Edição; porto Alegre; 1995.
35. POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P.; "Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud"; Nueve Editorial Interamericana, S. A.; 3ª Edición; México; 1991.
36. PRESADO, M. H. C. V. et all; "Cálculo de Necessidades de Pessoal de Enfermagem – Actualização da Fórmula da DGH / ITE – 1989"; Divisão de Estudos e Planeamento; Departamento de Recursos Humanos da Saúde; Lisboa; 1999.
37. QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V.; "Manual de Investigação em Ciências Sociais"; 2ª Edição; Lisboa; 1998.
38. REBELO, Mário Sarmiento; FERNANDES, Otília M. T.; MADEIRA, Maria P.; "Enfermagem - Análise de Funções"; Ministério da Saúde; Lisboa; 1990.
39. REINERT, Pamela; GRANT, Donald R.; "A Classification System to Meet Today's Needs"; Journal of Nursing Administration; Colorado; 1981.
40. RIBEIRO, Lisete Fradique; "Cuidar e Tratar"; Sindicato Dos Enfermeiros Portugueses; Lisboa; 1995.
41. RODRIGUES, Custódio - Afectividade - Edições Contraponto; Porto; 1989.
42. RODRIGUES, Custódio - "Manual de Psicologia 1- O que é e tem sido a psicologia"; Edições Contraponto; Porto; 1992.
43. TEMES, J. L. ; PASTOR, V. ; DÍAZ, J. L.; "Manual de Gestion Hospitalaria"; Interamericana – McGraw-Hill; Madrid; 1992.
44. TILQUIN, Charles; SAULNIER, Diane; VANDERSTRAETEN, Gidelieve; "El método PRN"; Revista Rol de Enfermería ; N.º 119-120 ; Barcelona ;1988 ; p.41 - 46.

45. TILQUIN, Charles; ROUSSEL, Bibiane; LEONARD, Gisèle ; CHEVALIER, Serge ; “Plaisir - Un sistema de evaluación continua” ; Revista Rol de Enfermería ; N.º 119-120 ; Barcelona ;1988 ; p.36 – 38.
46. TWINE, Anne; "Análise de funções"; Gradiva; Cadernos de Gestão; Lisboa; 1993.
47. VEIGA, B. S.; ABRANTES, I. M.; "5ª Conferência de investigação em enfermagem - O sistema de classificação de doentes em enfermagem no GDH 14 - Doenças Cerebrovasculares"; Revista Servir; n.º 4; 1995; p. 193 - 198.
48. VEIGA, M. B. S.; BARROS, M. I. M.; PEREIRA, M. T. Q.; SILVA, N. R.; “Sistema de classificação de Doentes baseado em graus de dependência de cuidados de enfermagem”; Enfermagem; n.º 10; 1987; p. 13 – 18.
49. WOLFE, H.; YOUNG, J. P.; “Staffing the Nursing Unit – I Controlled Variable Staffing”; Nursing Research; 1965.

ANEXOS

ANEXO I



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se, que foi autorizada a consulta dos registos de Enfermagem, relativos aos meses de Maio e Junho de 2000, dos Centros de Saúde de Ribeira de Pena, Santa Marta de Penaguião e Vila Pouca de Aguiar, para concretização da Tese de Mestrado “ **Recursos de Enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários - Estudo de uma Metodologia de Cálculo**”, ao Sr. Paulo Alexandre Puga Machado, Assistente na Escola Superior de Enfermagem de S. João e aluno do 6º Curso de Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomedicas de Abel Salazar.

Vila Real, 11 de Junho de 2001

O Coordenador da Sub-Região

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke, positioned below the text 'O Coordenador da Sub-Região'.

ANEXO II

Quadro 1 - Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no próprio Centro de Saúde de Ribeira de Pena.

Fenómeno	f(x)	%
Planeamento familiar	143	33,0%
Infância	93	21,5%
Gravidez	48	11,1%
Desempenho dos papeis	36	8,3%
Vinculação	14	3,2%
Úlcera*	11	2,5%
Falta de conhecimento	10	2,3%
Ferida traumática*	10	2,3%
Precauções de segurança	8	1,8%
Hipertermia	10	2,3%
Ferida*	7	1,6%
Amamentação	5	1,2%
Mastigação	6	1,4%
Hipertensão sanguínea	4	0,9%
Ferida cirúrgica*	4	0,9%
Sucção	3	0,7%
Menopausa	3	0,7%
Obesidade	2	0,5%
Eructação	3	0,7%
Incontinência urinária	2	0,5%
Incontinência total	2	0,5%
Dispneia	1	0,2%
Regimen terapêutico prescrito	1	0,2%
Alterações auditivas	1	0,2%
Malabsorção	1	0,2%
Dor	1	0,2%
Limpeza das vias aéreas	1	0,2%
Úlcera de pressão*	1	0,2%
Vómito	1	0,2%
Alterações visuais	1	0,2%
Total	433	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

Quadro 2 - Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no domicílio em Ribeira de Pena.

Fenómeno	f(x)	%
Ferida cirúrgica*	88	38,8%
Úlcera de pressão*	71	31,3%
Falta de conhecimento	7	3,1%
Hipertensão sanguínea	6	2,6%
Regimen terapêutico prescrito**	6	2,6%
Auto cuidado: uso do W.C.**	4	1,8%
Auto cuidado: higiene**	3	1,3%
Dor	3	1,3%
Auto cuidado: levante**	3	1,3%
Imobilidade parcial	3	1,3%
Auto cuidado: alimentação**	3	1,3%
Auto cuidado: vestir-se/despirm-se**	3	1,3%
Exaustão do cuidador	3	1,3%
Capacidade de cuidar	3	1,3%
Conflito de papeis parentais	3	1,3%
Pobreza	3	1,3%
Habitação inadequada	2	0,9%
Auto cuidado: transferência**	2	0,9%
Coping familiar ineficaz	2	0,9%
Incontinência urinária	2	0,9%
Habitação	2	0,9%
Auto cuidado: posicionamento**	2	0,9%
Precauções de segurança**	1	0,4%
Actividades da vida diária**	1	0,4%
Gravidez	1	0,4%
Total	227	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

** Fenómenos de Enfermagem que integram Autocuidado

Quadro 3 - *Fenómenos de Enfermagem* que motivaram Cuidados de Enfermagem no próprio Centro de Saúde Santa Marta de Penaguião.

Fenómeno	f(x)	%
Planeamento Familiar	102	16,5%
Ferida traumática*	86	13,9%
Infância	75	12,1%
Ferida cirúrgica*	65	10,5%
Hipertensão sanguínea	63	10,2%
Precauções de segurança	57	9,2%
Desempenho dos papéis	42	6,8%
Falta de conhecimento	41	6,6%
Úlcera*	28	4,5%
Mastigação	13	2,1%
Regímen terapêutico prescrito	9	1,5%
Gravidez	8	1,3%
Vinculação	5	0,8%
Deglutição	5	0,8%
Ferida*	4	0,6%
Malabsorção	3	0,5%
Sucção	3	0,5%
Auto cuidado: higiene	3	0,5%
Úlcera de pressão*	3	0,5%
Eructação	2	0,3%
Amamentação	1	0,2%
Total	618	100,0%

* *Fenómenos de Enfermagem* que integram *Tegumentos*

Quadro 4 - Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no domicílio em Santa Marta de Penaguião.

Fenómeno	f(x)	%
Ferida traumática*	35	25,4%
Úlcera*	29	21,0%
Úlcera de pressão*	22	15,9%
Precauções de segurança**	9	6,5%
Auto cuidado: transferência**	4	2,9%
Auto cuidado: posicionamento**	4	2,9%
Auto cuidado: higiene**	3	2,2%
Auto cuidado: alimentação**	3	2,2%
Habitação	3	2,2%
Regímen terapêutico prescrito**	3	2,2%
Exaustão do cuidador	3	2,2%
Pobreza	3	2,2%
Auto cuidado: uso do W.C.**	2	1,4%
Capacidade de cuidar	2	1,4%
Coping familiar ineficaz	2	1,4%
Auto cuidado: levantar**	2	1,4%
Actividades da vida diária**	2	1,4%
Falta de conhecimento	2	1,4%
Ferida cirúrgica*	2	1,4%
Auto cuidado: vestir-se/despir-se**	2	1,4%
Conflito de papeis parentais	1	0,7%
Total	138	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

** Fenómenos de Enfermagem que integram Autocuidado

Quadro 5 - Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no próprio do Centro de Saúde Vila Pouca de Aguiar.

Fenómeno	f(x)	%
Ferida traumática*	649	17,3%
Hipertensão sanguínea	417	11,1%
Ferida cirúrgica*	375	10,0%
Planeamento familiar	351	9,4%
Precauções de segurança	346	9,2%
Infância	291	7,8%
Desempenho dos papéis	216	5,8%
Vinculação	180	4,8%
Deglutição	144	3,8%
Mastigação	139	3,7%
Úlcera*	107	2,9%
Gravidez	102	2,7%
Ferida*	99	2,6%
Dispneia	68	1,8%
Falta de conhecimento	64	1,7%
Sucção	61	1,6%
Regímen terapêutico prescrito	36	1,0%
Erução	25	0,7%
Menopausa	19	0,5%
Auto cuidado: higiene	10	0,3%
Amamentação	10	0,3%
Enurese	9	0,2%
Malabsorção	7	0,2%
Eliminação urinária	4	0,1%
Úlcera de pressão*	4	0,1%
Hipertermia	3	0,1%
Auto cuidado	3	0,1%
Eliminação fecal	2	0,1%
Fertilidade	1	0,0%
Lactação	1	0,0%
Total	3743	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

Quadro 6 - Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no domicílio em Vila Pouca de Aguiar.

Fenómeno	Contar	%
Hipertensão sanguínea	96	30,1%
Úlcera*	77	24,1%
Ferida*	54	16,9%
Ferida cirúrgica*	37	11,6%
Úlcera de pressão*	27	8,5%
Precauções de segurança	19	6,0%
Ferida traumática*	7	2,2%
Planeamento familiar	1	0,3%
Menopausa	1	0,3%
Total	319	100,0%

* *Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos*

** *Fenómenos de Enfermagem que integram Autocuidado*

Quadro 7 – Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no próprio Centro de Saúde nos três Centros de Saúde.

Fenómeno	f(x)	%
Ferida traumática*	745	15,5%
Planeamento familiar	596	12,4%
Hipertensão sanguínea	484	10,1%
Infância	459	9,6%
Ferida cirúrgica*	444	9,3%
Precauções de segurança	411	8,6%
Desempenho dos papéis	294	6,1%
Vinculação	199	4,2%
Mastigação	158	3,3%
Gravidez	158	3,3%
Deglutição	149	3,1%
Úlcera*	146	3,0%
Falta de conhecimento	115	2,4%
Ferida*	110	2,3%
Dispneia	69	1,4%
Sucção	67	1,4%
Regímen terapêutico prescrito	46	1,0%
Eructação	30	0,6%
Menopausa	22	0,5%
Amamentação	16	0,3%
Auto cuidado: higiene	13	0,3%
Hipertermia	13	0,3%
Malabsorção	11	0,2%
Enurese	9	0,2%
Úlcera de pressão*	8	0,2%
Eliminação urinária	4	0,1%
Auto cuidado	3	0,1%
Eliminação fecal	2	0,0%
Incontinência total	2	0,0%
Incontinência urinária	2	0,0%
Obesidade	2	0,0%
Alterações auditivas	1	0,0%
Vômito	1	0,0%
Limpeza das vias aéreas	1	0,0%
Fertilidade	1	0,0%
Dor	1	0,0%
Alterações visuais	1	0,0%
Lactação	1	0,0%
Total	4794	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

Quadro 8 – Fenómenos de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem que motivaram Cuidados de Enfermagem no domicílio nos três Centros de Saúde.

Fenómeno	f(x)	%
Ferida cirúrgica*	127	18,6%
Úlcera de pressão*	120	17,5%
Úlcera*	106	15,5%
Hipertensão sanguínea	102	14,9%
Ferida*	54	7,9%
Ferida traumática*	42	6,1%
Precauções de segurança**	29	4,2%
Falta de conhecimento	9	1,3%
Regímen terapêutico prescrito**	9	1,3%
Auto cuidado: posicionamento**	6	0,9%
Auto cuidado: transferência**	6	0,9%
Auto cuidado: alimentação**	6	0,9%
Auto cuidado: uso do W.C.**	6	0,9%
Pobreza	6	0,9%
Exaustão do cuidador	6	0,9%
Auto cuidado: higiene**	6	0,9%
Capacidade de cuidar	5	0,7%
Auto cuidado: vestir-se/despir-se**	5	0,7%
Habitação	5	0,7%
Auto cuidado: levante**	5	0,7%
Conflito de papeis parentais	4	0,6%
Coping familiar ineficaz	4	0,6%
Dor	3	0,4%
Actividades da vida diária**	3	0,4%
Imobilidade parcial	3	0,4%
Incontinência urinária	2	0,3%
Habitação inadequada	2	0,3%
Gravidez	1	0,1%
Menopausa	1	0,1%
Planeamento familiar	1	0,1%
Total	684	100,0%

* Fenómenos de Enfermagem que integram Tegumentos

** Fenómenos de Enfermagem que integram Autocuidado

ANEXO III

Quadro 1 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no próprio Centro de Saúde, no Centro de Saúde de Ribeira de Pena.

Intervenções	f(x)	%
Executar Pensos: Ferida por procedimento	372	20,6%
Monitorizar Tensão arterial	193	10,7%
Pesar Pessoa	190	10,5%
Supervisar Imunização	106	5,9%
Monitorizar Altura/peso corporal	90	5,0%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	77	4,3%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	58	3,2%
Monitorizar Espécimes: Urina	52	2,9%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	40	2,2%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	38	2,1%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	38	2,1%
Vigiar Gravidez por procedimento	37	2,1%
Instruir (auto-exame da mama)	32	1,8%
Monitorizar (altura uterina)	31	1,7%
Monitorizar (perímetro cefálico)	29	1,6%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	29	1,6%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	27	1,5%
Colectar Tecido (colo do útero)	20	1,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Vacinação	19	1,1%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	17	0,9%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	17	0,9%
Lavar Ouvido(s)	14	0,8%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	13	0,7%
Ensinar Sinais: Parto	12	0,7%
Incentivar Consulta médica: Gravidez	11	0,6%
Vigiar Vinculação por procedimento	11	0,6%
Remover (pontos)	10	0,6%
Registar (dum)	9	0,5%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	9	0,5%
Monitorizar (glicemia capilar)	9	0,5%
Ensinar Sinais: Aborto	9	0,5%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	9	0,5%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	8	0,4%
Ensinar Actividade física (diabetes)	8	0,4%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	8	0,4%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	7	0,4%
Monitorizar Temperatura corporal	9	0,5%
Referir Hipertermia: Médico	6	0,3%
Planear Parto	6	0,3%
Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento	5	0,3%
Ensinar Desempenho dos papéis: Infância	5	0,3%
Programar Refeição	5	0,3%
Incentivar Amamentação	5	0,3%

Programar Dieta	5	0,3%
Colectar Sangue: Recém nascido	4	0,2%
Trocar Cateter urinário	4	0,2%
Incentivar Hábitos de exercício	4	0,2%
Programar Hidratação	4	0,2%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	4	0,2%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	4	0,2%
Vigiar (coto umbilical)	4	0,2%
Promover Vinculação	3	0,2%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	3	0,2%
Incentivar Hidratação	3	0,2%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	2	0,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Vacinação	2	0,1%
Monitorizar (perímetro cefálico)	2	0,1%
Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento	2	0,1%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	2	0,1%
Encorajar Desempenho dos papeis	2	0,1%
Ensinar Precauções de segurança: Dispneia	2	0,1%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	2	0,1%
Ensinar por procedimento (cuidados ao recém-nascido)	2	0,1%
Instruir (técnica de arrefecimento natural)	2	0,1%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	2	0,1%
Incentivar (Auto exame da mama)	2	0,1%
Motivar Desempenho dos papeis	2	0,1%
Incentivar Eructação: Lactente	2	0,1%
Monitorizar Frequência respiratória	2	0,1%
Referir Dispneia: Médico	2	0,1%
Instruir Amamentação por procedimento	2	0,1%
Promover Adaptação individual	2	0,1%
Promover Adaptação individual (escola)	1	0,1%
Promover Adaptação individual: Menopausa	1	0,1%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	1	0,1%
Vigiar Gravidez por procedimento	1	0,1%
Incentivar Eructação: Lactente	1	0,1%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	0,1%
Vigiar Penso	1	0,1%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	1	0,1%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	0,1%
Referir Úlcera de pressão: Médico	1	0,1%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hábitos nutricionais	1	0,1%
Ensinar Precauções de segurança (Dermite das fraldas)	1	0,1%
Identificar Alterações auditivas: Criança (fase escolar)	1	0,1%
Identificar Alterações visuais: Criança (fase escolar)	1	0,1%
Colectar Tecido (colo do útero)	1	0,1%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	1	0,1%
Prevenir Aspiração	1	0,1%
Incentivar Hábitos alimentares	1	0,1%
Programar Refeição	1	0,1%

Informar (direitos na maternidade)	1	0,1%
Instruir Eructação: Lactente	1	0,1%
Encaminhar Planeamento familiar	1	0,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito (Dermite das fraldas)	1	0,1%
Pesar Lactente	1	0,1%
Identificar Hábitos nutricionais	1	0,1%
Ensinar Auto cuidado: higiene (Dermite das fraldas)	1	0,1%
Total	1804	100,0%

Quadro 2 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no domicílio no Centro de Saúde de Ribeira de Pena

Intervenções	f(x)	%
Vigiar Penso	159	18.8%
Executar Penso: Ferida por procedimento	148	17.5%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	82	9.7%
Vigiar Hemorragia	52	6.2%
Vigiar Ferida: Úlcera	51	6.0%
Apoiar Pessoa (emocionalmente)	36	4.3%
Posicionar Pessoa	34	4.0%
Programar Regímen terapêutico prescrito (Analgésico)	32	3.8%
Incentivar Regímen terapêutico prescrito (Analgésico)	31	3.7%
Providenciar Dispositivos	31	3.7%
Posicionar Braço	30	3.6%
Incentivar Auto cuidado: higiene	30	3.6%
Vigiar Integridade dos tegumentos	30	3.6%
Referir Alteração da integridade dos tegumentos: Médico	20	2.4%
Referir Úlcera de pressão: Médico	10	1.2%
Monitorizar Tensão arterial	7	0.8%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	6	0.7%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	6	0.7%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	5	0.6%
Escutar Prestador de cuidados	4	0.5%
Instruir Regímen terapêutico prescrito: Insulina	2	0.2%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidular insuficiente por procedimento	2	0.2%
Promover Adaptação individual	2	0.2%
Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina	2	0.2%
Trocar Cateter urinário	2	0.2%
Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados	2	0.2%
Programar Hidratação	2	0.2%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	1	0.1%
Inserir Cateter urinário	1	0.1%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	1	0.1%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	0.1%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	1	0.1%
Colocar Dispositivo urinário	1	0.1%
Assistir Auto cuidado: transferência	1	0.1%
Assistir Auto cuidado: posicionamento	1	0.1%
Incentivar Família (visita)	1	0.1%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	1	0.1%
Vigiar Gravidez por procedimento	1	0.1%
Vigiar Eliminação urinária	1	0.1%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem	1	0.1%
Remover (pontos)	1	0.1%
Promover Desempenho dos papeis	1	0.1%
Promover Capacidade de cuidar	1	0.1%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	1	0.1%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	1	0.1%

Instruir Auto cuidado: higiene	1	0.1%
Apoiar emocionalmente Família	1	0.1%
Monitorizar (glicemia capilar)	1	0.1%
Instruir Técnica de transferência	1	0.1%
Instruir Técnica de posicionamento	1	0.1%
Instruir Técnica de alimentação	1	0.1%
Instruir Auto cuidado: levante	1	0.1%
Pesar Pessoa	1	0.1%
Total	844	100.0%

Quadro 3 – Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no próprio Centro de Saúde, no Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião.

Intervenções	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	177	9,6%
Vigiar Penso	157	8,5%
Executar Penso: Ferida por procedimento	155	8,4%
Vigiar Ferida: Úlcera	138	7,5%
Pesar Pessoa	117	6,3%
Monitorizar Altura/peso corporal	106	5,7%
Supervisar Imunização	103	5,6%
Instruir (auto-exame da mama)	71	3,8%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	70	3,8%
Monitorizar (perímetro cefálico)	61	3,3%
Monitorizar (glicemia capilar)	57	3,1%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	54	2,9%
Registar (dum)	53	2,9%
Colectar Tecido (colo do útero)	31	1,7%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	31	1,7%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	27	1,5%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	25	1,4%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Vacinação	24	1,3%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidular insuficiente por procedimento	24	1,3%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	22	1,2%
Distribuir Medicação (contraceptivo oral)	21	1,1%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	20	1,1%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	20	1,1%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	17	0,9%
Incentivar (Auto exame da mama)	16	0,9%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	16	0,9%
Programar Dieta	15	0,8%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	13	0,7%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	13	0,7%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	12	0,6%
Ensinar Actividade física (diabetes)	12	0,6%
Incentivar Hábitos de exercício	12	0,6%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	11	0,6%
Referir Médico (leucorreia pruriginosa)	10	0,5%
Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea	10	0,5%
Programar Refeição	9	0,5%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	9	0,5%
Vigiar Gravidez por procedimento	8	0,4%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	8	0,4%
Monitorizar (altura uterina)	7	0,4%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	6	0,3%
Encorajar Desempenho dos papeis	6	0,3%

Programar Hidratação	6	0,3%
Treinar Mama (auto-exame)	5	0,3%
Referir Médico (dismenorreia)	4	0,2%
Referir Médico (dispareunia)	4	0,2%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	4	0,2%
Promover Adaptação individual (ama/creche)	3	0,2%
Motivar Desempenho dos papéis	3	0,2%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	3	0,2%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	3	0,2%
Remover (pontos)	3	0,2%
Prevenir Aspiração	3	0,2%
Monitorizar Espécimes: Urina	3	0,2%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	2	0,1%
Incentivar Eructação: Lactente	2	0,1%
Instruir Auto cuidado: higiene	2	0,1%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	2	0,1%
Instruir Técnica de alimentação	2	0,1%
Lavar Ouvido(s)	2	0,1%
Vigiar (coto umbilical)	2	0,1%
Instruir Regimen terapêutico prescrito: Insulina	2	0,1%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	1	0,1%
Vigiar Sinais: Hipoglicemia	1	0,1%
Colectar Sangue: Recém nascido	1	0,1%
Vigiar Sinais: Hiperglicemia	1	0,1%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	0,1%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	1	0,1%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	1	0,1%
Pesar Lactente	1	0,1%
Ensinar Sinais: Aborto	1	0,1%
Ensinar Actividade física (diabetes)	1	0,1%
Informar (direitos na maternidade)	1	0,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	0,1%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	1	0,1%
Promover Adaptação individual (escola)	1	0,1%
Total	1848	100,0%

Quadro 4 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no domicílio no Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião.

Intervenções	f(x)	%
Vigiar Penso	85	25,7%
Vigiar Ferida: Úlcera	65	19,6%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	49	14,8%
Executar Penso: Ferida por procedimento	39	11,8%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	24	7,3%
Monitorizar (glicemia capilar)	9	2,7%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	4	1,2%
Programar Hidratação	4	1,2%
Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados	3	0,9%
Solicitar Serviços domiciliários	3	0,9%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	2	0,6%
Massajar Costas	2	0,6%
Apoiar emocionalmente Família	2	0,6%
Instruir Regimen terapêutico prescrito: Insulina	2	0,6%
Escutar Prestador de cuidados	2	0,6%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	2	0,6%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	2	0,6%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	2	0,6%
Ensinar Actividade física (diabetes)	2	0,6%
Encaminhar (centro de dia)	2	0,6%
Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento	2	0,6%
Posicionar Pessoa	2	0,6%
Transferir Pessoa [Cama]	2	0,6%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	2	0,6%
Promover (expressão de sentimentos)	1	0,3%
Vigiar Refeição	1	0,3%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	0,3%
Transferir Pessoa [Cadeira]	1	0,3%
Remover (pontos)	1	0,3%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	0,3%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	0,3%
Lavar Boca	1	0,3%
Promover Capacidade de cuidar	1	0,3%
Monitorizar Tensão arterial	1	0,3%
Programar Dieta	1	0,3%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	0,3%
Informar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	0,3%
Instruir Auto cuidado: higiene	1	0,3%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	1	0,3%
Presença	1	0,3%
Planear Auto cuidado	1	0,3%
Promover Comunicação: Família	1	0,3%
Total	331	100,0%

Quadro 5 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no próprio Centro de Saúde, no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar.

Intervenções	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	1290	15,7%
Monitorizar Tensão arterial	888	10,8%
Vigiar Ferida: Úlcera	840	10,2%
Vigiar Penso	793	9,7%
Monitorizar Altura/peso corporal	582	7,1%
Monitorizar (glicemia capilar)	403	4,9%
Supervisar Imunização	373	4,5%
Pesar Pessoa	295	3,6%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	253	3,1%
Monitorizar Espécimes: Urina	233	2,8%
Monitorizar (perímetro cefálico)	157	1,9%
Remover (pontos)	157	1,9%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	152	1,9%
Registrar (dum)	151	1,8%
Instruir (auto-exame da mama)	124	1,5%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	115	1,4%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	107	1,3%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Vacinação	76	0,9%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	75	0,9%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	67	0,8%
Incentivar Hábitos de exercício	63	0,8%
Vigiar Gravidez por procedimento	60	0,7%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	58	0,7%
Lavar Ouvido(s)	44	0,5%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	40	0,5%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	38	0,5%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	33	0,4%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	32	0,4%
Monitorizar (altura uterina)	32	0,4%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	31	0,4%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	31	0,4%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	28	0,3%
Colectar Tecido (colo do útero)	27	0,3%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	26	0,3%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	26	0,3%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	22	0,3%
Incentivar Consulta médica: Gravidez	21	0,3%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	21	0,3%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	21	0,3%
Vigiar (coto umbilical)	19	0,2%
Ensinar Actividade física (diabetes)	18	0,2%
Programar Dieta	17	0,2%
Programar Refeição	16	0,2%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	15	0,2%
Instruir Técnica de alimentação	14	0,2%
Promover Adaptação individual (escola)	14	0,2%

Prevenir Aspiração	13	0,2%
Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea	13	0,2%
Colectar Sangue: Recém nascido	13	0,2%
Ensinar Sinais: Aborto	13	0,2%
Informar (direitos na maternidade)	12	0,1%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	12	0,1%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	11	0,1%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	10	0,1%
Ensinar Sinais: Parto	9	0,1%
Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento	9	0,1%
Ensinar por procedimento (cuidados ao recém-nascido)	7	0,1%
Instruir Auto cuidado: higiene	7	0,1%
Executar Penso: Ferida por procedimento	7	0,1%
Monitorizar Tensão arterial	7	0,1%
Referir Hipertensão sanguínea: Médico	6	0,1%
Monitorizar (glicemia capilar)	6	0,1%
Promover Adaptação individual (ama/creche)	6	0,1%
Motivar Desempenho dos papeis	6	0,1%
Planear Parto	5	0,1%
Incentivar Eructação: Lactente	5	0,1%
Monitorizar Altura/peso corporal	5	0,1%
Inserir Cateter urinário	5	0,1%
Incentivar Amamentação	4	0,0%
Ensinar Auto cuidado: higiene - Mama	4	0,0%
Remover (Agrafos)	4	0,0%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	4	0,0%
Pesar Lactente	3	0,0%
Encorajar Desempenho dos papeis	3	0,0%
Monitorizar Pulso	3	0,0%
Vigiar Penso	3	0,0%
Restringir Hidratação: Sono [Antes]	3	0,0%
Ensinar Funções fisiológicas: Menopausa	3	0,0%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	3	0,0%
Vigiar Ferida: Úlcera	3	0,0%
Vigiar Imunização	2	0,0%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	2	0,0%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	2	0,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	2	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	2	0,0%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	2	0,0%
Ensinar Actividade física (diabetes)	2	0,0%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	2	0,0%
Instruir Eructação: Lactente	2	0,0%
Colectar Produtos orgânicos eliminados: Úlcera por procedimento	2	0,0%
Informar (recursos comunitários)	2	0,0%
Referir Ferida: Médico (sinais inflamatórios)	2	0,0%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	2	0,0%
Identificar Hábitos alimentares	2	0,0%
Monitorizar Espécimes: Urina	2	0,0%

Remover (calosidades)	2	0,0%
Aconselhar Nutrição: Amamentação	1	0,0%
Aconselhar Hidratação	1	0,0%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	1	0,0%
Supervisar Imunização	1	0,0%
Monitorizar Pulso	1	0,0%
Monitorizar (perímetro cefálico)	1	0,0%
Incentivar Hábitos de exercício	1	0,0%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	1	0,0%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	1	0,0%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	1	0,0%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	1	0,0%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	1	0,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Vacinação	1	0,0%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	1	0,0%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	0,0%
Inserir Sonda naso-gástrica	1	0,0%
Vigiar Ferida traumática (queimadura)	1	0,0%
Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina	1	0,0%
Treinar Amamentação	1	0,0%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	0,0%
Remover Cateter urinário	1	0,0%
Referir Hipertermia: Médico	1	0,0%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	0,0%
Referir Ferida traumática: Médico	1	0,0%
Monitorizar Temperatura corporal	1	0,0%
Instruir Reflexo de sucção	1	0,0%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	0,0%
Incentivar Consulta médica	1	0,0%
Instruir (técnica de arrefecimento natural)	1	0,0%
Discutir Crenças errôneas: Enurese	1	0,0%
Incentivar Hidratação	1	0,0%
Incentivar Eliminação urinária: Sono [Antes]	1	0,0%
Vigiar Vinculação por procedimento	1	0,0%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	0,0%
Identificar Hábitos nutricionais	1	0,0%
Identificar Hábitos de sono	1	0,0%
Espargir o seio	1	0,0%
Ensinar Sinais: Hipotensão sanguínea	1	0,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Hipotensão sanguínea	1	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento	1	0,0%
Discutir Crenças: Menopausa	1	0,0%
Instruir Amamentação por procedimento	1	0,0%
Total	8200	100,0%

Quadro 6 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no domicílio no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar

Intervenções	f(x)	%
Vigiar Ferida: Úlcera	178	22.9%
Vigiar Penso	176	22.7%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	117	15.1%
Executar Penso: Ferida por procedimento	113	14.5%
Monitorizar Tensão arterial	98	12.6%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	26	3.3%
Monitorizar (glicemia capilar)	19	2.4%
Incentivar Hábitos de exercício	14	1.8%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	9	1.2%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	4	0.5%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	4	0.5%
Inserir Sonda naso-gástrica	3	0.4%
Pesar Pessoa	2	0.3%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	2	0.3%
Remover (pontos)	2	0.3%
Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento	2	0.3%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	1	0.1%
Colocar Dispositivo urinário	1	0.1%
Colectar Tecido (colo do útero)	1	0.1%
Identificar Hábitos alimentares	1	0.1%
Referir Ferida cirúrgica: Médico	1	0.1%
Registar (data da última menstruação)	1	0.1%
Supervisar Imunização	1	0.1%
Gerir (recursos económicos)	1	0.1%
Total	777	100.0%

Quadro 7 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no próprio Centro de Saúde, nos três Centros de Saúde.

Intervenções	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	1824	15,4%
Monitorizar Tensão arterial	1265	10,7%
Vigiar Ferida: Úlcera	981	8,3%
Vigiar Penso	954	8,0%
Monitorizar Altura/peso corporal	783	6,6%
Pesar Pessoa	602	5,1%
Supervisar Imunização	583	4,9%
Monitorizar (glicemia capilar)	475	4,0%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	401	3,4%
Monitorizar Espécimes: Urina	290	2,4%
Monitorizar (perímetro cefálico)	250	2,1%
Instruir (auto-exame da mama)	226	1,9%
Registar (dum)	213	1,8%
Remover (pontos)	170	1,4%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	170	1,4%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	146	1,2%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	139	1,2%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Vacinação	122	1,0%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	120	1,0%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	118	1,0%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	117	1,0%
Vigiar Gravidez por procedimento	106	0,9%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	86	0,7%
Incentivar Hábitos de exercício	80	0,7%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	80	0,7%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	79	0,7%
Colectar Tecido (colo do útero)	79	0,7%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	75	0,6%
Monitorizar (altura uterina)	69	0,6%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	62	0,5%
Lavar Ouvido(s)	60	0,5%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	58	0,5%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidular insuficiente por procedimento	54	0,5%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	53	0,4%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	51	0,4%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	44	0,4%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	43	0,4%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	41	0,3%
Ensinar Actividade física (diabetes)	38	0,3%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	38	0,3%
Programar Dieta	37	0,3%
Incentivar Consulta médica: Gravidez	32	0,3%
Programar Refeição	30	0,3%
Vigiar (coto umbilical)	25	0,2%
Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea	23	0,2%

Ensinar Sinais: Aborto	23	0,2%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	23	0,2%
Distribuir Medicação (contraceptivo oral)	21	0,2%
Ensinar Sinais: Parto	21	0,2%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	19	0,2%
Colectar Sangue: Recém nascido	18	0,2%
Incentivar (Auto exame da mama)	18	0,2%
Prevenir Aspiração	17	0,1%
Promover Adaptação individual (escola)	16	0,1%
Instruir Técnica de alimentação	16	0,1%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	16	0,1%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	15	0,1%
Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento	14	0,1%
Informar (direitos na maternidade)	14	0,1%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	12	0,1%
Vigiar Vinculação por procedimento	12	0,1%
Motivar Desempenho dos papeis	11	0,1%
Planear Parto	11	0,1%
Encorajar Desempenho dos papeis	11	0,1%
Referir Médico (leucorreia pruriginosa)	10	0,1%
Programar Hidratação	10	0,1%
Ensinar por procedimento (cuidados ao recém-nascido)	9	0,1%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	9	0,1%
Incentivar Eructação: Lactente	9	0,1%
Incentivar Amamentação	9	0,1%
Instruir Auto cuidado: higiene	9	0,1%
Promover Adaptação individual (ama/creche)	9	0,1%
Monitorizar Temperatura corporal	10	0,1%
Referir Hipertermia: Médico	7	0,1%
Referir Hipertensão sanguínea: Médico	6	0,1%
Inserir Cateter urinário	5	0,0%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	5	0,0%
Pesar Lactente	5	0,0%
Treinar Mama (auto-exame)	5	0,0%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	5	0,0%
Referir Médico (dispareunia)	4	0,0%
Incentivar Hidratação	4	0,0%
Trocar Cateter urinário	4	0,0%
Referir Médico (dismenorreia)	4	0,0%
Remover (Agrafos)	4	0,0%
Ensinar Auto cuidado: higiene - Mama	4	0,0%
Ensinar Funções fisiológicas: Menopausa	3	0,0%
Restringir Hidratação: Sono [Antes]	3	0,0%
Instruir (técnica de arrefecimento natural)	3	0,0%
Ensinar Actividade física (diabetes)	3	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento	3	0,0%
Promover Vinculação	3	0,0%
Monitorizar Pulso	3	0,0%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	3	0,0%
Instruir Eructação: Lactente	3	0,0%

Instruir Amamentação por procedimento	3	0,0%
Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina	3	0,0%
Remover (calosidades)	2	0,0%
Vigiar Imunização	2	0,0%
Identificar Hábitos nutricionais	2	0,0%
Colectar Produtos orgânicos eliminados: Úlcera por procedimento	2	0,0%
Promover Adaptação individual	2	0,0%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	2	0,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	2	0,0%
Instruir Regímen terapêutico prescrito: Insulina	2	0,0%
Monitorizar Frequência respiratória	2	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	2	0,0%
Identificar Hábitos alimentares	2	0,0%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	2	0,0%
Referir Dispneia: Médico	2	0,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	2	0,0%
Informar (recursos comunitários)	2	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Dispneia	2	0,0%
Referir Ferida: Médico (sinais inflamatórios)	2	0,0%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	2	0,0%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	1	0,0%
Incentivar Eructação: Lactente	1	0,0%
Vigiar Sinais: Hipoglicemia	1	0,0%
Monitorizar Pulso	1	0,0%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	1	0,0%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	0,0%
Monitorizar (altura uterina)	1	0,0%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	1	0,0%
Identificar Hábitos de sono	1	0,0%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	0,0%
Referir Ferida traumática: Médico	1	0,0%
Promover Adaptação individual: Menopausa	1	0,0%
Espargir o seio	1	0,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito (Dermite das fraldas)	1	0,0%
Identificar Alterações visuais: Criança (fase escolar)	1	0,0%
Ensinar Precauções de segurança: Hipotensão sanguínea	1	0,0%
Incentivar Consulta médica	1	0,0%
Instruir Reflexo de sucção	1	0,0%
Incentivar Eliminação urinária: Sono [Antes]	1	0,0%
Incentivar Hábitos alimentares	1	0,0%
Inserir Sonda naso-gástrica	1	0,0%
Identificar Alterações auditivas: Criança (fase escolar)	1	0,0%
Encaminhar Planeamento familiar	1	0,0%
Aconselhar Hidratação	1	0,0%
Aconselhar Nutrição: Amamentação	1	0,0%
Vigiar Sinais: Hiperglicemia	1	0,0%
Discutir Crenças erróneas: Enurese	1	0,0%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	0,0%
Vigiar Ferida traumática (queimadura)	1	0,0%

Programar Refeição	1	0,0%
Treinar Amamentação	1	0,0%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hábitos nutricionais	1	0,0%
Ensinar Auto cuidado: higiene (Dermite das fraldas)	1	0,0%
Remover Cateter urinário	1	0,0%
Referir Úlcera de pressão: Médico	1	0,0%
Ensinar Precauções de segurança (Dermite das fraldas)	1	0,0%
Discutir Crenças: Menopausa	1	0,0%
Total	11852	100,0%

Quadro 8 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem prestadas no domicílio, nos três Centros de Saúde.

Intervenções	f(x)	%
Vigiar Penso	420	21,5%
Executar Penso: Ferida por procedimento	300	15,4%
Vigiar Ferida: Úlcera	294	15,1%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	166	8,5%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	132	6,8%
Monitorizar Tensão arterial	106	5,4%
Vigiar Hemorragia	52	2,7%
Posicionar Pessoa	36	1,8%
Apoiar Pessoa (emocionalmente)	36	1,8%
Programar Regimen terapêutico prescrito (Analgésico)	32	1,6%
Incentivar Regimen terapêutico prescrito (Analgésico)	31	1,6%
Providenciar Dispositivos	31	1,6%
Incentivar Auto cuidado: higiene	30	1,5%
Vigiar Integridade dos tegumentos	30	1,5%
Posicionar Braço	30	1,5%
Monitorizar (glicemia capilar)	29	1,5%
Referir Alteração da integridade dos tegumentos: Médico	20	1,0%
Incentivar Hábitos de exercício	14	0,7%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	10	0,5%
Referir Úlcera de pressão: Médico	10	0,5%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	9	0,5%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	9	0,5%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	8	0,4%
Escutar Prestador de cuidados	6	0,3%
Programar Hidratação	6	0,3%
Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados	5	0,3%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	4	0,2%
Instruir Regimen terapêutico prescrito: Insulina	4	0,2%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	4	0,2%
Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento	4	0,2%
Remover (pontos)	4	0,2%
Inserir Sonda naso-gástrica	3	0,2%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	3	0,2%
Apoiar emocionalmente Família	3	0,2%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	3	0,2%
Solicitar Serviços domiciliários	3	0,2%
Pesar Pessoa	3	0,2%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	3	0,2%
Transferir Pessoa [Cama]	2	0,1%
Promover Adaptação individual	2	0,1%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	2	0,1%
Promover Capacidade de cuidar	2	0,1%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	2	0,1%

Ensinar Actividade física (diabetes)	2	0,1%
Trocar Cateter urinário	2	0,1%
Encaminhar (centro de dia)	2	0,1%
Colocar Dispositivo urinário	2	0,1%
Massajar Costas	2	0,1%
Instruir Auto cuidado: higiene	2	0,1%
Assistir Auto cuidado: posicionamento	1	0,1%
Identificar Hábitos alimentares	1	0,1%
Gerir (recursos económicos)	1	0,1%
Assistir Auto cuidado: transferência	1	0,1%
Colectar Tecido (colo do útero)	1	0,1%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	0,1%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	1	0,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	0,1%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	1	0,1%
Presença	1	0,1%
Vigiar Refeição	1	0,1%
Vigiar Gravidez por procedimento	1	0,1%
Vigiar Eliminação urinária	1	0,1%
Transferir Pessoa [Cadeira]	1	0,1%
Supervisar Imunização	1	0,1%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem	1	0,1%
Registar (dum)	1	0,1%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	0,1%
Referir Ferida cirúrgica: Médico	1	0,1%
Promover Desempenho dos papeis	1	0,1%
Promover Comunicação: Família	1	0,1%
Instruir Técnica de transferência	1	0,1%
Programar Dieta	1	0,1%
Incentivar Família (visita)	1	0,1%
Planear Auto cuidado	1	0,1%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	1	0,1%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	0,1%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	1	0,1%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	1	0,1%
Lavar Boca	1	0,1%
Instruir Técnica de posicionamento	1	0,1%
Instruir Técnica de alimentação	1	0,1%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	1	0,1%
Instruir Auto cuidado: levante	1	0,1%
Inserir Cateter urinário	1	0,1%
Informar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	0,1%
Promover (expressão de sentimentos)	1	0,1%
Total	1952	100,0%

ANEXO IV

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Ribeira de Pena

Total de Intervenções 2648

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde

(1804 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 1 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Planeamento familiar

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	141	29,4%
Pesar Pessoa	139	29,0%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	60	12,5%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	35	7,3%
Instruir (auto-exame da mama)	31	6,5%
Supervisar Imunização	31	6,5%
Colectar Tecido (colo do útero)	19	4,0%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	17	3,5%
Monitorizar Espécimes: Urina	2	0,4%
Incentivar (Auto exame da mama)	1	0,2%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	1	0,2%
Monitorizar Altura/peso corporal	1	0,2%
Registar (dum)	1	0,2%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	1	0,2%
Total	480	100,0%

Quadro 2 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Gravidez

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	48	11,8%
Pesar Pessoa	48	11,8%
Monitorizar Espécimes: Urina	47	11,5%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	40	9,8%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	39	9,6%
Vigiar Gravidez por procedimento	38	9,3%
Monitorizar (altura uterina)	31	7,6%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	29	7,1%
Ensinar Sinais: Parto	12	2,9%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	12	2,9%
Incentivar Consulta médica: Gravidez	11	2,7%
Ensinar Sinais: Aborto	9	2,2%
Registar (dum)	8	2,0%
Supervisar Imunização	8	2,0%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	7	1,7%
Planear Parto	6	1,5%
Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento	5	1,2%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	4	1,0%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	3	0,7%
Encaminhar Planeamento familiar	1	0,2%
Informar (direitos na maternidade)	1	0,2%
Monitorizar (glicemia capilar)	1	0,2%
Total	408	100,0%

Quadro 3 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Pensos: Ferida por procedimento	348	100,0%
Total	348	100,0%

Quadro 4 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Infância

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Altura/peso corporal	88	32,2%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	77	28,2%
Supervisar Imunização	67	24,5%
Monitorizar (perímetro cefálico)	31	11,4%
Colectar Sangue: Recém nascido	4	1,5%
Vigiar (coto umbilical)	4	1,5%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	0,4%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	0,4%
Total	273	100,0%

Quadro 5 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Desempenho dos papeis

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	28	35,0%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Vacinação	21	26,3%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	19	23,8%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	5	6,3%
Encorajar Desempenho dos papeis	2	2,5%
Ensinar por procedimento (cuidados ao recém-nascido)	2	2,5%
Motivar Desempenho dos papeis	2	2,5%
Promover Adaptação individual (escola)	1	1,3%
Total	80	100,0%

Quadro 6 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Falta de conhecimento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	9	26,5%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	9	26,5%
Ensinar Actividade física (diabetes)	8	23,5%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	8	23,5%
Total	34	100,0%

Quadro 7 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertermia

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Temperatura corporal	9	40,9%
Referir Hipertermia: Médico	6	27,3%
Incentivar Hidratação	3	13,6%
Instruir (técnica de arrefecimento natural)	2	9,1%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	2	9,1%
Total	22	100,0%

Quadro 8 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	8	50,0%
Monitorizar (glicemia capilar)	8	50,0%
Total	16	100,0%

Quadro 9 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regímen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Lavar Ouvido(s)	14	93,3%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	1	6,7%
Total	15	100,0%

Quadro 10 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Vinculação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Vinculação por procedimento	11	78,6%
Promover Vinculação	3	21,4%
Total	14	100,0%

Quadro 11 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Remover (pontos)	10	76,9%
Executar Penso: Ferida por procedimento	3	23,1%
Total	13	100,0%

Quadro 12 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida traumática

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	9	75,0%
Ensinar Auto cuidado: higiene (Dermite das fraldas)	1	8,3%
Ensinar Precauções de segurança (Dermite das fraldas)	1	8,3%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito (Dermite das fraldas)	1	8,3%
Total	12	100,0%

Quadro 13 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Hábitos de exercício	3	25,0%
Monitorizar Tensão arterial	3	25,0%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	2	16,7%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	2	16,7%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hábitos nutricionais	1	8,3%
Monitorizar Altura/peso corporal	1	8,3%
Total	12	100,0%

Quadro 14 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	11	100,0%
Total	11	100,0%

Quadro 15 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Mastigação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Dieta	5	50,0%
Programar Refeição	4	40,0%
Prevenir Aspiração	1	10,0%
Total	10	100,0%

Quadro 16 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Menopausa

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Promover Adaptação individual: Menopausa	3	33,3%
Colectar Tecido (colo do útero)	2	22,2%
Incentivar (Auto exame da mama)	1	11,1%
Instruir (auto-exame da mama)	1	11,1%
Monitorizar Tensão arterial	1	11,1%
Pesar Pessoa	1	11,1%
Total	9	100,0%

Quadro 17 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Amamentação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Amamentação	5	55,6%
Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento	2	22,2%
Instruir Amamentação por procedimento	2	22,2%
Total	9	100,0%

Quadro 18 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Dispneia

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	4	57,1%
Ensinar Precauções de segurança: Dispneia	1	14,3%
Monitorizar Frequência respiratória	1	14,3%
Referir Dispneia: Médico	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 19 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Obesidade

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Pesar Pessoa	2	40,0%
Incentivar Hábitos alimentares	1	20,0%
Incentivar Hábitos de exercício	1	20,0%
Programar Refeição	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 20 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Incontinência urinária

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Hidratação	2	40,0%
Trocar Cateter urinário	2	40,0%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 21 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Incontinência total

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Hidratação	2	40,0%
Trocar Cateter urinário	2	40,0%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 22 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	1	25,0%
Referir Úlcera de pressão: Médico	1	25,0%
Vigiar Penso	1	25,0%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 23 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Eructação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Eructação: Lactente	3	75,0%
Instruir Eructação: Lactente	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 24 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Malabsorção

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Identificar Hábitos nutricionais	1	33,3%
Pesar Lactente	1	33,3%
Programar Refeição	1	33,3%
Total	3	100,0%

**Quadro 25 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem:
Limpeza das vias aéreas**

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Precauções de segurança: Dispneia	1	33,3%
Monitorizar Frequência respiratória	1	33,3%
Referir Dispneia: Médico	1	33,3%
Total	3	100,0%

**Quadro 26 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem:
Alterações visuais**

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Identificar Alterações visuais: Criança (fase escolar)	1	100,0%
Total	1	100,0%

**Quadro 27 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem:
Alterações auditivas**

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Identificar Alterações auditivas: Criança (fase escolar)	1	100,0%
Total	1	100,0%

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Ribeira de Pena

Total de Intervenções 2648

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Domicílio

(844 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 28 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Penso	88	16,5%
Executar Penso: Ferida por procedimento	77	14,4%
Vigiar Hemorragia	52	9,8%
Vigiar Ferida: Úlcera	51	9,6%
Apoiar Pessoa (emocionalmente)	35	6,6%
Incentivar Auto cuidado: higiene	30	5,6%
Posicionar Braço	30	5,6%
Programar Regimen terapêutico prescrito (Analgésico)	30	5,6%
Providenciar Dispositivos	30	5,6%
Vigiar Integridade dos tegumentos	30	5,6%
Incentivar Regimen terapêutico prescrito (Analgésico)	29	5,4%
Posicionar Pessoa	21	3,9%
Referir Alteração da integridade dos tegumentos: Médico	10	1,9%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	10	1,9%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	3	0,6%
Escutar Prestador de cuidados	2	0,4%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	2	0,4%
Incentivar Família (visita)	1	0,2%
Referir Úlcera de pressão: Médico	1	0,2%
Remover (pontos)	1	0,2%
Total	533	100,0%

Quadro 29 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	71	29,8%
Vigiar Penso	71	29,8%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	71	29,8%
Posicionar Pessoa	13	5,5%
Referir Úlcera de pressão: Médico	9	3,8%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	3	1,3%
Total	238	100,0%

Quadro 30 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Tegumentos

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Referir Alteração da integridade dos tegumentos: Médico	10	100,0%
Total	10	100,0%

Quadro 31 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Gravidez

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	1	12,5%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	1	12,5%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	1	12,5%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	12,5%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	1	12,5%
Monitorizar Tensão arterial	1	12,5%
Pesar Pessoa	1	12,5%
Vigiar Gravidez por procedimento 2.C.-1.2.39.	1	12,5%
Total	8	100,0%

Quadro 32 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regímen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	3	37,5%
Instruir Regímen terapêutico prescrito: Insulina	2	25,0%
Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina	2	25,0%
Inserir Cateter urinário	1	12,5%
Total	8	100,0%

Quadro 33 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Dor

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Regímen terapêutico prescrito (Analgésico)	2	28,6%
Programar Regímen terapêutico prescrito (Analgésico)	2	28,6%
Apoiar Pessoa (emocionalmente)	1	14,3%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	1	14,3%
Promover Adaptação individual	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 34 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	6	85,7%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 35 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Exaustão do cuidador

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados	2	33,3%
Escutar Prestador de cuidados	2	33,3%
Apoiar emocionalmente Família	1	16,7%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem	1	16,7%
Total	6	100,0%

Quadro 36 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Incontinência urinária

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Hidratação	2	50,0%
Trocar Cateter urinário	2	50,0%
Total	4	100,0%

Quadro 37 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Falta de conhecimento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	2	50,0%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	1	25,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 38 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: posicionamento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Assistir Auto cuidado: posicionamento	1	25,0%
Instruir Técnica de posicionamento	1	25,0%
Promover Adaptação individual	1	25,0%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 39 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Capacidade de cuidar

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	2	66,7%
Promover Capacidade de cuidar	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 40 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: uso do Wc

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Colocar Dispositivo urinário	1	33,3%
Vigiar Eliminação urinária	1	33,3%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 41 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: transferência

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Assistir Auto cuidado: transferência	1	50,0%
Instruir Técnica de transferência	1	50,0%
Total	2	100,0%

Quadro 42 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: higiene

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Auto cuidado: higiene	1	50,0%
Instruir Auto cuidado: levante	1	50,0%
Total	2	100,0%

Quadro 43 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: alimentação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Técnica de alimentação	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 44 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Imobilidade parcial

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 45 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: levante

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Providenciar Dispositivos	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 46 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar (glicemia capilar)	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 47 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Conflito de papeis parentais

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Promover Desempenho dos papeis	1	100,0%
Total	1	100,0%

ANEXO V

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião

Total de Intervenções 2179

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde

(1848 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 1 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Planeamento familiar

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	100	18,4%
Pesar Pessoa	97	17,8%
Instruir (auto-exame da mama)	69	12,7%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	54	9,9%
Registar (dum)	53	9,7%
Supervisar Imunização	46	8,5%
Colectar Tecido (colo do útero)	31	5,7%
Distribuir Medicação (contraceptivo oral)	21	3,9%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	17	3,1%
Incentivar (Auto exame da mama)	16	2,9%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	13	2,4%
Referir Médico (leucorreia pruriginosa)	10	1,8%
Treinar Mama (auto-exame)	5	0,9%
Referir Médico (dismenorreia)	4	0,7%
Referir Médico (dispareunia)	4	0,7%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	3	0,6%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	0,2%
Total	544	100,0%

Quadro 2 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Infância

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Altura/peso corporal	74	27,6%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	70	26,1%
Monitorizar (perímetro cefálico)	61	22,8%
Supervisar Imunização	57	21,3%
Monitorizar Tensão arterial	3	1,1%
Vigiar (coto umbilical)	2	0,7%
Colectar Sangue: Recém nascido	1	0,4%
Total	268	100,0%

Quadro 3 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida traumática

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	86	39,4%
Vigiar Penso	81	37,2%
Vigiar Ferida: Úlcera	40	18,3%
Programar Dieta	5	2,3%
Programar Hidratação	4	1,8%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	0,5%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	1	0,5%
Total	218	100,0%

Quadro 4 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	65	32,3%
Vigiar Ferida: Úlcera	65	32,3%
Vigiar Penso	65	32,3%
Remover (pontos)	3	1,5%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	0,5%
Programar Dieta	1	0,5%
Programar Hidratação	1	0,5%
Total	201	100,0%

Quadro 5 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	61	36,3%
Monitorizar Altura/peso corporal	32	19,0%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	26	15,5%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	12	7,1%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	11	6,5%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	9	5,4%
Incentivar Hábitos de exercício	8	4,8%
Pesar Pessoa	4	2,4%
Instruir (auto-exame da mama)	2	1,2%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	2	1,2%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	1	0,6%
Total	168	100,0%

Quadro 6 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Falta de conhecimento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	24	25,8%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	20	21,5%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	16	17,2%
Ensinar Actividade física (diabetes)	13	14,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	13	14,0%
Incentivar Hábitos de exercício	4	4,3%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	1,1%
Vigiar Sinais: Hiperglicemia	1	1,1%
Vigiar Sinais: Hipoglicemia	1	1,1%
Total	93	100,0%

Quadro 7 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Desempenho dos papeis

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	25	27,2%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Vacinação	24	26,1%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	22	23,9%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	8	8,7%
Encorajar Desempenho dos papeis	6	6,5%
Motivar Desempenho dos papeis	3	3,3%
Promover Adaptação individual (ama/creche)	3	3,3%
Promover Adaptação individual (escola)	1	1,1%
Total	92	100,0%

Quadro 8 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Ferida: Úlcera	28	31,5%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	28	31,5%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	24	27,0%
Vigiar Penso	4	4,5%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	1	1,1%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	1,1%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	1,1%
Programar Dieta	1	1,1%
Programar Hidratação	1	1,1%
Total	89	100,0%

Quadro 9 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar (glicemia capilar)	57	78,1%
Pesar Pessoa	7	9,6%
Monitorizar Tensão arterial	6	8,2%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	3	4,1%
Total	73	100,0%

Quadro 10 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Gravidez

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Gravidez por procedimento	8	18,2%
Monitorizar (altura uterina)	7	15,9%
Monitorizar Tensão arterial	7	15,9%
Pesar Pessoa	7	15,9%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	6	13,6%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	2	4,5%
Monitorizar Espécimes: Urina	2	4,5%
Ensinar Sinais: Aborto	1	2,3%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	1	2,3%
Informar (direitos na maternidade)	1	2,3%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	1	2,3%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	1	2,3%
Total	44	100,0%

Quadro 11 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Mastigação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Dieta	6	40,0%
Programar Refeição	6	40,0%
Prevenir Aspiração	2	13,3%
Instruir Técnica de alimentação	1	6,7%
Total	15	100,0%

Quadro 12 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	3	25,0%
Vigiar Ferida: Úlcera	3	25,0%
Vigiar Penso	3	25,0%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	3	25,0%
Total	12	100,0%

Quadro 13 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	4	40,0%
Vigiar Penso	4	40,0%
Vigiar Ferida: Úlcera	2	20,0%
Total	10	100,0%

Quadro 14 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regimen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Lavar Ouvido(s)	2	28,6%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	2	28,6%
Instruir Regimen terapêutico prescrito: Insulina	2	28,6%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 15 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Malabsorção

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Pesar Pessoa	2	33,3%
Programar Refeição	2	33,3%
Pesar Lactente	1	16,7%
Programar Dieta	1	16,7%
Total	6	100,0%

Quadro 16 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Deglutição

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Técnica de alimentação	1	25,0%
Prevenir Aspiração	1	25,0%
Programar Dieta	1	25,0%
Programar Refeição	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 17 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Eructação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Eructação: Lactente	2	100,0%
Total	2	100,0%

Quadro 18 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: higiene

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Auto cuidado: higiene	2	100,0%
Total	2	100,0%

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Santa Marta de Penaguião

Total de Intervenções 2179

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Domicílio (331 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 19 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida traumática

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	35	34,3%
Vigiar Penso	33	32,4%
Vigiar Ferida: Úlcera	28	27,5%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	3	2,9%
Programar Hidratação	2	2,0%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	1,0%
Total	102	100,0%

Quadro 20 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	29	32,2%
Vigiar Ferida: Úlcera	29	32,2%
Vigiar Penso	28	31,1%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	1,1%
Programar Dieta	1	1,1%
Programar Hidratação	1	1,1%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	1,1%
Total	90	100,0%

Quadro 21 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Penso	22	29,3%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	21	28,0%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	20	26,7%
Vigiar Ferida: Úlcera	6	8,0%
Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento	2	2,7%
Executar Penso: Ferida por procedimento	2	2,7%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	1,3%
Programar Hidratação	1	1,3%
Total	75	100,0%

Quadro 22 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Exaustão do cuidador

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados	3	23,1%
Escutar Prestador de cuidados	2	15,4%
Apoiar emocionalmente Família	1	7,7%
Presença	1	7,7%
Encaminhar (centro de dia)	1	7,7%
Planear Auto cuidado	1	7,7%
Promover (expressão de sentimentos)	1	7,7%
Promover Capacidade de cuidar	1	7,7%
Promover Comunicação: Família	1	7,7%
Solicitar Serviços domiciliários	1	7,7%
Total	13	100,0%

Quadro 23 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar (glicemia capilar)	9	81,8%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	1	9,1%
Monitorizar Tensão arterial	1	9,1%
Total	11	100,0%

Quadro 24 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Falta de conhecimento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Actividade física (diabetes)	2	20,0%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	2	20,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	2	20,0%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	2	20,0%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	2	20,0%
Total	10	100,0%

Quadro 25 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	2	28,6%
Vigiar Ferida: Úlcera	2	28,6%
Vigiar Penso	2	28,6%
Remover (pontos)	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 26 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: posicionamento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Massajar Costas	2	33,3%
Posicionar Pessoa	2	33,3%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	2	33,3%
Total	6	100,0%

Quadro 27 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regimen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Regimen terapêutico prescrito: Insulina	2	50,0%
Instruir Pessoa (avaliação da glicemia capilar)	1	25,0%
Treinar Regimen terapêutico prescrito: Insulina	1	25,0%
Total	4	100,0%

Quadro 28 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Actividades da vida diária

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Encaminhar (centro de dia)	1	33,3%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	33,3%
Solicitar Serviços domiciliários	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 29 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Pobreza

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Apoiar emocionalmente Família	1	33,3%
Informar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	33,3%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 30 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: transferência

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Transferir Pessoa [Cama]	2	66,7%
Transferir Pessoa [Cadeira]	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 31 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: higiene

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Auto cuidado: higiene	1	50,0%
Lavar Boca	1	50,0%
Total	2	100,0%

Quadro 32 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: alimentação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Refeição	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 33 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Habitação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Solicitar Serviços domiciliares	1	100,0%
Total	1	100,0%

ANEXO VI

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Vila Pouca de Aguiar

Total de Intervenções 8977

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde

(8200 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 1 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida traumática

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	765	43,3%
Vigiar Ferida: Úlcera	476	26,9%
Vigiar Penso	452	25,6%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	26	1,5%
Remover (pontos)	24	1,4%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	9	0,5%
Monitorizar (glicemia capilar)	3	0,2%
Referir Ferida: Médico (sinais inflamatórios)	2	0,1%
Vigiar Imunização	2	0,1%
Colectar Sangue: Recém nascido	1	0,1%
Incentivar Consulta médica	1	0,1%
Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho	1	0,1%
Monitorizar Altura/peso corporal	1	0,1%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	1	0,1%
Vigiar (coto umbilical)	1	0,1%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	1	0,1%
Referir Ferida traumática: Médico (queimadura)	1	0,1%
Total	1767	100,0%

Quadro 2 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	462	42,1%
Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea	154	14,0%
Monitorizar Altura/peso corporal	179	16,3%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	68	6,2%
Incentivar Hábitos de exercício	63	5,7%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	41	3,7%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	25	2,3%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	16	1,5%
Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea	11	1,0%
Referir Hipertensão sanguínea: Médico	5	0,5%
Pesar Pessoa	4	0,4%
Monitorizar Pulso	4	0,4%
Monitorizar (glicemia capilar)	62	5,6%
Monitorizar Espécimes: Urina	1	0,1%
Registar (dum)	1	0,1%
Vigiar Ferida traumática (queimadura)	1	0,1%
Ensinar Sinais: Hipotensão sanguínea	1	0,1%
Total	1098	100,0%

Quadro 3 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Infância

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Altura/peso corporal	273	28,1%
Supervisar Imunização	255	26,3%
Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento	254	26,2%
Monitorizar (perímetro cefálico)	158	16,3%
Vigiar (coto umbilical)	18	1,9%
Colectar Sangue: Recém nascido	12	1,2%
Identificar Hábitos de sono	1	0,1%
Total	971	100,0%

Quadro 4 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	355	37,1%
Vigiar Ferida: Úlcera	244	25,5%
Vigiar Penso	234	24,4%
Remover (pontos)	117	12,2%
Remover (Agrafos)	4	0,4%
Colectar Produtos orgânicos eliminados: Úlcera por procedimento	2	0,2%
Referir Ferida traumática: Médico	1	0,1%
Registar (dum)	1	0,1%
Total	958	100,0%

Quadro 5 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Planeamento familiar

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	180	22,2%
Pesar Pessoa	172	21,2%
Registar (dum)	119	14,7%
Instruir (auto-exame da mama)	118	14,6%
Supervisar Imunização	94	11,6%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	37	4,6%
Ensinar Planeamento familiar por procedimento	32	4,0%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	27	3,3%
Colectar Tecido (colo do útero)	25	3,1%
Monitorizar Espécimes: Urina	3	0,4%
Monitorizar Altura/peso corporal	2	0,2%
Incentivar Consulta médica [Prenatal]	1	0,1%
Total	810	100,0%

Quadro 6 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar (glicemia capilar)	327	44,2%
Monitorizar Espécimes: Urina	135	18,3%
Monitorizar Tensão arterial	134	18,1%
Monitorizar Altura/peso corporal	123	16,6%
Pesar Pessoa	16	2,2%
Incentivar Consulta médica (diabetes)	2	0,3%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	1	0,1%
Referir Hipertensão sanguínea: Médico	1	0,1%
Total	739	100,0%

Quadro 7 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Gravidez

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	99	15,6%
Monitorizar Espécimes: Urina	96	15,1%
Pesar Pessoa	85	13,4%
Vigiar Gravidez por procedimento	60	9,4%
Monitorizar Abdómen (perímetro)	38	6,0%
Monitorizar (altura uterina)	32	5,0%
Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento	31	4,9%
Monitorizar Frequência cardíaca: Feto	31	4,9%
Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez	23	3,6%
Supervisar Imunização	22	3,5%
Registar (dum)	18	2,8%
Monitorizar (glicemia capilar)	16	2,5%
Ensinar Sinais: Aborto	13	2,0%
Informar (direitos na maternidade)	12	1,9%
Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento	11	1,7%
Incentivar Consulta médica: Gravidez	10	1,6%
Ensinar Sinais: Parto	9	1,4%
Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento	9	1,4%
Monitorizar Altura/peso corporal	8	1,3%
Planear Parto	5	0,8%
Incentivar Consulta médica: Puerpério	4	0,6%
Monitorizar (grau de risco de goodwin)	3	0,5%
Informar (recursos comunitários)	1	0,2%
Total	636	100,0%

Quadro 8 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Ferida: Úlcera	82	30,3%
Vigiar Penso	79	29,2%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	67	24,7%
Executar Penso: Ferida por procedimento	34	12,5%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	5	1,8%
Remover (calosidades)	2	0,7%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Úlcera por procedimento (venosa)	1	0,4%
Remover (pontos)	1	0,4%
Total	271	100,0%

Quadro 9 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	142	60,7%
Vigiar Ferida: Úlcera	37	15,8%
Vigiar Penso	27	11,5%
Remover (pontos)	15	6,4%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	11	4,7%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	0,4%
Monitorizar (glicemia capilar)	1	0,4%
Total	234	100,0%

Quadro 10 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Desempenho dos papeis

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito: Vacinação	77	33,0%
Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação	76	32,6%
Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento	33	14,2%
Promover Adaptação individual (escola)	14	6,0%
Ensinar Desempenho dos papeis: Infância	10	4,3%
Ensinar por procedimento (cuidados ao recém-nascido)	7	3,0%
Motivar Desempenho dos papeis	6	2,6%
Promover Adaptação individual (ama/creche)	6	2,6%
Encorajar Desempenho dos papeis	3	1,3%
Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social	1	0,4%
Total	233	100,0%

Quadro 11 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Falta de conhecimento

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Hábitos alimentares (diabetes)	26	22,0%
Ensinar Hábitos nutricionais (diabetes)	26	22,0%
Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento	23	19,5%
Ensinar Sinais por procedimento (diabetes)	22	18,6%
Ensinar Actividade física (diabetes)	20	16,9%
Incentivar Hábitos de exercício	1	0,8%
Total	118	100,0%

Quadro 12 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Dispneia

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	115	100,0%
Total	115	100,0%

Quadro 13 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Menopausa

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	18	28,1%
Pesar Pessoa	18	28,1%
Registar (dum)	12	18,8%
Instruir (auto-exame da mama)	6	9,4%
Ensinar Funções fisiológicas: Menopausa	3	4,7%
Supervisar Imunização	3	4,7%
Colectar Tecido (colo do útero)	2	3,1%
Discutir Crenças: Menopausa	1	1,6%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	1	1,6%
Total	64	100,0%

Quadro 14 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regímen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Lavar Ouvido(s)	44	83,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	5	9,4%
Executar Inaloterapia: Nebulizador	1	1,9%
Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina	1	1,9%
Remover Cateter urinário	1	1,9%
Inserir Sonda naso-gástrica	1	1,9%
Total	53	100,0%

Quadro 15 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Mastigação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Refeição	13	28,9%
Programar Dieta	12	26,7%
Instruir Técnica de alimentação	10	22,2%
Prevenir Aspiração	10	22,2%
Total	45	100,0%

Quadro 16 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Deglutição

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Programar Dieta	5	33,3%
Instruir Técnica de alimentação	4	26,7%
Prevenir Aspiração	3	20,0%
Programar Refeição	3	20,0%
Total	15	100,0%

Quadro 17 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	4	30,8%
Vigiar Ferida: Úlcera	4	30,8%
Vigiar Penso	4	30,8%
Referir Úlcera: Médico (venosa)	1	7,7%
Total	13	100,0%

Quadro 18 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Auto cuidado: higiene

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Auto cuidado: higiene	7	63,6%
Ensinar Auto cuidado: higiene - Mama	4	36,4%
Total	11	100,0%

Quadro 19 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipotensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	2	25,0%
Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea	2	25,0%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	1	12,5%
Informar (recursos comunitários)	1	12,5%
Monitorizar Altura/peso corporal	1	12,5%
Ensinar Precauções de segurança: Hipotensão sanguínea	1	12,5%
Total	8	100,0%

Quadro 20 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Eructação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Eructação: Lactente	5	71,4%
Instruir Eructação: Lactente	2	28,6%
Total	7	100,0%

Quadro 21 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Amamentação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Incentivar Amamentação	3	42,9%
Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento	1	14,3%
Instruir Amamentação por procedimento	1	14,3%
Treinar Amamentação	1	14,3%
Incentivar Amamentação	1	14,3%
Total	7	100,0%

Quadro 22 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Malabsorção

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Pesar Lactente	3	50,0%
Identificar Hábitos alimentares	2	33,3%
Identificar Hábitos nutricionais	1	16,7%
Total	6	100,0%

Quadro 23 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Eliminação urinária

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Inserir Cateter urinário	5	100,0%
Total	5	100,0%

Quadro 24 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Enurese

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Restringir Hidratação: Sono [Antes]	3	60,0%
Discutir Crenças errôneas: Enurese	1	20,0%
Incentivar Eliminação urinária: Sono [Antes]	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 25 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertermia

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Regimen terapêutico prescrito	1	20,0%
Incentivar Hidratação	1	20,0%
Instruir (técnica de arrefecimento natural)	1	20,0%
Monitorizar Temperatura corporal	1	20,0%
Referir Hipertermia: Médico	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 26 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Lactação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Aconselhar Hidratação	1	33,3%
Aconselhar Nutrição: Amamentação	1	33,3%
Espargir o seio	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 27 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Sucção

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Instruir Reflexo de sucção	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 28 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Fertilidade

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	1	100,0%
Total	1	100,0%

Quadro 29 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Vinculação

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Vinculação por procedimento	1	100,0%
Total	1	100,0%

Distribuição das Intervenções por Fenómeno de Enfermagem no Centro de Saúde de Vila Pouca De Aguiar

Total de Intervenções 8977

Prestação de Cuidados de Enfermagem no Domicílio (777 Intervenções de Enfermagem)

Quadro 30 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Ferida: Úlcera	76	29,9%
Vigiar Penso	76	29,9%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	61	24,0%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	23	9,1%
Executar Penso: Ferida por procedimento	15	5,9%
Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento	2	0,8%
Identificar Hábitos alimentares	1	0,4%
Total	254	100,0%

Quadro 31 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	51	28,3%
Vigiar Ferida: Úlcera	49	27,2%
Vigiar Penso	47	26,1%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	32	17,8%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	1	0,6%
Total	180	100,0%

Quadro 32 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Hipertensão sanguínea

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar Tensão arterial	96	74,4%
Incentivar Hábitos de exercício	14	10,9%
Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento	9	7,0%
Ensinar Regímen terapêutico prescrito	4	3,1%
Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea	4	3,1%
Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação	2	1,6%
Total	129	100,0%

Quadro 33 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento	34	38,6%
Vigiar Ferida: Úlcera	23	26,1%
Vigiar Penso	23	26,1%
Remover (pontos)	2	2,3%
Colocar Dispositivo urinário	1	1,1%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	4	4,5%
Referir Ferida cirúrgica: Médico	1	1,1%
Total	88	100,0%

Quadro 34 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Vigiar Ferida: Úlcera	25	31,6%
Vigiar Penso	25	31,6%
Executar Penso: Úlcera por procedimento	20	25,3%
Executar Penso: Ferida por procedimento	6	7,6%
Vigiar Sinais: Úlcera de pressão	2	2,5%
Gerir (recursos económicos)	1	1,3%
Total	79	100,0%

Quadro 35 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Precauções de segurança

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Monitorizar (glicemia capilar)	19	100,0%
Total	19	100,0%

Quadro 36 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Ferida traumática

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Executar Penso: Ferida por procedimento 2.C.-1.2.14.	7	41,2%
Vigiar Ferida: Úlcera	5	29,4%
Vigiar Penso	5	29,4%
Total	17	100,0%

Quadro 37 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Menopausa

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução	1	20,0%
Monitorizar Tensão arterial	1	20,0%
Pesar Pessoa	1	20,0%
Registar (dum)	1	20,0%
Supervisar Imunização	1	20,0%
Total	5	100,0%

Quadro 38 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Planeamento familiar

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Colectar Tecido (colo do útero)	1	33,3%
Monitorizar Tensão arterial	1	33,3%
Pesar Pessoa	1	33,3%
Total	3	100,0%

Quadro 39 - Distribuição das Intervenções de Enfermagem pelo Fenómeno de Enfermagem: Regímen terapêutico prescrito

Intervenções de Enfermagem	f(x)	%
Inserir Sonda naso-gástrica	3	100,0%
Total	3	100,0%

ANEXO VII

ARS – NORTE / SUB REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL

CENTRO DE SAÚDE DE RIBEIRA DE PENA

Padrão De Documentação de Enfermagem: Família (modelo experimental)

Idoso Familiar: _____ Processo Familiar Nº: _____

Contato:

Local	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Ata										
Realizado										

FENÓMENOS	INTERVENÇÕES
Habituação Inadequada (Sim - Ausência de: electricidade ou WC na habitação ou saneamento básico ou nº de divisões/elementos do agregado familiar inoportável ou Má conservação da habitação; Não)	Apoiar emocionalmente Família Apoiar emocionalmente Prestador de cuidados Apoiar Família Encaminhar (Centro de Dia)
Obreza Rendimento mínimo (Sim; Não)	Escutar Família Escutar Prestador de cuidados
Capacidade de cuidar Capacidade para manter e cuidar dos seus membros (Demonstra, Não demonstra)	Gerir (Recursos económicos) Informar (Recursos comunitários)
Exaustão do cuidador Intensidade (Extremamente acentuada, Substancialmente acentuada, Ligeiramente acentuada)	Informar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social Planear Auto cuidado Presença
Modalidade (Potencial, Actual)	Promover (Expressão de sentimentos) Promover Capacidade de cuidar
Coping familiar ineficaz Capacidade/conhecimentos para gerir as funções familiares (Demonstra, Não demonstra)	Promover Comunicação: Família Promover Coping
Perturbação das relações familiares	Promover Desempenho dos papeis Promover Vinculação
Conflito de papeis parentais Intensidade (Extremamente acentuado, Substancialmente acentuado, Moderadamente acentuado, Ligeiramente acentuado, Não acentuado)	Providenciar (Alimentos e brinquedos) Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem
Situação de crise (Sim, Não)	Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social
Modalidade (Potencial, Actual)	Solicitar Serviços domiciliários

Auto cuidado: levante**Dependência**

(Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)

Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados

(Demonstra, Não demonstra)

Auto cuidado: transferência**Dependência**

(Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)

Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados

(Demonstra, Não demonstra)

Auto cuidado: posicionamento**Dependência**

(Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)

Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados

(Demonstra, Não demonstra)

Auto cuidado: alimentação**Dependência**

(Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)

Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados

(Demonstra, Não demonstra)

Auto cuidado: higiene**Dependência**

(Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)

Alimentar Pessoa

Alimentar Pessoa através de Sonda naso-gástrica

Assistir Auto cuidado: alimentação

Assistir Auto cuidado: higiene

Assistir Auto cuidado: levante

Assistir Auto cuidado: posicionamento

Assistir Auto cuidado: transferência

Assistir Auto cuidado: uso do Wc

Assistir Auto cuidado: vestir-se/despir-se

Banho [Cama]

Colocar Dispositivo urinário

Colocar Fralda

Ensinar Auto cuidado: higiene – Mama

Executar (primeiro levante)

Instruir Auto cuidado: higiene

Instruir Auto cuidado: levante

Instruir Auto cuidado: uso do Wc

Instruir Auto cuidado: vestir-se/despir-se

Instruir Técnica de alimentação

Instruir Técnica de posicionamento

Instruir Técnica de transferência

Lavar - Boca

Massajar - Costas

Optimizar Cateter urinário

Optimizar Sonda naso-gástrica por procedimento 2.C.-1.2.13.

Posicionar Pessoa

Posicionar Pessoa: Refeição

Promover Adaptação individual

Providenciar Dispositivos

Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social

Solicitar Prótese dentária: Assistente social

Solicitar Serviços domiciliários

<p>Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Auto cuidado: vestir-se/despir-se Dependência (Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)</p> <p>Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Auto cuidado: uso do Wc Dependência (Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)</p> <p>Capacidade/conhecimentos do prestador de cuidados (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Transferir Pessoa [Cadeira]</p> <p>Transferir Pessoa [Cama]</p> <p>Trocar Cateter urinário</p> <p>Trocar Sonda naso-gástrica</p> <p>Vestir/despir Pessoa</p> <p>Vigiar Eliminação urinária</p> <p>Vigiar Refeição</p> <p>Vigiar Sinais: Úlcera de pressão</p>
<p>atividades instrumentais da vida diária Dependência (Independente, Cliente dependente, Cliente não participativo, Cliente requer assistência de pessoas e equipamentos, Cliente requer assistência de pessoas, Cliente independente com assistência de equipamentos)</p>	<p>Encaminhar (Centro de Dia)</p> <p>Promover Adaptação individual</p> <p>Providenciar Dispositivos</p> <p>Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social</p> <p>Solicitar Serviços domiciliários</p>

VIGILÂNCIA

Refeição

--

--

--

--

OBSERVAÇÕES:

ARS – NORTE / SUB REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL
CENTRO DE SAÚDE DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO

Padrão De Documentação de Enfermagem De Saúde Infanto-Juvenil (modelo experimental)

Nome: _____ Processo Nº: _____ / _____

Contato:

Local	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Idade										
Realizado										

FENÓMENOS	INTERVENÇÕES
Infância Crescimento e desenvolvimento: (Não alterado, Alterado)	Colectar Sangue: Recém nascido Vigiar (Coto umbilical) Monitorizar (Perímetro cefálico) Monitorizar Altura/peso corporal Supervisar Imunização Vigiar Crescimento e desenvolvimento: Infância por procedimento 2.C.-1.2.33.
Investigação Eficácia (Eficaz, Moderadamente ineficaz, Extremamente ineficaz)	Instruir Técnica de alimentação Prevenir Aspiração Programar Dieta Programar Refeição
Sucção Eficácia (Eficaz, Ineficaz)	Instruir Reflexo de sucção
Eructação	Incentivar Eructação: Lactente Instruir Eructação: Lactente

Vinculação Comportamentos de vinculação (Demonstra, Não demonstra)	Promover Vinculação Vigiar Vinculação por procedimento 2.C.-1.2.5.
Desempenho dos papéis Conhecimentos sobre: Precauções de segurança – Infância (Demonstra, Não demonstra) Conhecimentos sobre: Sono/Repouso – Infância (Demonstra, Não demonstra) Conhecimentos sobre: Eliminação – Infância (Demonstra, Não demonstra) Conhecimentos sobre: Alimentação/Nutrição – Infância (Demonstra, Não demonstra) Conhecimentos sobre: Higiene – Infância (Demonstra, Não demonstra)	Ensinar (Cuidados ao recém nascido) por procedimento 2.C.-1.2.38. Ensinar Regímen terapêutico prescrito: Vacinação Ensinar Respostas orgânicas: Vacinação Ensinar Desempenho dos papéis: Infância Ensinar Precauções de segurança: Infância por procedimento 2.C.-1.2.37. Encorajar Desempenho dos papéis Motivar Desempenho dos papéis Promover Adaptação individual (Ama/creche) Promover Adaptação individual (Escola) Solicitar Outros serviços além dos médicos e de Enfermagem: Assistente social
Malabsorção Capacidade/conhecimentos para alimentação artificial (Demonstra, Não demonstra)	Identificar Hábitos alimentares Identificar Hábitos nutricionais Pesar Lactente Pesar Pessoa Programar Dieta Programar Refeição Referir Malabsorção: Médico Vigiar Eliminação fecal Vigiar Vômito

<p>Englutição</p> <p>Eficácia (Eficaz, Moderadamente ineficaz, Extremamente ineficaz)</p> <p>Capacidade/Conhecimentos para adequar a técnica de alimentação (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Instruir Técnica de alimentação</p> <p>Prevenir Aspiração</p> <p>Programar Dieta</p> <p>Programar Refeição</p>
<p>Enurese</p> <p>Valores/Crenças (Favorável, Não favorável)</p>	<p>Discutir Crenças erróneas: Enurese</p> <p>Incentivar Eliminação urinária: Sono [Antes]</p> <p>Restringir Hidratação: Sono [Antes]</p> <p>Referir Enurese: Médico</p>
<p>Hipertermia</p>	<p>Ensinar Regímen terapêutico prescrito</p> <p>Incentivar Hidratação</p> <p>Instruir (Técnica de arrefecimento natural)</p> <p>Monitorizar Temperatura corporal</p> <p>Referir Hipertermia: Médico</p>
<p>Menarca</p> <p>Valores/Crenças (Favorável, Não favorável)</p> <p>Conhecimentos sobre menstruação (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre reprodução (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre planeamento familiar (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Discutir Crenças: Menstruação</p> <p>Ensinar Funções fisiológicas: Menstruação</p> <p>Ensinar Auto cuidado: higiene: Menstruação</p> <p>Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução</p> <p>Ensinar Planeamento familiar por procedimento 2.C.-1.2.18.</p>
<p>Auto cuidado: higiene</p>	<p>Instruir Auto cuidado: higiene</p>

VIGILÂNCIA

Coto umbilical

--

Crescimento e desenvolvimento

--

Vinculação

--

Eliminação fecal

--

Vômito do RN

--

--

Padrão De Documentação De Enfermagem: Gravidez / Puerpério (modelo experimental)

Nome: _____ Processo Nº: _____ / _____

Nº Contacto:										
Tempo Gestação										

FENÓMENOS	INTERVENÇÕES
Gravidez	Iniciar Adaptação individual: Recém nascido por procedimento 2.C.-1.2.36.
Conhecimentos sobre: Higiene - Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Planear Parto (Local)
Conhecimentos sobre: Alimentação/Nutrição – Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Monitorizar Espécimes: Urina Monitorizar Frequência cardíaca: Feto
Conhecimentos sobre: Sono/Repouso – Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Monitorizar Tensão arterial
Conhecimentos sobre: Precauções de segurança – Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Monitorizar - Abdómen (Perímetro) Pesar Pessoa
Conhecimentos sobre: Eliminação – Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Registrar (D.U.M.) Ensinar Adaptação individual: Gravidez por procedimento 2.C.-1.2.34.
Conhecimentos sobre: Função fisiológica – Gravidez (Demonstra, Não demonstra)	Ensinar Funções fisiológicas: Gravidez Monitorizar (Altura uterina)
Capacidade / Conhecimentos para gerir a dor de parto (Demonstra, Não demonstra)	Encaminhar Planeamento familiar Informar (Direitos na maternidade) Vigiar Gravidez por procedimento 2.C.-1.2.39.
Aceite (Sim, Não)	Supervisar Imunização
Desejada (Sim, Não)	Promover Adaptação individual: Trabalho de parto por procedimento 2.C.-1.2.35.
	Incentivar Consulta médica: Gravidez Ensinar Sinais: Parto
	Monitorizar (Glicemia capilar) Monitorizar (Grau de risco de Goodwin)
	Incentivar Consulta médica: Puerpério
	Ensinar Sinais: Aborto

<p>Amamentação Capacidade / Conhecimentos para amamentar (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Aconselhar Amamentação</p> <p>Treinar Amamentação</p> <p>Instruir Amamentação por procedimento 2.C.-1.2.8.</p> <p>Ensinar Precauções de segurança: Amamentação por procedimento 2.C.-1.2.9.</p>
<p>Lactação Défice</p> <p>Excesso</p>	<p>Aplicar Invólucro quente – Mama</p> <p>Aconselhar Hidratação</p> <p>Aconselhar Nutrição: Amamentação</p> <p>Espargir o seio</p> <p>Espargir mecanicamente o seio</p> <p>Referir Lactação excessiva: Médico</p> <p>Referir Lactação insuficiente: Médico</p>
<p>Auto cuidado: higiene Conhecimento para cuidados com a mama (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Ensinar Auto cuidado: higiene - Mama</p>

VIGILÂNCIA

Gravidez

--

--

**ARS – NORTE / SUB REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL
CENTRO DE SAÚDE DE SANTA MARTA DE PENAGUIÃO**

Padrão De Documentação De Enfermagem: Saúde no Adulto / Idoso (modelo experimental)

Nome: _____ Processo Nº: _____ / _____

Contacto:

Nº / Local	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data										
Realizado										

FENÓMENOS	INTERVENÇÕES
<p>Falta de conhecimentos Conhecimentos sobre: Alimentação/Nutrição adequada (Diabetes) (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre: Precauções de segurança (Diabetes) (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre: Actividade física adequada (Diabetes) (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Ensinar Actividade física: Diabetes</p> <p>Ensinar Hábitos alimentares: Diabetes</p> <p>Ensinar Hábitos nutricionais: Diabetes</p> <p>Ensinar Precauções de segurança: Perfusão tecidual insuficiente por procedimento 2.C.-1.2.10.</p> <p>Ensinar Sinais: Diabetes por procedimento 2.C.-1.2.11.</p>
<p>Regímen terapêutico prescrito Capacidade/conhecimentos: Auto administração de insulina (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Capacidade/conhecimentos: Avaliação de glicemia capilar (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre Regímen terapêutico prescrito (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Ensinar Regímen terapêutico prescrito: _____</p> <hr/> <p>Instruir Pessoa (Avaliação da glicemia capilar)</p> <p>Instruir Regímen terapêutico prescrito: Insulina</p> <p>Treinar Regímen terapêutico prescrito: Insulina</p>
<p>Precauções de segurança</p>	<p>Incentivar Consulta médica: Diabetes</p> <p>Monitorizar (Glicemia capilar)</p>
<p>Auto cuidado</p>	<p>Ver folha: Padrão De Documentação De Enfermagem: Família</p>

Úlcera Localização: _____

Varicosa

(Sim, Não)

Úlcera de pressão Localização: _____

Grau

(IV Extremamente severa - Progressão para profunda cratera ulcerosa; exposição de tecidos ósseos, ligamentares ou musculares;

III Substancialmente severa - Descontinuidade da pele, lesão e perda de tecido envolvendo a gordura subcutânea ou drenagem sanguínea;

II Moderadamente severa - Inflamação ou escara sobre uma proeminência óssea devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície adjacente; lesão superficial progredindo para a ruptura de uma flictena, fissuras e descamação da pele;

I Ligeiramente severa - Compressão de tecidos com marcas de pressão vermelhas ou cianosadas, habitualmente sobre as proeminências ósseas e articulações; marcas de pressão e cor da pele que não retomam o aspecto normal com o alívio da pressão; pele íntegra)

Ferida cirúrgica

Localização: _____

Ferida traumática

Tipo: _____

Localização: _____

Queimadura:

Extensão (%) _____

Grau

(III Extremamente severa – Destruição do tecido com pele acastanhada, branca ou escura, perda de sensibilidade e dor por lesão dos nervos

II Substancialmente severa – Lesão profunda do tecido, pele de coloração avermelhada ou branca, com flictena ou vesículas e dor da ferida

I Moderadamente severa – Lesão superficial com pele de coloração avermelhada, dor da ferida por lesão de nervos superficiais

Aproximação dos bordos

(Substancialmente acentuado, Ligeiramente acentuado, Não acentuado)

Edema periférico

(Não, Ligeiramente acentuado, Moderadamente acentuado, Extremamente acentuado)

Drenagem serosa

(Não, Ligeiramente acentuada, Moderadamente acentuada, Extremamente acentuada)

Drenagem sero-sanguinolenta

(Sim, Não)

Drenagem sanguinolenta

(Sim, Não)

Drenagem purulenta

(Sim, Não)

Instruir Precauções de segurança: Auto cuidado: banho

Ensinar Técnica de posicionamento por procedimento 2.C.-1.2.24.

Ensinar Regime terapêutico prescrito: Úlcera (venosa) por procedimento 2.C.-1.2.41.

Programar hidratação

Programar Dieta

Referir Úlcera de pressão: Médico

Referir Úlcera (venosa): Médico

Remover (Pontos)

Monitorizar Úlcera (área) de 2/2 semanas

Vigiar Penso

Vigiar Ferida / Úlcera

Vigiar Sinais: Úlcera de pressão

Colectar Produtos orgânicos eliminados: Ferida/Úlcera por protocolo 2.C.-1.1.1.

Executar Penso: Ferida por procedimento 2.C.-1.2.14.

Executar Penso: Úlcera por protocolo 2.C.-1.1.1.

Hipertensão sanguínea**Cronicidade**

(Aguda, Crónica)

Conhecimentos sobre: Alimentação/Nutrição adequada

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Desvantagens da adição de álcool

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Desvantagens da adição tabágica

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Desvantagens do sedentarismo

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Sinais de Hipertensão sanguínea

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Resposta orgânica à medicação

(Demonstra, Não demonstra)

Conhecimentos sobre: Regímen terapêutico prescrito

(Demonstra, Não demonstra)

Ensinar Ameaças / riscos à saúde: Hipertensão sanguínea por procedimento 2.C.-1.2.12.

Ensinar Precauções de segurança: Resposta orgânica à medicação

Ensinar Regímen terapêutico prescrito

Ensinar Sinais: Hipertensão sanguínea

Incentivar Hábitos de exercício

Monitorizar Altura/peso corporal

Monitorizar Tensão arterial

Referir Hipertensão sanguínea: Médico

Vigiar Sinais: Hipertensão sanguínea

Vigiar Sinais: Hipotensão sanguínea

Planeamento Familiar**Capacidade/conhecimentos: auto-exame da mama**

(Demonstra, Não Demonstra)

Conhecimentos sobre regímen terapêutico

(Demonstra, Não Demonstra)

Conhecimentos sobre planeamento familiar

(Demonstra, Não Demonstra)

Conhecimentos sobre função fisiológica: reprodução/fertilidade

(Demonstra, Não Demonstra)

Instruir (Auto-exame da mama)

Supervisar Imunização

Colectar Tecido (Colo do útero)

Referir Médico (Infertilidade)

Ensinar Regímen terapêutico prescrito

Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução

Monitorizar Tensão arterial

Pesar Pessoa

Ensinar Planeamento familiar por procedimento 2.C.-1.2.18.

Incentivar Consulta médica [Prenatal]

<p>Menopausa Valores/Crenças (Favorável, Não favorável)</p> <p>Conhecimentos sobre menopausa (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre reprodução (Demonstra, Não demonstra)</p> <p>Conhecimentos sobre planeamento familiar (Demonstra, Não demonstra)</p>	<p>Discutir Crenças: Menopausa</p> <p>Ensinar Funções fisiológicas: Menopausa</p> <p>Ensinar Funções fisiológicas: Reprodução</p> <p>Ensinar Planeamento familiar por procedimento 2.C.-1.2.18.</p> <p>Referir Menopausa: Médico</p>

VIGILÂNCIA

Penso

Refeição

Ferida / Úlcera

ARS / SUB REGIÃO DE SAÚDE DE _____
CENTRO DE SAÚDE _____

Padrão De Documentação De Enfermagem: _____ (modelo experimental)

Nome: _____ Processo Nº: _____ / _____

Contacto:

Nº / Local	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Data										
Realizado										

Nome: _____ Processo Nº: _____ / _____

FENÓMENOS	INTERVENÇÕES

VIGILÂNCIA

--

--

--

--

OBSERVAÇÕES

--

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE
 DO NORTE
 SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE VILA REAL

**FICHA INDIVIDUAL
 DE VACINAÇÃO**

Nº Processo Familiar _____
 Nº Utente _____

Nome _____
 Sexo M F Data de Nascimento _____
 Filiação _____
 Residência _____
 Local _____ Código Postal _____

VACINAÇÃO B.C.G.

TIPO	Data	Lote	Resultado	Data	Lote	Resultado	Data	Lote	Resultado	Data	Lote	Resultado	Data	Lote	Resultado
B. C. G.	___/___/___			___/___/___			___/___/___			___/___/___			___/___/___		

Na primovacinação: Cicatriz vacinal sim não

PROVAS TUBERCULÍNICAS

TIPO	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado	Data	Resultado
RT23 2U (mm)	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___	
RT23 10U (mm)	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___	
OUTRO	___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___	

Adenites: Axilar _____ Simples Puncionada Fistulizada

Observações _____

Mod. 160.01

PRIMOVACINAÇÃO
DATA - LABORATORIO - LOTE

REFORÇOS
DATA - LABORATORIO - LOTE

D.T.P.												
V.A.P.												
V.A.S.P.R.												
V.A.S.												
D.T.												
T.												
V.A.R.												

Observações _____

A.R.S. DO NORTE
SUB-REGIÃO DE VILA REAL
CENTRO DE SAÚDE DE

GUIA DE TRATAMENTO

REGISTO Nº _____
UTENTE Nº _____
PROC. INTERN Nº _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____
Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____ Nacionalidade _____ Sexo M F
Residência _____ Telef. _____
Sistema / Subsistema _____ Benef. nº _____

ENTIDADE RESPONSÁVEL

Nome do Responsável (ou Firma) _____
Morada _____
Companhia de Seguros _____ Apólice _____

CAUSA DA ASSISTÊNCIA

- Doença
- Acidente Trabalho
- Acidente de Viação
- Outra _____

Tratamento a efectuar _____

O Médico _____

TRATAMENTOS EFECTUADOS

Data	Nº	Discriminação	Enfermeiro
/ /	1		
/ /	2		
/ /	3		
/ /	4		
/ /	5		
/ /	6		
/ /	7		
/ /	8		
/ /	9		
/ /	10		
/ /	11		
/ /	12		
/ /	13		

Outras indicações:

ANEXO VIII

