

Indicadores de Qualidade e Práticas de Cuidados de Enfermagem nos Cuidados de Longa Duração

Quality Indicators and Nursing Care Practices in Long Term Care

Grilo, Eugénia^a; Mendes, Felismina^b

^a Instituto Politécnico de Castelo Branco – ESALD; Doutoranda - UCP

Avenida do Empresário - Campus da Talagueira
6000-767 Castelo Branco, Portugal

eugenia@ipcb.pt

^b Universidade de Évora- Escola Superior de Enfermagem

Largo Nossa Senhora da Pobreza, 7000 Évora, Portugal

fm@uevora.pt

1. RESUMO

Pretendeu-se com este estudo dar a conhecer a realidade dos Cuidados de Longa Duração numa determinada área geográfica do país e alertar os responsáveis e decisores políticos para a necessidade de um novo olhar sobre os cuidados de saúde prestados nestes contextos. Estudaram-se seis estruturas residenciais para idosos e os rácios de cuidados de enfermagem e os discursos dos atores foram interpretados à luz dos indicadores de qualidade disponibilizados pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research. O número de horas de cuidados de enfermagem apresenta um défice muito elevado. O melhor rácio, de 0,17 horas por dia e por utente, é um valor muito diferente do considerado como requisito de qualidade mínima, ou 50%, que é de 0.31 horas. Os discursos dos enfermeiros e dos idosos confirmam esta desadequação e os constrangimentos que dela decorrem.

ABSTRACT

The aim of this study was to make known the reality of long-term care in a specific geographic area of Portugal and alert policy makers to the need a new perspective on health care provided in these settings. We studied six senior living facilities and nursing care ratios and the speeches of the actors were interpreted in light of *Indicators for care homes* provided by the European Centre for Social Welfare Policy and Research. The number of hours of nursing care, have a very high deficit. Best ratio was 0.17 hours per day and per user, very different from the value considered as minimum quality requirement, or 50%, which is 0.31 hours. The speeches of the nurses and elderly confirm this mismatch and constraints deriving from.

2. INTRODUÇÃO

Os cuidados de longa duração ou Long Term Care (LTC) estão no centro do debate na União Europeia, pela constatação do crescente o número de pessoas idosas e frágeis que precisam de cuidados que exigem mudanças estruturais nos sistemas e recursos existentes. Os últimos anos foram marcados por iniciativas e medidas destinadas a responder às necessidades das pessoas idosas e das suas famílias. No nosso país, salientam-se a criação da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) e a publicação da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março¹, que define as condições de organização e funcionamento das estruturas residenciais para pessoas idosas. Noutros países, organizações e projetos de investigação tomaram os LTC como foco de atenção num esforço comprometido de promover e desenvolver a qualidade nestes contextos de cuidados como foi o projeto coordenado pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research².

Os LTC no nosso país estão organizados num modelo misto de responsabilidade partilhada pela saúde e pela segurança social, e são assegurados por estruturas da RNCCI e pelas estruturas residenciais. Ao nível da Comunidade Europeia os LTC “abrange três objetivos interligados e mutuamente acordados para os serviços prestados: acesso universal, elevada qualidade e sustentabilidade de longo prazo”³. Assentes em valores, modelos, e modos de organização muito diversos demoraram a ser reconhecidos como área de cuidados de responsabilidade pública e a garantia da qualidade nestes contextos apresenta um padrão desigual nos diferentes países.

A qualidade, enquanto característica intrínseca do bom, pode ser concebida como uma construção social que depende de valores e categorias cognitivas de cada pessoa em particular e da forma como cada um perspetiva os cuidados e o trabalho de cuidar⁴. Os autores já referidos consideram ainda como característica da qualidade, a impossibilidade de ser avaliada por si só, sendo mandatário avaliá-la em relação à finalidade ou finalidades e ao bem considerado que deverá cumprir.

Embora existia a distinção entre indicadores de estrutura, de processo e de resultado⁴, a distinção entre os dois últimos, nem sempre é clara quando se pretende medir a qualidade. Os indicadores de processo representam o conteúdo das ações e procedimentos invocados pelo prestador em resposta à condição avaliada de quem recebe os cuidados. No contexto específico dos LTC “a qualidade do processo inclui aquelas as atividades que acontecem com e entre os profissionais de saúde e os residentes”, e “as medidas de resultado representam a aplicação desse processo”⁴.

Do trabalho desenvolvido pelo European Centre for Social Welfare Policy and Research ficou a evidência de que os padrões de qualidade nestes contextos se centram sobretudo nas atividades práticas, embora estas estejam relacionadas com as estruturas e os processos. O desempenho económico e as questões de liderança foram também domínios usados para definir, medir e avaliar a qualidade dos resultados nestes contextos, mas a importância maior foi dada aos cuidados de enfermagem e à qualidade de vida dos utentes².

Na tabela 1 apresentam-se apenas alguns dos 94 indicadores de qualidade e respetivos domínios definidos para avaliar a qualidade nestes contextos de cuidados.

Tabela 1- Lista dos principais indicadores de qualidade dos cuidados e respetivos domínios

Indicador	Domínio
Tempo médio de cuidados diretos por dia e por residente	Processo de Cuidados
Percentagem de residentes com úlcera por pressão de categoria 2-4 adquiridas no atual contexto de cuidados.	Qualidade e segurança dos cuidados
Percentagem de residentes em que foi reportado um erro de medicação nos últimos 30 dias	Qualidade e segurança dos cuidados
Percentagem de residentes com sintomas de desidratação	Qualidade e segurança nos cuidados (gestão do risco)
Percentagem de residentes que teve um incidente de queda nos últimos 30 dias	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com incontinência urinária há pelo menos uma semana.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com cateter urinário de longa duração inserido há mais de 14 dias.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que sofreram de dor nos últimos 30 dias.	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que estão satisfeitos com os seus cuidados pessoais	Saúde e bem estar
Percentagem de residentes com contraturas	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes acamados	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes com uma avaliação da capacidade para se alimentar de forma independente ou riscos relacionados	Qualidade e segurança nos cuidados
Percentagem de residentes que sentem que o pessoal da unidade conhece a sua história de vida.	Qualidade de vida, gestão da identidade
Percentagem de funcionários que sentem que correm riscos informados nos cuidados aos residentes.	Qualidade de vida, decisões partilhadas
Percentagem de residentes que sente que os funcionários são seus amigos.	Qualidade de vida, sentido de pertença
Percentagem de residentes que sentem que não há pessoal suficiente para responder às suas necessidades	Qualidade de vida
Percentagem de residentes que sente que a sua saúde é promovida para otimizar a sua qualidade de vida	Qualidade de vida, Promoção da saúde

Fonte: Measuring Progress: Indicators for care homes (2010).

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo, de características exploratórias foi realizado em 6 estruturas residenciais da região centro do país. A evidência foi recolhida através da observação direta e de entrevistas aos diretores técnicos, enfermeiros e utentes aos quais foi garantido o anonimato e a confidencialidade das respostas. Decorreu entre junho e dezembro de 2012.

Os rácios foram calculados a partir da Portaria nº 67/2012 de 21 de Março que define os recursos de cuidados de enfermagem para este tipo de equipamento, “um enfermeiro (a), por cada 40 residentes” (artº 12, nº1, alínea b)¹. Considerou-se que um enfermeiro (a) corresponde a uma jornada de trabalho ou seja 8 horas de cuidados por dia. A partir deste pressuposto e do número de residentes, calculou-se a média de horas de cuidados por dia, e por residente, considerando os 7 dias da semana.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nas estruturas residenciais estudadas verificou-se uma grande diversidade tanto em termos de estrutura e de capacidade, como em termos de recursos e de horas de cuidados dispensados como revela a Tabela 2.

Tabela 2: Número horas e cuidados esperados e recebidos por utente e por dia em cada estrutura residencial

Estrutura Residencial	Nº de Residentes da Estrutura	Horas de Cuidados de Enfermagem Esperados /Dia	Horas de Cuidados de Enfermagem Efetivos / Dia	Horas de Cuidados de Enfermagem/Dia /Utente
A	80	16	8	0,1
B	300	60	24	0,08
C	52	10,4	5	0,09
D	100	20	11,7	0,17
E	150	30	24	0,16
F	140	28	11,1	0,08

Como os dados evidenciam, o défice de horas de cuidados de enfermagem, em 3 das estruturas estudadas não chega a 50% das horas de cuidados esperadas de acordo com a legislação em vigor. Mas se for considerado o referido no nº3 da portaria já referida, “Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência os rácios de pessoal de enfermagem, são os seguintes: Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes”¹, o défice é muito mais significativo, embora não fosse confirmado porque as prioridades de cuidados nestes contextos não incluem a avaliação regular do nível de dependência. Não há consenso total sobre os rácios de dotações seguras, mas algumas décadas de investigação nos Estados Unidos da América, confirmam que a qualidade dos cuidados de enfermagem nos LTC, é impossível de alcançar sem a preocupação e a obrigação de estas serem garantidas⁵. Um estudo mais recente⁶, considera que para Registered Nurses (enfermeiras qualificadas com pelo menos três anos de formação, uma vez que existem outros níveis de formação em enfermagem), rácios de 0,31 horas por dia e por residente permitem apenas níveis de qualidade de 50% considerados como mínimos, e rácios de 1.8 horas, permitem níveis de qualidade de 75%, enquanto para níveis de qualidade de 90% foram consideradas indispensáveis 3.3 horas de cuidados de enfermagem por dia e por residente.

O défice de horas de cuidados de enfermagem também foi reconhecido pelos enfermeiros quando se lhes foi pedido para falarem dos cuidados prestados nestes contextos.

“Não consigo chegar a todos.” “Não sei precisar quantas horas do meu dia gasto a preparar a terapêutica, mas gasto muitas...a maior parte delas”... “Não resta quase tempo para mais nada.

(Enfª Ana, Estrutura Residencial A)

“Os idosos têm exigências muito específicas e nem sempre se conseguem identificar nos primeiros contactos. Demora o seu tempo... e tempo às vezes não é o suficiente...”.

“Perdemos muito tempo com a medicação, quase que as nossas atividades se limitam a isso”.

(Enfª Joana, Estrutura Residencial B)

“...O que nos ocupa mais tempo é a preparação da medicação, que ocupa muito tempo, (...) é a execução dos pensos dos utentes acamados”...a falta de tempo é o grande responsável pelas dificuldades que sinto aqui...”

(Enf^o Manuel, Estrutura Residencial B)

Embora os enfermeiros sejam positivamente considerados pelos utentes, eles, reconhecem também a desadequação dos rácios, em que falta de tempo é o elemento comum dos discursos.

“Andam toda a tarde a dar medicamentos”. “Eles não falam muito, mas também não podem fazer tudo... os doentes são muitos e não podem dar assim muita atenção a todos...”

(Residente Maria, Estrutura, Residencial B)

“Esta enfermeira que cá está agora, é muito atenciosa, mas às vezes sinto que ela não contribuiu com aquilo que eu desejava (...) ela não pode fazer milagres, e acho que nem sempre terá muito tempo...”

(Residente Carolina, Estrutura, Residencial C)

“São amigos de brincar, de puxar conversas... E olhe que às vezes nem têm tempo, é tanta gente...eles nunca param”...e ensinaram-me para ser eu a pôr o oxigénio”. Nem sei, onde eles vão buscar tanta paciência para tratarem da gente”.

(Residente Manuel, Estrutura, Residencial E)

Defende-se atualmente uma mudança na filosofia e nos modelos de assistência aos idosos em que o modelo tradicional, centrado na doença e dependência, e assente em rotinas institucionais, dê lugar a um modelo descrito como “cultura da mudança”. Este, associa novos constructos a novas práticas, salientam-se entre os primeiros, o “cuidado centrado na pessoa”, “as relações de proximidade”, o “empoderamento pessoal”, a “liderança descentralizada e participada” e “processos sistemáticos de melhoria de qualidade”, que exigem práticas flexíveis e escolhas dos idosos, compromissos entre quem presta e quem recebe cuidados, promoção da visão/ missão da instituição e o uso da informação para monitorizar a qualidade dos cuidados prestados⁷.

5. CONCLUSÕES

A necessidade de aumentar a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde dispensados às pessoas idosas, apela à implementação de sistemas de gestão da qualidade que passam obrigatoriamente pelo uso de indicadores capazes de orientar os cuidados para os resultados, mas também de responder às exigências económicas e sobretudo às necessidades dos idosos e suas famílias. Contudo os rácios de cuidados de enfermagem definidos na lei e particularmente os existentes nos contextos analisados, apenas permitem responder aos cuidados de saúde prioritários, realidade que é reconhecida tanto por quem cuida como por quem é cuidado, colocando as práticas destes contextos no sentido oposto aquele que hoje é preconizado e defendido na assistência aos idosos na maioria dos estados membros. Face aos desafios a mudança nestes contextos de cuidados é imperativa e deverá envolver os conhecimentos dos atores nas tomadas de decisão.

6. REFERÊNCIAS

1. Portugal, Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho, 2006.
2. European centre for social welfare policy and research, Measuring Progress: Indicators for care homes, Vienna, Austria, 2010:6.
http://www.euro.centre.org/data/progress/PROGRESS_ENGLISH.pdf. (acedido em 3.01.2013).
3. Comunidades Europeias, Cuidados de Longa Duração, Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 2008, ISBN 978-92-79-09591.
7. Nies, Henk [et al], Quality management and quality assurance in LTC | European Overview Paper, European Commission under the Seventh Framework Programme, 2010; 7
5. Ausserhofer D., Schubert M., Desmedt M., Blegen M. A., Geest S., Schwendimann R. The association of patient safety climate and nurse-related organizational factors with selected patient outcomes: A cross-sectional survey, International Journal of Nursing Studies 50, 2013: 240–252.
6. Harrington, Charlene, Nursing Home Staffing Standards in State Statutes and Regulations The Massachusetts Advocates for Nursing Home Reform (“MANHR”)2010.
<http://www.manhr.org/default.aspx>, (acedido em 13.04.2013).
7. McCormack B., Roberts T., Meyer J., Morgan D. & Boscart V. Appreciating the ‘person’ in long-term care. International Journal of Older People Nursing, 7, 2012:284–294.