

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**  
**- UM MODELO DE MELHORIA CONTÍNUA BASEADO NA REFLEXÃO-AÇÃO**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
doutor em Enfermagem

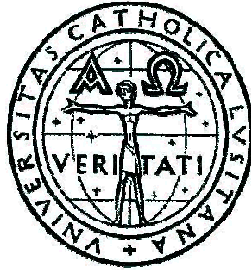
por

Natália de Jesus Barbosa Machado

Instituto de Ciências da Saúde

Março 2013





UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

GESTÃO DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- UM MODELO DE MELHORIA CONTÍNUA BASEADO NA REFLEXÃO-AÇÃO

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de  
doutor em Enfermagem

por Natália de Jesus Barbosa Machado

Sob a orientação do Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Instituto de Ciências da Saúde

Março, 2013



## Agradecimentos

Agradeço,

Ao Prof. Abel Paiva pelo que me ensinou e ensina, pela ajuda, pela disponibilidade, pela presença, pela amizade.

Aos responsáveis do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa que proporcionaram a possibilidade de realização deste estudo.

Ao Enfermeiro Jorge Carvalho, à Enfermeira Luísa Nunes e à Enfermeira Elsa Pinto por acreditarem no projeto.

Aos enfermeiros, amigos e colegas que conosco partilharam este percurso – Elsa, Luísa, Lídia, Sara, Marta, Dulce, Luís, Adelaide, Paula, Beatriz, Filipe, Alexandrina, Mónica, Marina, Elsita, Isabel O., Lucília, Assunção, Joana, Brígida, Bruno, Daniela, João, Isabel S., Dina, Maria José, Cristiana e Rita.

À Lídia e ao Nuno pelo contributo especial no decurso do trabalho.

Aos que estiveram por perto, os amigos - Inês, Antónia, Filipe, Jorge e Joana.

À minha família, meu núcleo de apoio e suporte, ao meu pai pelo exemplo de perseverança, à minha mãe por ver sempre o lado melhor de todas as coisas, à Luísa, Né, Didi e Shelinha pelo apoio e carinho.

À Ana Marta por tornar os meus dias com mais significado.



*A mudança é uma porta que se abre a partir de dentro.*

*Marilyn Ferguson*





## RESUMO

A qualidade tornou-se uma questão intemporal e um fenómeno de crescente interesse nas organizações de saúde. No entanto, a qualidade não se pode avaliar apenas a partir de apreciações subjetivas, e por isso, requer estratégias de monitorização e de avaliação.

A produção de informação válida e fiável é crucial para a avaliação da qualidade em saúde. Em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade, traçando linhas orientadoras sobre as áreas consideradas mais relevantes para a qualidade na saúde. O contributo da enfermagem para a qualidade na saúde é colocado no desafio de acrescentar valor à qualidade em saúde, através de um paradigma de enfermagem centrado nos processos de transição que as pessoas vivenciam em resultado de eventos na sua saúde ou na incorporação de novos papéis.

O percurso de investigação que desenvolvemos centrou-se na reflexão a partir de informação válida traduzida em indicadores de enfermagem enquanto estratégia para aumentar a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, permitindo o desenvolvimento de um modelo de melhoria contínua da qualidade. Neste contexto desenhou-se um ciclo investigação-ação como o método adequado aos propósitos do estudo.

A informação válida produzida pelos enfermeiros permitiu a reflexão em torno de oportunidades de desenvolvimento, a partir do modelo II de Argyris & Schön (1982), que conduzissem a mudança no exercício profissional dos enfermeiros. A melhoria da qualidade no contexto de ação pressupõe o questionamento e a reflexão dos modelos em uso, de modo a que estes se aproximem dos modelos expostos. Os modelos que enformam a ação decorrem de processos lentos e graduais de desenvolvimento profissional e da capacidade individual de autoquestionamento que permite o distanciamento reflexivo capaz de traduzir mudança efetiva.

As áreas de enfermagem assumidas para se incluírem no programa de melhoria contínua da qualidade inscrevem-se no âmbito do autocuidado e do desempenho do papel do membro da família prestador de cuidados. Os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem onde se verificaram melhorias integram os aspetos relativos à preparação do membro da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados. A promoção da autonomia das pessoas com dependência para o autocuidado não revelou ganhos significativos, dadas as modificações nos contextos organizacionais e a integração destes doentes na rede de cuidados continuados, o que reduziu o impacto dos resultados nesta área e neste contexto clínico.

Reconhece-se que o valor atribuído à documentação recai essencialmente, sobre o valor legal da informação e sobre a continuidade de cuidados. A reflexão-ação em que assentou o processo de melhoria contínua da qualidade, potencia modificações e gera novas perspetivas de ação, não significando, no entanto, mudanças imediatas, mas conduz a mudanças internalizadas e de carácter duradouro.

Palavras-chave: informação válida; indicadores de qualidade de enfermagem; reflexão-ação; melhoria contínua da qualidade.

## **ABSTRACT**

Quality has become a timeless question and a phenomenon of increasing interest in health organizations. However, quality cannot be evaluated only by subjective appraisals and, therefore, requires monitoring and evaluation strategies.

The production of valid and reliable information is crucial for the evaluation of quality in health. In Portugal, the Health Quality Department has the mission of promoting and disseminate, in the national health care institutions, a culture of continuous quality improvement, tracing guidelines about the areas considered as most relevant to the health quality. The contribution of nursing to health quality is placed on the challenge of adding value to quality in health, through a nursing paradigm centered on transition processes that people experience as a result of events in their health or in the incorporation of new roles.

The course of investigation that we developed focused on the reflection departing from valid information translated into nursing indicators, as a strategy to increase the quality in the professional exercise of nurses, allowing the development of a model of continuous improvement of quality. In this context, an action-research cycle was drawn as the suitable method to the study purposes.

The valid information produced by nurses allowed the reflection around development opportunities, as from the Argyris & Schön model II (1982), which would lead to change in the professional exercise of nurses. The quality improvement in the context of action presupposes the questioning and the reflection of the models in use, in a way that these come closer to the models exposed. The models that shape the action derive from slow and gradual processes of professional development and from the individual ability of self-questioning that allows the reflexive distancing capable of translating into an effective change.

The areas of nursing assumed to be included in the continuous quality improvement program are inserted in the domain of self-care and family caregiver role performance. The nursing care sensitive health outcomes where improvements have been observed integrate the aspects related to the preparation of family caregiver in the performance of caretaking activities. The promotion of autonomy in individuals with self-care dependency didn't reveal significant gains, given the modifications in organizational contexts and their integration in the long-term care network, which reduced the impact of the results in this area and in this clinical context.

It is recognized that the value attributed to documentation lies essentially upon the legal value of the information and the continuity of care. The reflection-in-action that based the continuous quality improvement process potentiates modifications and generates new perspectives of action, not meaning, however, immediate changes, but leading to internal changes with long lasting character.

**Keywords:** valid information, quality nursing indicators, reflection-in-action, continuous quality improvement.

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - A INVESTIGAÇÃO-AÇÃO (ADAPTADO DE BASKERVILLE, 1999).....	58
FIGURA 2 - DA OPORTUNIDADE À MUDANÇA .....	60
FIGURA 3 - ESQUEMA CRONOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO .....	68
FIGURA 4 - ESTRUTURA DO EIXO - FOCO DA PRÁTICA CLÍNICA.....	70
FIGURA 5 – MODELO INTEGRADO DE AÇÃO E MUDANÇA (ADAPTADO DE SENGE ET AL, 1996) .....	82
FIGURA 6 - AS ÁREAS RELEVANTES A SEREM INCLUÍDAS NO PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE A PARTIR DA REFLEXÃO.....	126
FIGURA 7 - PLANO DE DISTRIBUIÇÃO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS POR TURNO.....	134
FIGURA 8 - MODELOS E PERSPETIVAS QUE ORIENTAM A AÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM .....	146
FIGURA 9 – A RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS FACE À ABORDAGEM AO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS.....	168
FIGURA 10 - ESQUEMA SÍNTESE DO CAPÍTULO .....	184
FIGURA 11 – ESQUEMA SÍNTESE - DA IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO À IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRIDO .....	215



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DOS FOCOS DE ATENÇÃO MAIS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PARA DESCREVER OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – MOMENTO 1 .....	100
GRÁFICO 2 – RELEVÂNCIA, POR DOMÍNIOS, DAS ÁREAS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM, CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE® VERSÃO BETA – MOMENTO 1 .....	101
GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS – MOMENTO 1 .....	102
GRÁFICO 4 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE INTEGRAM UM JUÍZO CLÍNICO DE PROBABILIDADE – MOMENTO 1 .....	103
GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA POR TIPO DE AÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – MOMENTO 1 .....	106
GRÁFICO 6 – FREQUÊNCIA DOS REGISTOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TODOS OS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO, NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1 .....	113
GRÁFICO 7 - MODIFICAÇÕES NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO HIGIENE; DEPENDÊNCIA PARA SE TRANSFERIR; DEPENDÊNCIA PARA SE ALIMENTAR; DEPENDÊNCIA PARA USAR O SANITÁRIO; DEPENDÊNCIA PARA SE POSICIONAR, DEPENDÊNCIA PARA ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA, NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1 .....	115
GRÁFICO 8 - PREPARAÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: CONHECIMENTO - MOMENTO 1 .....	117
GRÁFICO 9 - PREPARAÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES - MOMENTO 1 .....	117
GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA DOS REGISTOS RELATIVOS A DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CADA EPISÓDIO DE INTERNAMENTO - MOMENTO 1 .....	193
GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DOS REGISTOS RELATIVOS A DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CADA EPISÓDIO DE INTERNAMENTO - MOMENTO 2 .....	193

GRÁFICO 12 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS - MOMENTO 1 .....	196
GRÁFICO 13 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS - MOMENTO 2 .....	196
GRÁFICO 14 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 1 .....	198
GRÁFICO 15 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 2 .....	198
GRÁFICO 16 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO A APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 1..	198
GRÁFICO 17 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO A APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 2..	198
GRÁFICO 18 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DOCUMENTADAS AGRUPADAS POR TIPO DE AÇÃO CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE® - MOMENTO 1 .....	199
GRÁFICO 19 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DOCUMENTADAS AGRUPADAS POR TIPO DE AÇÃO CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE® - MOMENTO 2 .....	199
GRÁFICO 20 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM CARÁTER DE PROBABILIDADE MAIS VEZES IDENTIFICADOS - MOMENTO 1 .....	200
GRÁFICO 21 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM CARÁTER DE PROBABILIDADE MAIS VEZES IDENTIFICADOS - MOMENTO 2.....	200
GRÁFICO 22 - FREQUÊNCIA DE REGISTOS EM QUE À DEPENDÊNCIA PARA O USO DO SANITÁRIO FORAM ASSOCIADAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DE MACERAÇÃO.....	201
GRÁFICO 23 - EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE IDENTIFICADAS NA DOCUMENTAÇÃO - MOMENTO 1 .....	202
GRÁFICO 24 - EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE IDENTIFICADAS NA DOCUMENTAÇÃO - MOMENTO 2 .....	202

GRÁFICO 25 - MODIFICAÇÕES VERIFICADAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TÊM ASSOCIADO O JUÍZO CLÍNICO "DEPENDÊNCIA" - MOMENTO 1.....	205
GRÁFICO 26 - MODIFICAÇÕES VERIFICADAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TÊM ASSOCIADO O JUÍZO CLÍNICO "DEPENDÊNCIA" - MOMENTO 2.....	205
GRÁFICO 27 – FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES D ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM POR ALVO DE ATENÇÃO OS PRESTADORES DE CUIDADOS, AS ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS FACE AO AUTOCUIDADO E À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES – MOMENTO 2.....	207
GRÁFICO 28 – FREQUÊNCIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM COMO ALVO O MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS .....	209
GRÁFICO 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM POR ALVO O MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS PELOS DIFERENTES DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO – MOMENTO 2 .....	210





## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1- EIXOS DA CIPE® VERSÃO BETA (2000) .....	69
TABELA 2 - INDICADORES DE RESULTADO DE ENFERMAGEM .....	94
TABELA 3 - ÁREAS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM QUE DECORREM DOS QUADROS PATOLÓGICOS – MOMENTO 1 .....	103
TABELA 4 – ÁREAS QUE TRADUZEM PROXIMIDADE COM O CORE DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM, EXPRESSAS NA DOCUMENTAÇÃO – MOMENTO 1 .....	104
TABELA 5 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO OBSERVAR IMPLEMENTADAS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1 .....	106
TABELA 6 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO EXECUTAR IMPLEMENTADAS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1 .....	107
TABELA 7 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR DOCUMENTADOS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1 .....	108
TABELA 8 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM 1 REGISTO .....	114
TABELA 9 - COMPARAÇÃO ENTRE O N.º DE CASOS DOCUMENTADOS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TOMAM POR REFERÊNCIA AS COMPETÊNCIAS DO PRESTADOR DE CUIDADOS E OS CASOS ONDE SE VERIFICAM MODIFICAÇÕES POSITIVAS NA OBTENÇÃO DESSAS COMPETÊNCIAS - MOMENTO 1 .....	118
TABELA 10 - DIFERENTES FOCOS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM INTENÇÕES SEMELHANTES FACE AOS CUIDADOS .....	156
TABELA 11 – INTEGRIDADE REFERENCIAL ENTRE OS ITENS DE INFORMAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	161
TABELA 12 - COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO / NÚMEROS DE REGISTOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS, NOS PERÍODOS DE TEMPO CONSIDERADOS PARA A REFLEXÃO A PARTIR DE INFORMAÇÃO VÁLIDA ....	194



## ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>23</b>
1.1. A qualidade em saúde.....	24
1.2. A qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.....	31
1.3. Contextos e sujeitos da, e na, ação – mudar ou inovar? .....	38
1.3.1. A reflexão-ação .....	39
1.4. Síntese da problemática e dos conceitos centrais .....	44
1.5. Visão geral da tese.....	48
1.6. Referências .....	49
<b>2. METODOLOGIA .....</b>	<b>53</b>
2.1. Finalidade do estudo.....	53
2.1.1. Perguntas de investigação .....	54
2.2. Contexto do estudo.....	55
2.3. A investigação-ação .....	57
2.4. Os processos de inovação e mudança.....	60
2.4.1. Ciclo de mudança a partir da investigação-ação .....	63
2.4.2. Técnicas de recolha de dados .....	68
2.4.2.1. Análise da documentação dos cuidados de enfermagem.....	68
2.4.2.2. Entrevistas de grupo .....	71
2.4.2.3. Observação participante / Notas de campo.....	72
2.4.3. Análise de conteúdo .....	73
2.5. Considerações éticas.....	74
2.6. Referências .....	75
<b>3. IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO .....</b>	<b>79</b>
3.1. Acrescentar valor à qualidade .....	81
3.1.1. O autocuidado .....	87
3.1.2. Preparar para o papel de prestador de cuidados .....	90
3.1.3. Transformar desafios em oportunidades .....	93

3.2. Oportunidades de desenvolvimento.....	99
3.2.1. O processo de documentação de enfermagem.....	112
3.2.2. A informação válida enquanto pretexto para a identificação de oportunidades de desenvolvimento.....	114
3.2.3. A organização do serviço – o método de trabalho .....	120
3.2.4. Oportunidades de desenvolvimento identificadas.....	122
3.3. Referências .....	128
<b>4. PLANEAMENTO E GESTÃO NA MUDANÇA .....</b>	<b>131</b>
4.1. Estratégias e planeamento para a mudança .....	132
4.1.1. Gestão organizacional .....	133
4.1.1.1. O método de distribuição do trabalho.....	133
4.1.1.2. O processo de documentação.....	135
4.1.2. Modelos que orientam a ação.....	136
4.1.2.1. Orientação centrada na deteção precoce do agravamento e na prevenção de complicações .....	137
4.1.2.2. Orientação centrada nos aspetos inerentes ao autocuidado .....	140
4.1.2.3. Orientação centrada para a preparação do membro da família prestador de cuidados.....	142
4.1.2.4. Síntese do tópico.....	145
4.1.3. Recontextualização e reconfiguração do conhecimento.....	146
4.1.3.1. Processo de tomada de decisão clínica em enfermagem .....	147
4.1.4. Preparação para a mudança .....	152
4.1.5. Desconstrução e reconstrução do conhecimento.....	155
4.1.5.1. Focos de atenção de enfermagem.....	155
4.1.5.2. Relevância dos dados e integridade referencial.....	159
4.1.5.3. Acrescentar valor na preparação do regresso a casa.....	163
4.2. A gestão da mudança.....	168
4.2.1. Contingências durante o processo de mudança.....	171
4.2.2. Perspetivas na construção da mudança.....	172
4.2.2.1. Relevância dos dados e da informação .....	173
4.2.2.2. Orientação para a promoção do autocuidado.....	175
4.2.2.3. Orientação de enfermagem focada no desempenho do papel de prestador de cuidados.....	177
4.3. Síntese do capítulo.....	182

4.4. Referências .....	184
<b>5. IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRIDO .....</b>	<b>189</b>
5.1. Informação produzida pelos enfermeiros .....	192
5.1.1. Informação relativa a frequências dos diagnósticos de enfermagem .....	196
5.1.2. Informação orientada para a prevenção de complicações .....	199
5.1.3. Informação orientada para as modificações positivas no estado dos diagnósticos .....	204
5.2. Síntese do capítulo.....	213
5.3. Referências .....	215
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>217</b>
6.1. Referências .....	226
<b>7. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>229</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>239</b>
<b>Anexo 1</b> – Análise de conteúdo das reuniões de grupo realizadas na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento e na fase de identificação do adquirido.....	241
<b>Anexo 2</b> – Autorização da Instituição onde decorreu o estudo .....	251
<b>Anexo 3</b> – Focos de atenção que integram a documentação de enfermagem – Momento 1 ...	253
<b>Anexo 4</b> – Diagnósticos de enfermagem que integram a documentação de enfermagem – Momento 1.....	255
<b>Anexo 5</b> – Intervenções de enfermagem implementadas – Momento 1.....	259
<b>Anexo 6</b> – Síntese dos trabalhos realizados em grupo relativo a aspetos da decisão clínica sobre as áreas inerentes ao autocuidado e preparação para o desempenho do papel de prestador de cuidados .....	271
<b>Anexo 7</b> – Preparação do regresso a casa centrado no desempenho para o papel de prestador de cuidados – critérios de resultado face ao conhecimento e aprendizagem de habilidades do membro da família prestador de cuidados.....	285
<b>Anexo 8</b> - Focos de atenção que integram a documentação de enfermagem – Momento 2....	287
<b>Anexo 9</b> - Diagnósticos de enfermagem que integram a documentação de enfermagem – Momento 2.....	289
<b>Anexo 10</b> – Intervenções de enfermagem implementadas – Momento 2.....	292



## 1. INTRODUÇÃO

A qualidade tornou-se, uma questão intemporal. Desde sempre que a problemática da qualidade acompanhou a evolução das sociedades apresentando-se como princípio transversal a todas as organizações. A procura da qualidade que teve o seu desenvolvimento a partir dos grandes setores industriais passou a constituir-se como prioridade para todas as organizações, e também, para as organizações de saúde.

A enfermagem, tal como outras áreas, assenta o seu desenvolvimento numa construção que tem como pilar a qualidade e por finalidade a melhoria da qualidade. Expandir e evoluir, para níveis mais exigentes e rigorosos do conhecimento específico da disciplina, na conformidade com similares níveis da qualidade dos cuidados de enfermagem, tornou-se desde há muito tempo uma exigência para a enfermagem e para os enfermeiros.

Numa análise retrospectiva da evolução da enfermagem transparece a ligação perseverante aos conceitos de qualidade e de melhoria contínua da qualidade, e foi com base nesta perspetiva que encetamos um percurso de investigação que neste relatório iremos apresentar.

A qualidade constitui-se como um aspeto em permanente mutação e construção, refletindo não só as necessidades, exigências e desejos de cada época e de cada pessoa, como as mudanças no meio envolvente (Lopes & Capricho, 2007).

Na enfermagem pretende-se identificar, descrever, explicar e prever fenómenos de relevância para a disciplina. Ao abordar-se a teoria de enfermagem emergem questões como a sua natureza, os aspetos epistemológicos ou os limites do que se designa constituir, domínio da disciplina.

A disciplina de enfermagem apresenta-se numa perspetiva multiparadigmática. Face à complexidade do seu objeto de estudo, a enfermagem foi desenvolvendo teorias passíveis de serem integradas em diferentes paradigmas. A multiplicidade de perspetivas permite a

visão em diversos ângulos de um mesmo problema e esta diversidade estimula o debate, contribuindo assim, para a construção do conhecimento de enfermagem. De igual modo, o conceito de qualidade também se apresenta numa multiplicidade de perspectivas, ancorado na subjetividade que cada pessoa atribui às características de algo que usufrui, seja um bem ou um serviço.

### 1.1. A QUALIDADE EM SAÚDE

O conceito de qualidade apresenta-se de modos diversos, com atribuição de significado a diferentes aspetos, embora as definições propostas revelem particular ênfase na satisfação do cliente.

A qualidade enquanto conceito de gestão teve a sua génese nos anos 30 com a preocupação no controlo estatístico, a partir da inspeção do produto final para verificação da conformidade do mesmo. Durante algum tempo, a qualidade centrava-se sobretudo na qualidade dos produtos, numa perspectiva industrial de reduzir os custos por via da antecipação dos defeitos e das reclamações potenciais.

Ao longo de todo o século XX o conceito de qualidade e o modo como foi entendido nas práticas das organizações evoluiu gradativamente ao longo do tempo. Refira-se que tentar definir em poucas palavras algo tão complexo e multifacetado não será fácil e por isso, “*a qualidade adopta uma posição de não existência de absolutos*” (António & Teixeira, 2009). Numa retrospectiva da evolução do conceito, a qualidade centrada inicialmente na inspeção e controlo do produto passa depois para uma perspectiva de garantia, ou seja, da verificação com a conformidade, evoluiu-se para a criação de padrões e de monitorização do processo de produção para implementação oportuna de medidas corretivas. Os procedimentos desenvolvidos até então permitiram perceber que a qualidade integra um sistema mais complexo que vai desde a conceção do produto até à satisfação do cliente, a garantia e gestão da qualidade passa a ser entendida como um processo dinâmico que visa a satisfação do consumidor, e que tem em consideração, os níveis de satisfação desse mesmo consumidor.

O conceito de qualidade evoluiu ao longo da segunda metade do século XX, e em muito contribuíram os trabalhos de investigadores como Deming, Juran, Ishikawa, Crosby,



Taguchi, entre outros, chegando-se ao conceito de gestão da qualidade total assente no desenvolvimento sustentável. Ou seja, uma perspetiva integral da qualidade que abarca o todo, e que significa mais que a soma das suas partes, que pressupõe uma interface entre produtores e fornecedores de serviços e os clientes ou consumidores, que não pode ser imposta de fora da organização mas que supõe uma cultura e filosofia de gestão, e que aponta para a melhoria contínua (Rocha, 2006).

Os diferentes posicionamentos dos autores acima referidos face ao conceito de qualidade tornaram-no mais abrangente. Em cada organização que prima pela qualidade estas dissemelhanças poderão traduzir-se em diferentes modos de obter qualidade. António & Teixeira (2009) enunciam as diferenças entre os autores, considerando que a perspetiva de Juran e Taguchi se foca nas consequências que um produto ou serviço pode gerar nos indivíduos ou na sociedade; a perspetiva de Crosby e Ishikawa centra-se nos resultados, na conformidade com os requisitos, enquanto Deming dá ênfase ao processo de realização considerando as consequências como efeitos a jusante.

A qualidade centrada nos bens ou produtos circunscreve-se a factos objetivos, inerentes às características externas do produto, à sua conformidade com as especificações e pretendendo tornar-se motivo de satisfação para o cliente. A qualidade, ao perspetivar-se nos serviços, reúne em torno de si um conjunto de elementos algo complexos, pois pressupõe que a produção do serviço e o seu consumo sejam simultâneos, e que acontecem num contexto de intersubjetividades.

Quanto à qualidade, os serviços detêm variadas características podendo mencionar-se algumas consideradas fundamentais, como: o facto de os serviços serem apreciados de modo subjetivo, tornando-se assim intangíveis e heterogéneos; a qualidade ocorre durante a prestação do serviço e, o consumidor participa nessa mesma prestação num processo de simultaneidade. Deste modo, para o cliente, a qualidade de um serviço resulta da comparação que este efetua do serviço com as expectativas que detinha sobre o mesmo.

No âmbito da qualidade em saúde, o que anteriormente se pressupunha transforma-se em efetiva realidade. Donabedian (2003) refere a qualidade em saúde como a obtenção dos maiores benefícios, com os menores riscos para o cliente, benefícios estes, que se definem em função do alcançável de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes, acrescenta ainda, que definir a qualidade implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos. E, estabelece três dimensões para a

qualidade em saúde: a dimensão técnica que se refere à aplicação de conhecimentos científicos e técnicos na solução do problema de saúde do cliente; a dimensão interpessoal que se refere à relação que se estabelece entre quem presta o serviço e o cliente; e a dimensão ambiental que se refere às condições oferecidas ao cliente em termos de conforto e bem-estar.

Donabedian (2003, p. 6) define qualidade em saúde considerando alguns atributos ou componentes como: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, acessibilidade, legitimidade e equidade.

**A eficácia.** Refere-se à capacidade da ciência e da tecnologia dos cuidados para promover melhorias na saúde. Ao longo do tempo, a eficácia correspondeu a *standards* de qualidade, que tinham origem a partir da experiência e investigação e, que eram utilizados, como referências para comparar resultados.

**A efetividade.** Refere-se à relação estabelecida entre os resultados obtidos e aqueles que os *standards* apontam com base na evidência científica. Esta componente da qualidade integra em si a adequação das intervenções terapêuticas implementadas.

**A eficiência.** Diz respeito à capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade destes. Este conceito é frequentemente usado numa análise económica, baseando-se na mera redução de custos que não traduz necessariamente eficiência. Donabedian (2003) refere diversas categorias de eficiência, como a eficiência clínica que depende de aspetos como o julgamento clínico, os conhecimentos e competências, que poderão traduzir menores custos para o cliente. A eficiência produtiva, quando são aperfeiçoados pelo treino, determinados procedimentos terapêuticos com vista a reduzir a frequência de erros e consequentemente, a diminuir os custos. A eficiência distributiva que se refere à capacidade de prestar assistência a quem dela mais necessita.

**A otimização.** É a componente da qualidade que remete para a relação entre os custos e os resultados, ou seja, os melhores resultados possíveis com os custos mais reduzidos.

**A adequação.** É definida como a conformidade com os desejos, valores e expectativas do cliente e da sua família, e que engloba várias dimensões como a acessibilidade, a pertinência, relação profissional/cliente, ambientes amenizados, e preferências pessoais do cliente. A acessibilidade diz respeito à facilidade com que os clientes acedem aos cuidados em tempo útil. A pertinência relaciona a disponibilidade dos cuidados de saúde tendo em

consideração se estes são os mais indicados. A relação interpessoal que se estabelece entre cliente e profissional de saúde, que incorpora os princípios de respeito pelos valores, crenças e desejos do cliente e, onde o cliente é o centro da atenção. A adequação dos cuidados exige condições ambientais que garantam a privacidade e o conforto.

**A legitimidade.** Refere-se à conformidade com que os cuidados são aceites pela sociedade e expressos pelos princípios éticos, valores, normas, leis ou regulamentos.

**A equidade.** É definida como a conformidade com os princípios de justiça na distribuição dos cuidados de saúde e os benefícios para os membros dessa população. A equidade é parte do que torna os cuidados de saúde aceitáveis para os indivíduos e legítimos para a sociedade.

A qualidade em saúde reúne valores e princípios distintos, como a justiça, a centralidade no cliente, a inovação e mudança e ainda, a aplicação da melhor evidência.

Para a monitorização e promoção da qualidade, Donabedian (2003) propõe que na abordagem a utilizar se considerem três aspetos: estrutura, processos e resultados. Por **estrutura** entende-se como as condições sob as quais os cuidados e serviços são disponibilizados – equipamentos e materiais, recursos humanos, características organizacionais; por **processo** entende-se as atividades que representam os cuidados prestados; e os **resultados** referem-se às mudanças operadas no estado de saúde dos indivíduos, famílias ou comunidades atribuídas aos cuidados.

Os enfermeiros, num desafio de permanente e necessária aproximação à qualidade, reconhecem que esta é resultante da conjugação de múltiplos esforços e saberes. Com efeito, *“a qualidade em saúde é tarefa multiprofissional e tem um contexto de aplicação local. Pois, nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde”* (OE, 2002, p. 39).

A ênfase na qualidade no sistema público de saúde português acentuou-se, no início dos anos 90, com uma crise que evoluía desde há algum tempo, e que levou à adoção de variadas estratégias. A reestruturação na organização dos serviços foi uma das estratégias, assim como, a adoção dos princípios inerentes à gestão da qualidade total, procurando-se melhorar a qualidade e, conseqüentemente, a eficiência do sistema.

Na sequência de tais estratégias foi formalmente criado em 1999, o Instituto da Qualidade em Saúde que tinha por incumbência, no quadro das medidas de política de saúde superiormente estabelecidas, a definição e o desenvolvimento de normas, estratégias e procedimentos que visavam a melhoria contínua da qualidade na prestação dos cuidados de saúde.

Diversos projetos foram sendo desenvolvidos nas instituições de saúde para responder à qualidade, centrados sobretudo no grau de satisfação dos utentes face aos serviços na sua globalidade, ou relacionados com a estrutura – as condições físicas, hoteleiras e a organização dos serviços. As instituições de saúde procuravam desse modo demonstrar o acesso dos clientes a cuidados de saúde de qualidade.

Tendo em vista a melhoria da qualidade na prestação de serviços pelos hospitais, o Instituto da Qualidade em Saúde (IQS), da Direcção-Geral da Saúde, em 1999, assinou um protocolo com a King's Fund Health Quality Service, instituição fundada no Reino Unido em 1897. O Health Quality Service (ex- King's Fund) é a organização que se encontra associada ao processo de acreditação das normas de auditoria organizacional e tem como missão contribuir para estimular a boa prática e inovação em todos os aspetos dos cuidados de saúde e da gestão.

O protocolo com o Estado português visava a acreditação hospitalar, mediante o reconhecimento, por uma avaliação externa e independente, do cumprimento de um conjunto de exigências a nível organizacional nas áreas de gestão administrativa, médica e de enfermagem.

Em 2004 a Unidade de Missão para os hospitais S.A. introduziu o modelo preconizado pela Joint Commission International que é uma entidade independente, tendo como missão melhorar a qualidade da saúde na comunidade internacional, promovendo a acreditação mundial às organizações que assim o solicitem, fornecendo um processo objetivo, baseado em normas para avaliar as organizações de saúde. Estas normas, que se aplicam a toda a organização, assim como a cada departamento ou serviço dentro da mesma, são comuns a todas as organizações de saúde, estando agrupadas por funções relacionadas com a prestação de cuidados ao doente e por funções que fornecem uma organização de confiança, eficaz e bem gerida.

Tais normas estão agrupadas de modo a assegurar os seguintes aspetos:

- Acesso aos cuidados e continuidade dos mesmos;
- Direitos do doente e da sua família;
- Avaliação de doentes;
- Cuidados prestados ao doente;
- Educação do doente e da família;
- Melhoria da qualidade e segurança do doente;
- Prevenção e controlo de infeções;
- Administração, chefia e direção;
- Gestão e segurança das instalações;
- Qualificações e educação dos profissionais;
- Gestão da informação.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 apontava como orientação estratégica a melhoria da qualidade organizacional dos serviços de saúde, uma vez que da análise da situação dos serviços de saúde portugueses se identificou uma “*escassa cultura de qualidade associada a um défice organizacional dos serviços*” (DR 2ª série N.º 120 de 24 de Junho de 2009 Despacho n.º 14223/2009), em consequência dessa constatação e pelo vazio deixado pela extinção do Instituto da Qualidade em Saúde, foi aprovada em 2009, a Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde que tem por missão a promoção e disseminação nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, de uma cultura de melhoria contínua da qualidade.

O Decreto-Lei nº 234/2008, de 2 de Dezembro, conferiu à Direção-Geral da Saúde as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no sistema de saúde português. Nessa conformidade, a Direção Geral da Saúde pretende desenvolver uma cultura de melhoria contínua da qualidade e de segurança do doente, com disseminação de boas práticas clínicas e organizacionais. Para tal, e considerando os modelos de acreditação que operaram no país, optou pelo modelo da Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia (ACSA) por considerar tratar-se de um modelo que melhor se adapta aos critérios preconizados, por ser um modelo consolidado, concebido para um sistema público de saúde de organização semelhante ao português e com destinatários idênticos em termos demográficos e epidemiológicos. Este modelo oficial de acreditação em saúde é de opção voluntária pelas instituições.

Uma cultura de melhoria contínua tornou-se, deste modo, base de todos os processos que tenham como intenção a qualidade em saúde. No entanto, esta requer que os diferentes intervenientes potenciem ao máximo o seu contributo.

A temática da qualidade em saúde, da enfermagem em particular, destaca uma ideia que se reporta como basilar - a qualidade implica quantificação / objetivação do seu valor, uma vez que se não houver exigências claras, a qualidade torna-se algo apenas subjetivo, logo difícil de partilhar. Por esse motivo, entendeu a Ordem dos Enfermeiros, após a definição dos seus padrões de qualidade, recomendar a construção de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2004), expondo desse modo o legítimo interesse dos enfermeiros em procurar indicadores que desafiem a qualidade do seu exercício profissional, potenciando o seu contributo para os ganhos em saúde dos portugueses.

O grande desafio que se coloca no processo de construção e implementação de um sistema de monitorização da qualidade passa pela definição de indicadores. A informação constitui um recurso nuclear neste processo organizacional, pelo que se torna relevante pensar em estratégias capazes de assegurar a recolha sistemática e regular dos dados necessários à produção dos indicadores utilizados na promoção das mudanças contínuas que acrescentam valor aos cuidados de enfermagem.

A qualidade que produza ganhos significativos tem de ser pensada, planeada e gerida no seio das instituições. A qualidade supõe e exige um conjunto integrado de ações e compromissos desenvolvidos ao longo do tempo.

Na promoção da qualidade, a estrutura, os processos e os resultados não são elementos autónomos e dissociados mas estão relacionados entre si. Os aspetos que se prendem com a estrutura e os processos envolvem os diferentes profissionais da equipa de saúde; já relativamente aos resultados, estes podem ser determinados por níveis de sensibilidade diferentes à intervenção de cada grupo profissional.

Importa referir que no contexto deste estudo, os resultados são entendidos como as mudanças na pessoa que foram influenciados pelos cuidados, no que se refere a ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem que decorrem de mudanças resultantes de conhecimentos e capacidades adquiridas suscetíveis de influenciar a saúde ou decorrer de comportamentos que favoreçam a manutenção da saúde.

Os enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros constituem-se como um instrumento relevante para precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e das políticas (OE, 2002). Deste modo, os enfermeiros defrontam-se com a procura das melhores soluções como garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta abordagem da qualidade não poderá incidir apenas nos aspetos que já fazem parte da realidade, mas na procura de melhores resultados naquilo que já hoje se reconhece como detentor de níveis aceitáveis de qualidade. E de igual modo, para obter a excelência na qualidade, perceber o que ainda existe para desenvolver à luz do que demonstra a evidência científica.

Os programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem implicam o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e implementação de mudanças que visam uma melhoria efetiva de modo a oferecer os cuidados de enfermagem que atendam e excedam as expectativas do cliente.

A melhoria contínua da qualidade resulta da intencionalidade na mudança para a obtenção de padrões mais elevados de cuidados de enfermagem e a reflexão torna-se uma etapa relevante do processo de implementação da mudança. A reflexão possibilita a compreensão do processo de implementação e do efeito que as mudanças provocam no contexto da ação. Deste modo, a melhoria contínua da qualidade implica e exige uma reflexão dinâmica, ou seja, a reflexão na, sobre e para ação (Argyris & Schön, 1982; Schön, 2000).

## 1.2. A QUALIDADE DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Durante décadas, no desenvolvimento da disciplina de enfermagem, competiram entre si diferentes perspetivas conceptuais, diferentes teorias e diferentes metodologias de investigação. Na enfermagem não se pode falar de uma determinada matriz linear de evolução, pois como afirma Meleis (2005), esta progrediu através de cumes, vales, retrocessos, caminhos circulares e crises.

Nightingale foi a primeira a delinear o que considerava a meta da enfermagem e o domínio da prática, propondo premissas básicas para a prática de enfermagem. Na atualidade poder-se-á afirmar, que a natureza substantiva da enfermagem se alicerça e está focalizada, nos

processos de vida das pessoas e nas alterações que estas experimentam devido a situações de saúde (Meleis, 2005).

A teorização no sentido de clarificar a natureza específica da enfermagem evoluiu, influenciando o pensamento e os discursos em cada contexto e a cada momento. A perspectiva singular da enfermagem enquanto disciplina expressa-se no metaparadigma que consensualmente é aceite pelos membros da comunidade científica e que abrange os conceitos de pessoa, ambiente, cuidados de enfermagem e saúde.

Fawcett (1985) refere que um metaparadigma é a perspectiva global que identifica os fenómenos primários de interesse da disciplina e que explica como esta lida com tais fenómenos de maneira exclusiva. Um metaparadigma inclui as principais orientações filosóficas ou visões do mundo da disciplina, os modelos conceituais e as teorias que orientam a pesquisa, assim como outras atividades de estudos e de indicadores que operacionalizam os conceitos teóricos (Fawcett, 1985; McEwen & Wills, 2009).

O metaparadigma reflete também a partilha de valores da disciplina, como o respeito pelas pessoas, a promoção da saúde, a autonomia, a prevenção da doença, a competência profissional e a conduta ética (Monti & Tinggen, 1999). Relativamente ao metaparadigma da disciplina de enfermagem, a generalidade dos investigadores comungam e partilham destes conceitos que acima referimos.

Na atualidade, a enfermagem assume-se como multiparadigmática. No entanto, tal assunção não seria tão óbvia algum tempo atrás, e o desacordo quanto aos paradigmas da disciplina estimulou o debate, promovendo a construção de ideias sobre a mesma, e esta partilha tornou-se um relevante contributo para o seu desenvolvimento.

As disciplinas do conhecimento, nos seus processos de desenvolvimento, foram consideravelmente influenciadas pelo conceito de paradigma, que foi definido e difundido por Thomas Kuhn (1922-1996). A enfermagem, através dos seus autores e investigadores, comportou também a influência dessa definição. Alguns autores de enfermagem como Fawcett (1985), Newman (1992), ou Kim (2000) procuraram clarificar o conceito de paradigma, ou paradigmas, incluindo na sua representação os diversos modelos conceituais e as perspectivas científicas que promoveram o desenvolvimento da enfermagem através de diferentes metodologias de investigação. E debateu-se largamente, o enquadramento da disciplina de enfermagem num paradigma empirista ou num paradigma interpretativo.



Uma perspectiva positivista foi considerada inadequada e demasiado restrita para uma ciência humana como a enfermagem, que se confronta com a diversidade e a pluralidade de problemas e contextos.

A emergência da noção de unificação em torno dos paradigmas revelou-se atrativo. O conceito de unificação sugere a mistura de paradigmas, e não, o domínio de um paradigma sobre o outro, conforme consideram Monti & Tinggen (1999), que acrescentam que a unificação teórica focada num único plano de visão torna-se idêntica à imagem que resulta da utilização de um microscópio, enquanto a focalização por múltiplos paradigmas expande a visão, parecendo-se mais com a imagem que resulta da utilização de uma lente grande angular.

Esta multiplicidade permitiu uma abordagem em diferentes facetas de um mesmo problema, estimulando ainda, o debate que contribuiu para a construção e desenvolvimento teórico da enfermagem.

Deste modo, a teorização permite delinear uma estrutura e organização do conhecimento da disciplina, proporcionando um meio sistemático de colher dados para descrever, explicar e prever a prática, contribuindo para uma perspectiva de enfermagem menos fragmentada (Tomey & Alligood, 2002; Chinn & Kramer, 2004; McKenna, 1993).

Chinn & Krammer (2004) definem teoria como uma estruturação de ideias, criativa e rigorosa, que projeta uma visão hipotética, intencional e sistemática dos fenómenos. Young, Taylor e Renpenning (2001) acrescentam que a teoria tem sido denominada um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições interpretativas que contribuem para explicar ou orientar a ação.

Um dos principais interesses da teoria é a sua contribuição com *insights* sobre as situações da prática de enfermagem, por meio da provisão de metas para a investigação. A teoria torna a prática mais eficiente e efetiva, e o benefício final da aplicação da teoria é a melhoria no atendimento aos clientes (Meleis, 2005).

A Associação Americana de Enfermeiros em 1980 afirmava que “(...) *a disciplina de enfermagem assume a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas*”. Neste propósito, as respostas humanas, enquanto objeto de estudo, assumem caráter particular e de marca de diversidade da Enfermagem, sendo por isso da responsabilidade do enfermeiro a interpretação do comportamento humano face aos

processos de vida (Lunney, 2004). Entende-se assim, que o conceito de respostas humanas reflete uma abordagem integrada de olhar o comportamento e as ações do cliente num cenário de complexidade. Meleis (2005, p. 223) propõe o desenvolvimento de teorias que reflitam “*os padrões de respostas humanas à saúde e à doença, ao ambiente, aos tratamentos e aos cuidados de saúde*”.

Parece-nos então relevante estabelecer a ponte entre a natureza do objeto de estudo da disciplina – as respostas humanas – e os seus conceitos estruturantes, caracterizando assim, o domínio da disciplina de enfermagem.

Meleis (2005, p. 11) define domínio como “*a perspetiva e o território da disciplina onde se inclui o objeto de interesse, os valores e crenças consensuais, os conceitos centrais, os fenómenos de interesse, os principais problemas, e os métodos utilizados no fornecimento de respostas da disciplina*”. Kim (2000, 2010) refere-se a domínio da disciplina como o conjunto de elementos que integram a essência da enfermagem.

O domínio da disciplina sendo algo essencial e nuclear, apresenta-se como uma força de suporte que deixa revelar as *nuances* com que cada enfermeiro olha e se coloca face a esse mesmo domínio. Chinn & Kramer (2004) referem-se à existência da perspetiva de que os modelos concetuais e as teorias poderiam criar mecanismos pelos quais os enfermeiros comunicariam as suas convicções profissionais, proporcionariam uma estrutura moral/ética para orientar as ações e, favoreceriam um modo de pensar sistemático sobre a enfermagem.

Os modelos são representações esquemáticas de algum aspeto da realidade e são vários os recursos e meios utilizados na sua construção. Artinian (1982, 1997, 2011) enfatiza o facto de que os modelos ajudam a ilustrar os processos pelos quais os resultados ocorrem, especificando as relações entre as variáveis, de modo a que estas possam ser examinadas quanto a inconsistência, erros ou incompletude. Além disso, o modelo descreve um processo que inicia em algum lugar e termina num ponto lógico. Usando um modelo, o indivíduo deve ser capaz de explicar o que ocorreu, prever o que acontecerá e interpretar o que está a acontecer. Declarou ainda, que uma vez que o modelo tenha sido concetualmente ilustrado, o fenómeno representado pode ser examinado em diferentes cenários, testando a utilidade e a possibilidade de generalização da teoria subjacente.

Os modelos concetuais que enformam a visão dos enfermeiros nos diversos contextos clínicos resultam da influência de múltiplas perspetivas. Por um lado, oriundas de modelos

expostos a partir do desenvolvimento concetual da enfermagem e explicitados pelas diferentes escolas de pensamento (K rouac et al, 1996): *escola das necessidades* (V. Henderson; D. Orem), *escola da intera o* (H. Peplau; I. King; J. Travelbee), *escola dos efeitos desejados* (C. Roy; B. Neuman; M. Levine; D. Johnson), *escola do ser humano unitário* (M. Rogers; R. Parse; M. Newman) e *escola do cuidar* (M. Leininger; J. Watson). Por outro lado, influenciados pelos modelos usados na a o, de carácter prático e pragmático, imbuídos de uma forte componente histórica do desenvolvimento profissional da enfermagem na proximidade com a medicina, centrando-se numa perspetiva de gestão dos sinais e sintomas das doenas, com grande ênfase na vigilância desses sinais e sintomas e na preveno das complicaes que poderão ocorrer em consequência de um quadro patológico.

Na sua prática clínica, os enfermeiros, não atribuem a relevância necessária ao conhecimento que utilizam, nem valorizam o modo como adquiriram esse conhecimento prático que é, fortemente, influenciado pelo modelo médico. Tomamos assim, como referência teórica para a consecuio deste estudo, os conceitos identificados por Meleis (2005) como centrais ao domínio da disciplina de enfermagem, que integram a sua teoria e que são: cliente, transio, interao, ambiente, processo de enfermagem, intervenes de enfermagem e saúde.

**O cliente.**   um conceito central do domínio da enfermagem, dado tratar-se de um conceito comum a outros domínios das ciências, a sua natureza específica resulta da forma como cada ciência o define. Na enfermagem este conceito foi largamente discutido e consensualizado, Meleis (2005, p.107) define-o como “*o ser humano com necessidades que está em constante interao com o meio envolvente e que tem capacidade para se adaptar às alteraes mas devido a doena, risco ou vulnerabilidade a potencial doena, experimenta ou fica em risco de experimentar um desequilíbrio. Desequilíbrio que se manifesta por dificuldade para satisfazer as suas necessidades, incapacidade para tomar conta de si mesmo e por respostas não adaptativas*”.

**A transio.** Foi definida por Chick & Meleis (1986) como “*uma passagem ou movimento de um estado, condio ou lugar para outro*” (Davies, 2005, p. 659). A transio traduz uma mudana no estado de saúde, no desempenho de papéis, expetativas e capacidades e requer que a pessoa integre um novo conhecimento, que altere comportamentos e que redefina a visão de si no contexto social.

Algumas teorias de enfermagem apresentaram conceitos que se constituem como tradutores de transição, desse modo Peplau enfatiza o crescimento e desenvolvimento pessoal, Travelbee os significados atribuídos à experiência de doença, Roy a adaptação, Rogers a organização unitária emergente da pessoa, Newman a movimentação do ser humano em contínua e permanente mudança e Orem as modificações na capacidade para o autocuidado (Zagonel, 1999). O conceito de transição é também um conceito comum às teorias de desenvolvimento, de stress e de adaptação.

O conceito de transição tem sido usado na enfermagem de vários modos e em diferentes situações, Schumacher & Meleis (1994) realizaram uma revisão teórica sobre o conceito tendo identificado as condições que influenciam a qualidade da experiência de transição, e que se referem a significados atribuídos à situação, a expectativas, ao nível de conhecimentos e competências, ao ambiente, ao nível de planificação e ao bem-estar físico e emocional.

Meleis (2005) considera três tipos de transição: de desenvolvimento, situacional e de saúde-doença. As transições são complexas e multidimensionais tendo sido identificadas cinco propriedades (Meleis et al, 2000, p. 18): **consciencialização** que está relacionada com a perceção e reconhecimento da experiência de transição; **envolvimento** que se define como o nível de comprometimento que a pessoa demonstra na transição; **mudança** como propriedade básica da transição, **dinamismo temporal**, pois as transições caracterizam-se pelo fluxo e movimento ao longo do tempo; e **eventos críticos**, pois a maioria das experiências de transição envolvem pontos de viragem ou acontecimentos críticos. Numa experiência de transição existem fatores que podem facilitar ou inibir essa experiência e que se prendem com características de natureza pessoal, com aspetos socioculturais, com recursos socioeconómicos e com os recursos da comunidade.

**A interação.** Muitos teóricos reconheceram o processo de interação como essencial na enfermagem, recolhendo este conceito, a unanimidade que o tornou parte integrante de diferentes modelos teóricos de enfermagem.

*“O exercício profissional da enfermagem, centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade). (...) Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde.”* (OE, 2002).

**O processo de enfermagem.** Constitui-se como o processo de raciocínio clínico desenvolvido pelo enfermeiro, a partir da recolha de dados para a identificação de diagnósticos, formulação de objetivos e planeamento das intervenções de enfermagem, a sua implementação e respetiva avaliação do adquirido. O conceito de processo de enfermagem foi introduzido por Orlando (1961) e desde então passou a integrar os discursos na enfermagem considerando-se assim, um conceito central do domínio da disciplina.

**O ambiente.** É um conceito que está presente nas teorizações de enfermagem desde Nightingale (1859, *Notes on nursing*) e também reúne unanimidade nos modelos teóricos das diferentes escolas. Este conceito envolve a família, grupos e comunidade onde o cliente interage e as condições sob as quais vive e se desenvolve (Meleis, 2005).

**As intervenções de enfermagem.** São definidas como intervenções específicas de enfermagem com potencialidades terapêuticas demonstradas.

**A saúde.** É um conceito central para a enfermagem do mesmo modo que o é para outras áreas do conhecimento, pelo que a sua especificidade reside no modo como é definido. Considerado em todos os modelos de enfermagem, a sua definição oscilou ao longo do tempo, atualmente, a ênfase dada está próxima do bem-estar e conforto, não se reduzindo a ausência de doença.

Um domínio do conhecimento não se define apenas pela nomeação dos seus conceitos centrais, mas pelo estabelecimento de relação entre esses mesmos conceitos. Meleis (2005) propõe a seguinte articulação entre os conceitos:

*“O enfermeiro interage (**interação**) com um ser humano numa situação de saúde/doença (**cliente**), o qual é parte integrante do seu contexto sociocultural (**ambiente**) e o qual está em alguma espécie de transição ou a antecipar essa mesma transição (**transição**); a interação enfermeiro-cliente é organizada em torno de algum propósito (**processo de enfermagem**, resolução de problemas, intervenção holística) e os enfermeiros usam algumas ações (**intervenções de enfermagem**) para melhorar ou facilitar a saúde (**saúde**)”.* (Meleis, 2005,p.106).

Os modelos conceituais e as teorias fornecem uma ampla base de conhecimentos que permitem aos enfermeiros uma melhor compreensão e interpretação das situações

complexas de saúde dos seus clientes e o conseqüente plano de intervenção de enfermagem no sentido de obter modificações positivas no estado de saúde desses clientes.

O recurso a teorias para orientar a prática contribui para uma enfermagem mais eficaz pois permite que toda a ação decorra com base numa perspectiva, com um fio condutor que interliga a recolha e organização dos dados à sua análise e interpretação, com a formulação dos diagnósticos de enfermagem e a planificação das intervenções, tendo por intenção a obtenção de resultados que se inscrevem em mais-valia para a vida das pessoas, tornando-se deste modo, numa enfermagem mais significativa para as pessoas-clientes.

### 1.3. CONTEXTOS E SUJEITOS DA, E NA, AÇÃO – MUDAR OU INOVAR?

A filosofia da melhoria contínua da qualidade implica repensar conceitos, atitudes e metodologias de trabalho mas também o desenvolvimento de uma consciência profissional de todos os atores envolvidos nos processos.

A melhoria contínua pressupõe um carácter dinâmico, de movimento, por conseguinte de mudança, mas sobretudo de inovação, tal condição implica o envolvimento global de todos os membros da organização.

A utilização dos conceitos de mudança e inovação são, por vezes, utilizados de modo similar. De acordo com o dicionário da língua portuguesa, mudança refere-se a “modificação, a dispor de outra forma, algo a que se dá outra direção” e, os processos de melhoria contínua da qualidade requerem, necessariamente, essa transformação.

O modo como se perspectiva a melhoria contínua da qualidade inscreve-se com mais propriedade no conceito de inovação, que segundo o mesmo dicionário se define como “algo que se torna novo, que se renova, em que se introduz novidade”. Sob este prisma, entendemos que o conceito de inovação, enquanto modo de se fazer algo como não era feito antes, está mais próximo da filosofia da promoção contínua da qualidade que almejamos neste projeto de desenvolvimento.

Nos círculos teóricos da área da gestão das organizações emerge o pressuposto de que as competências que conduzem a mais qualidade, se desenvolvem em contextos sociais nos

quais as pessoas interagem formal e informalmente, trocam conhecimentos e experiências, assimilam novos valores e desenvolvem novas habilidades.

No estudo desenvolvido por Rebelo (1996) relativo às práticas dos enfermeiros nos contextos de ação, a autora inspirada no modelo de Le Boterf (1995), considerou que as práticas profissionais de enfermagem decorrem da intersecção de três contextos: o do sujeito, inerente à biografia de cada um; o da profissão, onde emergem e se constroem os modelos profissionais; o da ação que materializa os modelos organizacionais, lugares e estruturas concretas do trabalho a realizar, que por sua vez se integram num contexto mais amplo que é o contexto social.

A inovação inerente a um processo de melhoria contínua da qualidade exige que se promova a transformação de conhecimentos em competências, e que esta acrescente valor aos indivíduos mas também à organização. Le Boterf (2005) considera que os contextos onde decorre a ação são tão importantes quanto os indivíduos que implementam a ação.

Numa perspetiva de desenvolvimento de competências o mesmo autor refere a envolvimento de três fatores: *saber agir* que supõe saber combinar e mobilizar recursos pertinentes (conhecimento formal, redes de conhecimentos); o *querer agir* que se refere à motivação pessoal do indivíduo e ao contexto mais ou menos estimulante para a ação; o *poder agir* que remete para a existência de um contexto, de uma organização de trabalho que torne possível que o indivíduo assuma responsabilidades e corra riscos.

A qualidade centrada nos processos de melhoria contínua emerge a partir de pressupostos centrados nos profissionais, enquanto pessoas singulares, com fatores intrínsecos que marcadamente orientam a ação; pressupostos que se associam ao desenvolvimento da profissão e da disciplina; e pressupostos que se estreitam com a organização e com os princípios da qualidade que defendem e que pretendem alcançar.

### 1.3.1. A REFLEXÃO-AÇÃO

Enfatizamos de seguida, os aspetos que influenciam os comportamentos dos profissionais e que não se dissociam dos contextos onde ocorrem pois a mudança com inovação implica uma perspetiva de reflexão e de aprendizagem.

Argyris & Schön (1982) abordam a interação entre indivíduos e grupos nas organizações tomando como foco as conexões entre a esfera individual das pessoas e o mundo da organização. Deste modo, consideram que as pessoas se orientam por modelos mentais que guiam a sua ação e quando estes modelos orientam efetivamente a ação são designados como teoria em uso. Quando as pessoas expõem esses modelos como justificação do seu comportamento estamos perante o que se designa por teoria exposta. Estes autores defendem assim, que quando se questiona alguém acerca do seu comportamento em determinada circunstância a resposta corresponde à sua teoria exposta quando a teoria que efetivamente influencia as suas ações é a teoria em uso.

O modelo proposto por Argyris & Schön (1982) relativamente às teorias de ação é composto por três elementos: as **variáveis** que dizem respeito aos aspetos que as pessoas procuram manter nos limites aceitáveis; as **estratégias de ação** consideradas como os planos e ações adotadas pelas pessoas para gerir as variáveis; e as **consequências**, ou seja, o que acontece como resultado das estratégias de ação.

A modificação decorre de processos de aprendizagem que Argyris & Schön (1982) descrevem em dois níveis: *single-loop* ou aprendizagem de circuito simples (modelo I) e *double-loop* ou aprendizagem de circuito duplo (modelo II).

O *single-loop* ou aprendizagem de circuito simples resulta da reflexão organizacional acerca das consequências imprevistas ou indesejadas de ações levadas a cabo, baseadas na deteção do erro e na sua correção. O sujeito aprende corrigindo a sua ação mas sem mudar fundamentalmente os valores que guiam essa mesma ação, neste caso, não há incorporação de novos comportamentos.

O *double-loop* ou aprendizagem de circuito duplo refere-se à reação a um imprevisto, examinando e, eventualmente, modificando as teorias que estão na base da ação desenvolvida, ou seja, questionam-se as estratégias de ação mas também as variáveis que se tentam controlar. O sujeito aprende pondo em causa os seus objetivos e fundamentos. É levado a contribuir para a evolução dos seus esquemas operatórios e representações e a rever as suas teorias de ação. Esta aprendizagem permite resolver problemas por meio do estabelecimento de novas prioridades e de uma importância relativa dos factos e das variáveis.



Numa organização, a aprendizagem de circuito duplo pode levar a modificações como “*a adoção de novos valores, novas regras, novos critérios de decisão e solução de problemas*” (Vasconcelos & Mascarenhas, 2007, p.13). A implementação de sistemas que promovam a melhoria contínua requer a aquisição de novo conhecimento e, a aprendizagem de circuito duplo torna-se ideal para a formulação de estratégias emergentes e criativas.

Senge (1990) reforçou a ideia de que as organizações que aprendem são aquelas cujos atores continuamente desenvolvem as suas capacidades. Este autor realça alguns aspetos que considera determinantes para o sucesso das organizações e conseqüentemente dos processos de melhoria contínua, e que são: domínio pessoal, modelos mentais, visão compartilhada, aprendizagem em grupo e pensamento sistémico.

O domínio pessoal é a aptidão fundamental para que uma pessoa possa ampliar as suas competências. Significa adotar uma perspetiva criativa e não reativa face ao que é novo, exige autoconhecimento, tornando-se numa aprendizagem que visa expandir a capacidade para produzir melhores resultados e não apenas para adquirir informação.

Os modelos mentais podem ser generalizações simples ou podem ser teorias complexas, o importante é compreender que os modelos mentais são ativos e moldam a forma de agir das pessoas. Anteriormente, já nos havíamos referido ao que Argyris & Schön (1982) denominaram como teoria exposta e teoria em uso, considerando-se que as pessoas agem em conformidade com os seus modelos mentais (teoria em uso) e não em conformidade com aquilo que expressam (teoria exposta).

Este autor atribui também relevância à visão compartilhada que une os grupos na ação, ou seja, uma visão só é compartilhada integralmente na medida em que ela se relaciona com as visões dos membros do grupo. Do mesmo modo é relevante a aprendizagem em grupo, que resulta nas habilidades do grupo que se tornam mais significativas que o somatório das habilidades individuais de cada pessoa. Na aprendizagem em grupo é fomentado o diálogo como forma para as pessoas se tornarem observadoras do seu próprio pensamento.

O processo de aprendizagem individual encontra-se relacionado com a capacidade de aprendizagem organizacional e com as formas de lidar com a transformação e mudança que caracterizam o mundo organizacional atual. (Brooks, 1992, citado por Canavarro, 2000). Nonaka (1991) considera que aprender é um processo de melhoria de capacidades

inseparável da ação, esta visão da aprendizagem e do conhecimento como inseparáveis da ação supera a perspectiva tradicional e positivista da aprendizagem como simples processamento de informação.

O conhecimento é fundamental nos processos de melhoria contínua, é a sua identificação e disseminação que estruturam a ação e a reflexão na ação. Segundo Nonaka (1991) o conhecimento na organização pode ser classificado em: conhecimento explícito ou seja, aquele que está formalizado; e em conhecimento tácito como aquele que resulta da experiência individual e que está intimamente ligado à ação e ao envolvimento do indivíduo.

O modelo que este autor defende incorpora estas duas formas de conhecimento e indica quatro formas de conversão destes modelos de conhecimento no grupo social. A **socialização** é um processo de conversão de conhecimento tácito de um profissional em conhecimento tácito de outro profissional, as pessoas aprendem e partilham experiências, e deste modo promovem a transformação dos modelos mentais ou das habilidades técnicas entre os diferentes membros do grupo. A **externalização** é o modo de conversão de conhecimento tácito em conhecimento explícito, viabilizando assim, a criação de novos conceitos a partir do conhecimento que resulta da experiência da organização.

A **combinação** é outra das modalidades de conversão que decorre da transformação de conhecimento explícito de uns em conhecimento explícito de outros levando à criação de novo conhecimento por meio da sistematização de conhecimentos explícitos já existentes.

A **internalização** é o processo de conversão do conhecimento explícito em conhecimento tácito, é o processo segundo o qual os indivíduos entram em contacto com novos conhecimentos explícitos e passam a utilizá-los para reformular as suas maneiras de agir e os seus modelos mentais.

A inovação, que toma como pressuposto a melhoria contínua da qualidade, parte necessariamente da análise da prática profissional. Schön (1998) salienta o valor epistemológico da prática que tem na sua base uma perspectiva construtivista do conhecimento. A inovação implica o envolvimento de todos os atores num determinado contexto da prática, onde coexistem diferentes tipos de conhecimento, que se articulam segundo uma determinada cultura organizacional. *“As competências reais são construções singulares, específicas de cada um (...) mas para agir com competência a pessoa deverá*

*combinar e mobilizar não apenas os seus próprios recursos mas igualmente os recursos ambientais partilhados” (Le Boterf, 2005, p. 23).*

As organizações que baseiam a sua intervenção no máximo de qualidade exigem pessoas capazes de contribuir para a inovação, e por conseguinte, para a criação de valor.

A melhoria contínua implica o questionamento dos modelos mentais que orientam a ação, exigindo a cada um o desenvolvimento de habilidades de reflexão.

A reflexão permite a reconstrução de esquemas operatórios e modelos cognitivos que permitam a sua aplicação em situações futuras. Le Boterf (2005) considera que as competências devem ser posicionadas em relação a dois eixos complementares: o eixo da atividade que é o da ação contextualizada; e o eixo da distanciação que corresponde à metacognição quer dizer, ao retorno reflexivo do sujeito às combinatórias de recursos e estratégias de ação que pôs em prática. *“Atribuindo-se um estatuto de exterioridade, o sujeito já não está submerso **num** problema mas posiciona-se **face** a um problema”* (p.37).

Schön (1983) retomou o conceito de reflexão que Jonh Dewey (1859 – 1952) destacava e defendia na sua teoria da indagação. A conexão entre o conceito de reflexão e o de desenvolvimento profissional reforçou o conceito de reflexão-ação, ou seja, a reflexão na e sobre a ação em articulação com a teoria e prática promovendo a sua integração (Máximo-Esteves, 2008). A teoria da prática reflexiva centra-se em três aspetos: a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação. (Schön, 1983).

A reflexão sobre a ação traduz-se por uma reflexão retrospectiva sobre o que fizemos de modo a descobrir como a nossa ação pode ter contribuído para um resultado. Enquanto a reflexão na ação implica a reflexão durante o desenvolvimento da ação, interferindo ou podendo interferir com o resultado da mesma. *“O que distingue a reflexão na ação de outras formas de reflexão é a sua imediata significação para a ação”* (Schön 1998, p.34).

A reflexão sobre a ação implica a narração da mesma que ao ser descrita não é já *“estritamente idêntica à ação (...) é sempre uma reinterpretação, uma reconstrução do que ela quer representar”* (Le Boterf, 2005, p.50). O distanciamento da ação permite influenciar as ações futuras, onde os profissionais podem experimentar uma nova compreensão do problema. A reflexão que se desencadeia a partir desta experiência designa-se por reflexão sobre a reflexão na ação, e que se caracteriza pela intenção do profissional em proceder à sua descrição verbal, que adquire significado de análise

A reflexão-ação permite, assim, influenciar os modelos mentais que podem ser inibidores do desenvolvimento e das modificações necessárias à organização, permite aproximar os modelos expostos dos modelos em uso, permite a exposição do conhecimento tácito passível de ser convertido em conhecimento explícito, e promove o envolvimento individual visível na mudança global da organização. A transposição desta reflexão para novas situações leva a uma recontextualização que “*consiste em pôr à prova da realidade os conceitos e as teorias de acção e interpretá-las em função dos novos contextos de intervenção*” (Le Boterf, 2005, p.53).

#### 1.4. SÍNTESE DA PROBLEMÁTICA E DOS CONCEITOS CENTRAIS

O enfoque na qualidade tornou-se um fenómeno de crescente interesse nos sistemas de saúde, enfoque este que deriva, em parte, da exigência na responsabilidade perante a sociedade. Atualmente, as políticas de saúde são condicionadas pelas alterações demográficas e o envelhecimento da população ao qual se associa uma prevalência considerável de doenças crónicas, com pessoas dependentes no autocuidado e um aumento significativo de membros das famílias a desempenhar o papel de prestadores de cuidados. Conjuntamente, a crescente complexidade dos cuidados de saúde associados ao desenvolvimento tecnológico e o aumento das expectativas dos clientes, ampliam os desafios da qualidade em saúde.

No contexto da saúde, a qualidade resulta da articulação de diferentes contributos profissionais e disciplinares repercutindo-se numa complexidade de exigências. No entanto, a qualidade não se pode avaliar apenas a partir de apreciações subjetivas, requer estratégias de medição e de avaliação. A qualidade implica a quantificação do seu valor e “*um pouco por todo o mundo, a avaliação dos cuidados de saúde tem sido utilizada numa lógica de regulação, melhoria e promoção (...)*” (Sousa et al, 2008).

Donabedian (2003) apresentou vários componentes da qualidade em saúde, estabelecendo no entanto, uma definição operacional centrada essencialmente em quatro conceitos estruturantes – eficácia, efetividade, eficiência e adequação.

A eficácia guarda relação com o que Donabedian (2003) refere como *standards* de qualidade que têm a sua origem na experiência, nos consensos profissionais e na

investigação, o que possibilita a comparação de resultados. A efetividade estabelece uma relação entre os resultados obtidos e aquilo que os *standards* apontam como apropriado. A eficiência que diz respeito à capacidade de reduzir os custos dos cuidados sem diminuir a efetividade dos mesmos é, frequentemente enfatizada nas análises económicas relativas aos custos com a saúde. Donabedian (2003) enfatiza, no entanto, a existência de diversas categorias de eficiência, como a eficiência clínica, que depende das capacidades para o julgamento clínico, do nível de conhecimento e preparação dos profissionais que poderão traduzir-se em menores custos para os clientes ou para o sistema. A adequação que se define em conformidade com os valores e expectativas dos clientes guarda relação essencialmente, com os ambientes onde decorrem os cuidados e com as relações interpessoais, numa correspondência direcionada à satisfação dos clientes.

A precursora da enfermagem moderna, Florence Nightingale, apontou no final do século XIX, a relevância de reunir dados epidemiológicos que permitissem comparar a qualidade dos cuidados fornecidos pelas diferentes instituições de saúde. Simultaneamente, dava início ao ensino da enfermagem centrado na manutenção do indivíduo nas melhores condições para que a natureza atue sobre ele (Nightingale, 1898). Nesta perspetiva o exercício da enfermagem orientou-se para uma aproximação à cultura médica numa lógica de atividades delegadas, sobretudo a administração de fármacos e de outras atitudes terapêuticas prescritas. A evolução do exercício profissional da enfermagem também influenciado pelo progresso da medicina determinou um conjunto crescente de intervenções resultantes de prescrição, de elevada complexidade e uma atenção particular, sobre os sinais e sintomas associados aos quadros patológicos (Silva, 2007).

A enfermagem assumindo a responsabilidade pelo diagnóstico e tratamento das respostas humanas, definiu-se como processo facilitador de transições promotoras do bem-estar das pessoas (Meleis & Trangenstein, 1994). A transição traduz uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, expectativas e capacidades e requer que a pessoa integre um novo conhecimento, que altere comportamentos e que redefina a visão de si no contexto social (Meleis, 2005).

Ao longo do tempo, a enfermagem evoluiu sob os diferentes ângulos que a constituem. Ao nível do ensino e do exercício profissional a evolução foi consonante com a evolução da própria disciplina, no entanto, há uma perceção generalizada de que o paradigma biomédico é dominante (Basto, 1998; Pearson & Vaughan, 1992).

A qualidade em saúde é obtida a partir do contributo de diferentes profissionais. A proximidade entre os diferentes profissionais tende a influenciar a forma como são avaliadas as componentes da qualidade referidas por Donabedian (2003). No particular da enfermagem, os aspetos inerentes à eficiência, à efetividade ou à eficácia que encontram maior grau de desenvolvimento, são similares às áreas que a medicina desenvolveu, e pela sua relação de proximidade e de complementaridade com a enfermagem, permite influenciar.

Os modelos de avaliação da qualidade têm como denominador comum a melhoria contínua da qualidade orientada para a eficiência e efetividade clínicas, para a responsabilidade dos profissionais face aos padrões de exigência dos clientes e para a análise de indicadores de saúde, nomeadamente, os resultados.

Donabedian (2003) concetualizou três dimensões para a qualidade - estrutura, processo e resultado, considerando-se: a estrutura como as condições sob as quais são fornecidos os cuidados, o processo como as ações relativas aos cuidados onde se inclui a decisão clínica e o resultado como o impacto dos cuidados no estado de saúde das pessoas. Após uma fase de focalização nos aspetos da estrutura e do processo, as organizações, atualmente, colocam o enfoque na análise dos resultados. Mas como e a partir de quê?

O acesso a informação válida é crucial para a avaliação da qualidade, sobretudo os aspetos centrados nas modificações obtidas na saúde dos clientes. Em Portugal a discussão acerca de modelos de agregação de dados para a informação de enfermagem foi introduzida por Silva (2001) a partir de uma investigação que tomou por objeto a mudança nos sistemas de informação de enfermagem. O autor reconheceu que a informação presente nos sistemas de informação de enfermagem pode fornecer pretextos interessantes de reflexão sistemática sobre as práticas, podendo gerar indicadores que não circunscrevam as estratégias de melhoria contínua da qualidade à mera análise dos mesmos, mas apresentando-se como a oportunidade para refletir a prática a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem.

Em Portugal, o Departamento da Qualidade na Saúde tem como missão promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade, traçando linhas orientadoras sobre as áreas consideradas mais relevantes para a qualidade na saúde. De entre estas, destacam-se os aspetos inerentes à segurança do doente, onde se inscrevem programas relativos: às infeções associadas aos

cuidados de saúde; às resistências aos antibióticos; à higiene das mãos; às cirurgias seguras; à segurança dos medicamentos; à prevenção e gestão de quedas e lesões por quedas; e à prevenção das úlceras de pressão.

O contributo da enfermagem para a qualidade na saúde, à luz de tais linhas orientadoras, coloca-se na perspetiva de profissionais que implementam intervenções que resultam de prescrição e, na prevenção de complicações decorrentes da condição de saúde dos clientes. Não minimizando a relevância de tal contributo, importa acrescentar valor à qualidade em saúde, através de um paradigma de enfermagem centrado nos processos de transição que as pessoas vivenciam em resultado de eventos na sua saúde.

A melhoria contínua da qualidade pressupõe análise, orientação, planeamento, envolvimento, comprometimento, pressupõe por isso, movimento e mudança capaz de catapultar a qualidade existente para níveis de dimensões mais elevadas. Deste modo, o acesso a informação válida passível de se traduzir em indicadores de resultado apresenta-se como pretexto desafiante para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão sobre e para a ação dos enfermeiros.

A mudança decorrente da reflexão sobre a ação perspetiva-se para efeitos deste estudo, numa proximidade com o conceito de inovação - como algo que se torna novo ou no qual se introduziu novidade. O desafio aqui colocado, centrado na reflexão a partir de informação válida, permitirá contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir de uma perspetiva de se “fazer coisas novas”.

A melhoria contínua implica o questionamento dos modelos mentais que orientam a ação, exigindo a cada um o desenvolvimento de habilidades de reflexão sobre a ação e para a ação. A reflexão permite a reconstrução de esquemas operatórios e modelos cognitivos que influenciam a ação. A aprendizagem de circuito duplo ou inerente ao modelo II de Argyris & Schön (1982) apresenta-se como a abordagem que contribuirá conduzir a modificações mais significativas na ação profissional desenvolvida pelos enfermeiros com “*a adoção de novos valores, novos critérios de decisão e solução dos problemas*” (Vasconcelos & Mascarenhas, 2007, p.13).

Na presente investigação e colocando a centralidade na reflexão a partir de informação válida traduzida por indicadores de resultado pretende-se numa primeira fase tornar a informação existente como válida para o propósito da reflexão, e numa segunda fase,

melhorar o desempenho profissional através do pré-estabelecimento de objetivos que potenciem mudança na qualidade dos cuidados de enfermagem.

A qualidade em saúde é uma construção coletiva que resulta, no entanto, da competência individual de cada um (Leprohon, 2001) e, desse modo, a melhoria contínua da qualidade exige a transformação de conhecimentos em competências que acrescentem valor aos profissionais, mas também às organizações.

### 1.5. VISÃO GERAL DA TESE

O modelo de organização desta tese apresenta-se de modo a corresponder às diferentes fases do estudo. Após explorarmos os conceitos centrais que estão na base da problemática, discutimos no segundo capítulo as opções metodológicas adotadas clarificando o interesse das mesmas no desenho do estudo, o contexto em que ocorreu e as técnicas de recolha de dados utilizadas.

No terceiro capítulo referimos a identificação das oportunidades de desenvolvimento enquanto pretexto inicial para um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com base em informação válida traduzida por indicadores.

O capítulo quarto e na sequência do desenho do estudo integramos as fases de planeamento da ação e de implementação da mudança. Estas duas fases, embora distintas, sobrepõem-se pelo que se descrevem de modo interligado.

No capítulo quinto encerra-se o ciclo de investigação-ação com a identificação do adquirido, reconhecendo-se que independentemente do que foi adquirido, aquilo que se apresenta já não se apresentará de modo igual ao início do ciclo. A perspetiva face à realidade já se modificou.

Finalmente, no último capítulo desenvolve-se as principais conclusões, abordando o adquirido e o que mudou durante este percurso de investigação.



## 1.6. REFERÊNCIAS

- ANTÓNIO, N. S., & TEIXEIRA, A. (2009). *Gestão da qualidade - de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- ARTINIAN, B. (1982). *Nursing care plans: An exploratory study*. Los Angeles, CA: LA Country - USC Medical Center.
- ARTINIAN, B., & CONGER, M. (1997). *The intersystem model: Integrating theory and practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- ARTINIAN, B., WEST, K., & CONGER, M. (2011). *The Artinian intersystem model: Integrating theory and practice for the professional nurse* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- BASTO, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança - Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos livros.
- CANAVARRO, J. (2000). *Teorias e paradigmas organizacionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- CHINN, P., & KRAMER, M. (2004). *Integrated knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby.
- DAVIES, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of advanced nursing*, 52, pp. 658-671.
- DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- FAWCETT, J. (jun. de 1985). Theory: Basis for the study and practice of nursing education. *Journal of Nursing Education*, 24(6), pp. 226-229.
- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., & MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- KIM, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- KIM, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- LE BOTERF, G. (Abril de 1995). Savoir agir et compétence collective. *Entreprises formation*.
- LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.

- LEPROHON, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- LOPES, A., & CAPRICHIO, L. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.
- LUNNEY, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: Estudos de caso e análises*. (R. Marques, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- MÁXIMO-ESTEVES, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação-acção*. Porto: Porto Editora.
- McEWEN, M., & WILLS, E. (2009). *Bases teóricas para enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- McKENNA, G. (Abril de 1993). Unique theory - is it essential in the development of a science of nursing? *Nurse Education Today*, 13, pp. 121-127.
- MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: Lippincott.
- MELEIS, A., & TRANGENSTEIN, P. (1994). Facilitating transitions: re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- MELEIS, A., SAWYER, L., IM, E.-O., MESSIAS, D., & SCHUMACHER, K. (Setembro de 2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, pp. 12-28.
- MONTI, E.; TINGEN, M. (June de 1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in nursing science*, pp. 64-80.
- NIGHTINGALE, F. (1898). *Notes on nursing - What it is and what it is not*. New York: Appleton and Company.
- NONAKA, I. (November-December de 1991). The knowledge creating company. *Harvard Business Review*, pp. 96-104.
- OE. (Março de 2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Ordem dos enfermeiros*, pp. 39-42.
- OE. (Julho de 2004). Quadro de referências para a construção de indicadores de qualidade e produtividade na enfermagem. *Ordem dos enfermeiros*, pp. 2-8.
- ORLANDO, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: Putnam's.
- PEARSON, A., & VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício da enfermagem*. Lisboa: ACEPS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010 – Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. (2008). Decreto-lei n.º 234/2008. *DR 1ª série N.º 233 de 2 de dezembro*, pp. 8600-8609.
- PORTUGAL. (2009). Despacho n.º 14223. *DR 2ª série N.º 120 de 24 de junho*, pp. 24667-24669.

- REBELO, T. (1996). Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais. *Sinais Vitais*, 9, pp. 13-18.
- ROCHA, J. A. (2006). *Gestão da qualidade - Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- SCHON, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. USA: Basic Books.
- SCHÖN, D. (1998). A la recherche d'une nouvelle épistemologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In J. M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (2e édition ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- SCHÖN, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- SCHUMACHER, K., & MELEIS, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 119-127.
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- SILVA, A. P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].
- SILVA, A. P. (Janeiro/Abril de 2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20.
- SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C., & UVA, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença crónica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático*, pp. 57-65.
- TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería* (5ª ed. ed.). Madrid: Elsevier Science.
- VASCONCELOS, I., & MASCARENHAS, A. (2007). *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson Learning.
- YOUNG, A., TAYLOR, S. G., & RENPENNING, K. (2001). *Connections: Nursing research, theory and practice*. St. Louis: Mosby.
- ZAGONEL, I. (Julho de 1999). O cuidado humano transaccional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-am.enfermagem*, pp. 25-32.



## 2. METODOLOGIA

O estudo desenvolvido enquadra-se numa perspetiva particular da qualidade em saúde, aquela que decorre do contributo do exercício profissional dos enfermeiros. Deste modo, se nos centramos na ação profissional dos enfermeiros, parece-nos legítimo que o contexto de investigação se sincronize com o contexto onde decorre a ação profissional.

O cenário de intersubjetividade inerente aos contextos de cada um dos sujeitos que intervêm na qualidade, associado à inter-relação do conhecimento formal inerente ao desenvolvimento da disciplina de enfermagem e a complexidade dos contextos organizacionais, torna visível um manancial de aspetos relevantes para a investigação.

Referimos anteriormente que a enfermagem se assume como multiparadigmática, e do mesmo modo, reconhecemos que a qualidade também se apresenta sob diferentes perspetivas. Quer uma, quer outra, resultam do modo de pensamento, da visão particular de cada um dos sujeitos envolvidos, numa miríade de perspetivas e eventuais divergências, onde faz sentido procurar pontos de convergência.

### 2.1. FINALIDADE DO ESTUDO

A qualidade em saúde resulta do contributo de diferentes intervenientes da equipa de saúde. A proximidade com profissionais de outras áreas, nomeadamente, com os médicos, gera influências que levam a uma perspetiva da qualidade dos cuidados de enfermagem focalizada nas intervenções que complementam a decisão médica, nas intervenções orientadas para a gestão de sinais e sintomas associados aos quadros patológicos com a intenção clara de determinar precocemente o agravamento da situação e nas intervenções que permitem prevenir complicações decorrentes das condições de doença dos clientes.

Os sistemas de informação de enfermagem existentes nas instituições de saúde portuguesas cumprem “*requisitos estruturais que permitem a agregação de dados de diferentes origens e em diferentes escalas*” (Pereira, 2009, p. 141) e, desse modo, podem proporcionar sínteses informativas válidas que permitam a reflexão sobre e para a ação e que conduza a mudança significativa das práticas.

A estrutura substantiva dos conteúdos clínicos do resumo mínimo de dados de enfermagem definido a partir da investigação de Pereira (2007) “*gira em torno dos conceitos de autocuidado e adesão; aprendizagem cognitiva e de capacidades; adaptação, parentalidade e papel de prestador de cuidados. (...) conceitos que podem ser categorizados como dimensões centrais dos cuidados representadas em resumos mínimos de dados de enfermagem*” (Pereira, 2009, p. 143).

Encontram-se, assim, reunidas as condições que permitem aceder a informação válida relativa à ação dos enfermeiros e que se possa vincular numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão-ação. Deste modo, esta investigação assume um paradigma qualitativo, entendendo-se que a uma mesma realidade são permitidas múltiplas interpretações.

Neste enquadramento, a investigação tem por finalidade - ***Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, através do desenvolvimento de um modelo de melhoria contínua da qualidade baseado na reflexão-ação a partir de informação válida traduzida pelos indicadores.***

#### 2.1.1. PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

Os imperativos de uma pesquisa determinam a necessidade de circunscrever o espetro das linhas que a orientam. A finalidade apresenta-se num âmbito abrangente, como em si se apresenta, o próprio conceito de qualidade. Pretendemos desenvolver um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão sobre informação válida. Assumimos assim, algumas perguntas de investigação que nos permitiram orientar o estudo:

Qual a perceção dos enfermeiros sobre os indicadores que melhor traduzem a qualidade do seu exercício profissional?

Que valor, os enfermeiros atribuem à informação válida – indicadores – face à gestão da qualidade?

O que dificulta a mudança nos contextos de ação para obter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem?

O que facilita a mudança nos contextos de ação para obter ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem?

Qual o contributo da reflexão sobre / para a ação para a melhoria contínua da qualidade (a partir do modelo II de aprendizagem de Argirys & Schön, 1982)?

Qual o impacto da reflexão sobre / para a ação, na perceção dos enfermeiros, sobre os indicadores obtidos relativos à qualidade do seu exercício profissional (a partir do modelo II de aprendizagem de Argirys & Schön, 1982)?

## 2.2. CONTEXTO DO ESTUDO

Para a realização deste estudo tornavam-se necessárias várias prerrogativas, a instituição de saúde, necessariamente teria que:

- Utilizar um sistema de informação de enfermagem em suporte eletrónico, que permitisse a produção automática de indicadores a partir da documentação regular e sistemática de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem;
- Ser reconhecida pelos enfermeiros, a necessidade de introdução de programas de melhoria da qualidade com base em indicadores de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem;
- Existir proximidade do investigador com o contexto do serviço que facilitasse o seu envolvimento.

Neste sentido, o serviço de Medicina 1 do Hospital P. Américo, do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa reunindo todas as prerrogativas enunciadas, apresentou-se como opção óbvia. Perspetivámos este estudo com a ideia de que a criação de um modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado na reflexão sobre informação válida requer o envolvimento dos enfermeiros, mas requer também, ao investigador, um

conhecimento profundo sobre o contexto de ação onde se desenrola a investigação assim como, de similar grau de envolvimento com esse mesmo contexto.

Este contexto clínico funciona também como contexto de aprendizagem para estudantes de diferentes ciclos de estudos em enfermagem. Por isso, no âmbito da nossa atividade profissional, durante o desenvolvimento da investigação, orientamos estudantes em ensino clínico no serviço de Medicina 1. À luz de um protocolo de cooperação entre a Instituição que representamos e aquela Instituição de saúde, desenvolveu-se um projeto de criação de contextos de aprendizagem de referência, onde, por este facto, nos mantivemos durante três anos (2008 – 2011).

O serviço de Medicina 1 integra o departamento de Medicina do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e localiza-se na unidade de saúde - Hospital P. Américo. Representa uma unidade de internamento com 26 camas, podendo atingir a lotação máxima de 32 camas, e que recebe clientes com patologias do foro médico, com médias de idade que rondam os 75 anos. A equipa de enfermagem constituía-se por uma enfermeira-chefe e cerca de 18 enfermeiros cuja média de idades rondava os 33 anos. Durante o desenrolar da investigação foram admitidos mais 8 enfermeiros que reforçaram a equipa, para que o serviço desse resposta a um aumento na lotação, integrando mais 12 camas, reservadas para dar resposta à situação crítica, instalada nos contextos de saúde em 2009, com a iminente contaminação em grande escala pelo vírus H1N1.

O serviço de Medicina 1, através de membros da sua equipa de enfermagem, desde sempre integrou e se disponibilizou para protagonizar percursos de investigação. A disponibilidade apresentada para fazer face a mais um desafio proporcionou as condições para a apresentação deste projeto de investigação. A utilização do sistema de informação de enfermagem em uso a partir da investigação de Silva (2001), reportando-se a um dos primeiros contextos clínicos a deter tais recursos, coloca a equipa numa evolução mais vantajosa face a muitos outros contextos clínicos.

Se em muitos contextos, a utilização dos sistemas de informação de enfermagem está numa fase inicial, de processos de mudança centrados na modificação dos sistemas de informação, neste contexto clínico, estão já a ocorrer reformulações e reestruturações do mesmo. A possibilidade de, a partir da informação documentada no sistema de informação de enfermagem, propiciar reflexões que conduzam a melhorias na qualidade dos cuidados,



tornou-se desde logo interessante e desejável. Estavam deste modo, reunidas as condições que permitiram iniciar esta investigação.

Nas assunções ontológicas e epistemológicas que partilham a perspetiva construtivista e a investigação-ação encontramos pontos de convergência que nos conduziram à sua adoção metodológica. Ambas – perspetiva construtivista e investigação-ação - requerem o envolvimento dos participantes, focam realidades cujo significado é construído pelos participantes, participam no desenho da ação e no planeamento da ação (Máximo-Esteves, 2008).

### 2.3. A INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

A investigação-ação teve a sua génese nos Estados Unidos onde foi concebida com o contributo de vários pensadores para dar respostas a questões de ordem, essencialmente, social. As experiências desenvolvidas em diferentes contextos permitiu que as perspetivas sobre a investigação-ação se adequassem à diversidade cultural de acordo com os diferentes compromissos para com o conhecimento.

Muitos autores como, Kemmis e McTaggart (1988), Elliott (1991), Adelman (1993), Carr e Kemmis (1994), situam a génese da investigação-ação nos anos 40 do século XX, mercê do pensamento e da ação de Kurt Lewin que em 1946 desenvolveu a investigação-ação como um método para ajudar trabalhadores sociais a melhorar as suas práticas. Os projetos que Lewin desenvolveu possuíam em comum duas características essenciais que estruturavam os planos de ação: as decisões tomadas saíam do grupo a que a situação se referia, e a melhoria da situação só seria possível mediante o compromisso do grupo. Foram assim lançadas as bases para a concetualização da investigação-ação (Máximo-Esteves, 2008).

Na perspetiva de Lewin, os conceitos de **campo** e de **dinâmica de grupo** tornam-se estruturantes e fundamentais para se compreender a epistemologia da investigação-ação. O **campo** é entendido como espaço vital, em que dele faz parte tudo aquilo que influencia o indivíduo, tornando-se desse modo, num campo dinâmico em que todas as suas partes interferem entre si. A **dinâmica de grupo** é baseada no processo interativo do comportamento humano e da aprendizagem social e pode ser geradora de mudanças.

A investigação-ação traduz um processo que segue uma particular organização. Tem o seu início com a identificação de uma situação, que pode ser entendida como problemática, ou pode ser algo que se pretenda melhorar. Deste modo, entende-se que independentemente do pretexto, a situação identificada traduzirá sempre uma oportunidade de desenvolvimento. Ao longo do tempo, com o contributo de diferentes autores foram-se acrescentando renovadas perspetivas face ao ciclo da investigação-ação, no entanto, a sua essência cíclica, centrada em observar, agir, refletir e avaliar mantém-se como estruturante desta metodologia. O esquema representado de seguida pretende visualizar o ciclo de investigação-ação, (adaptado de Baskerville, 1999), e que esteve na base desta investigação.

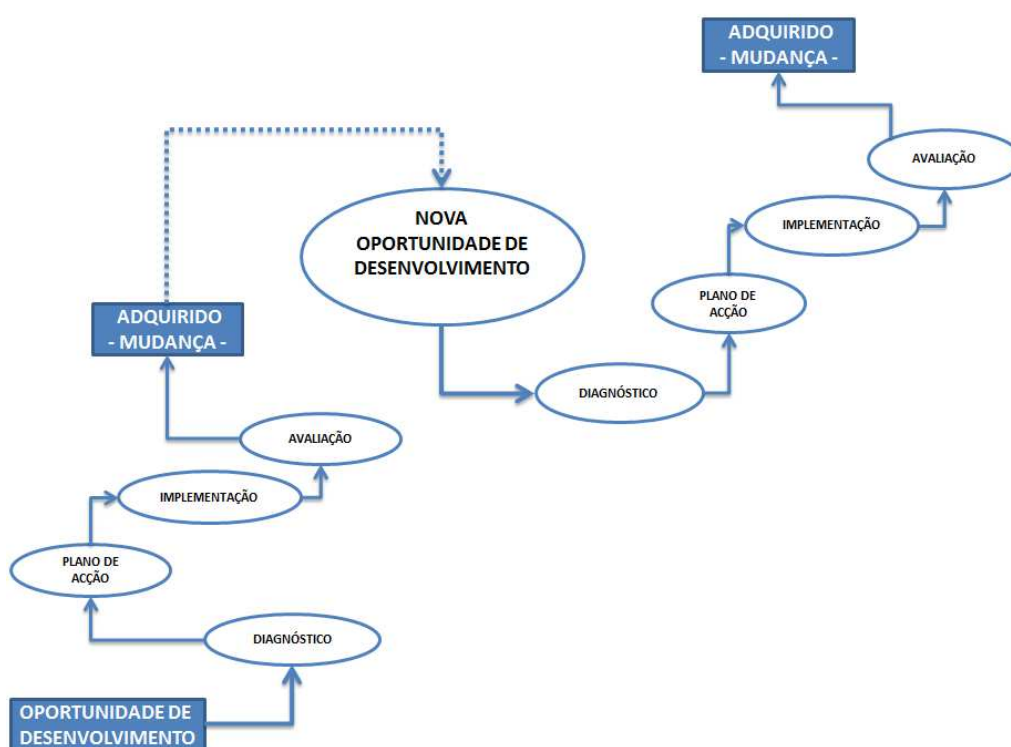


FIGURA 1 - A INVESTIGAÇÃO-AÇÃO (ADAPTADO DE BASKERVILLE, 1999)

Adotamos, como já referimos, o paradigma qualitativo de natureza construtivista por nos parecer o mais adequado na orientação da investigação para aquilo que pretendemos conhecer, dado o carácter subjetivo da existência de diversas realidades, a partir de diversas perceções dessas mesmas realidades, pois a visão construtivista permite-nos entender a realidade sob um ponto de vista dinâmico (Streubert & Carpenter, 2002). Do ponto de vista metodológico, o investigador envolve-se no processo, onde a criação de conhecimentos surge através das construções interpretadas num quadro de transações dialéticas, onde se

procuram construções consensuais informadas e aperfeiçoadas que permitam a reconstrução do entendimento sobre o fenómeno em estudo (Guba & Lincoln, 1994).

Face a uma área temática que se apresentou como oportunidade para o desenvolvimento da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, progredimos para as fases de diagnóstico, o planeamento da ação, a implementação e a avaliação que conduzirão a nova oportunidade de desenvolvimento. As diferenças constatadas desde o início do ciclo poderão ser ténues, mas o que se observa depois de terminar um ciclo, com a obtenção do que se adquiriu, já não se apresentará do mesmo modo, pois o olhar face à realidade já se modificou. A ideia visual que se pretende transmitir é consonante com uma espiral crescente, ou seja, os intervenientes no processo de investigação-ação adquirem novo conhecimento, novas perspetivas, que se reconfigura com uma nova perceção da realidade face àquela que inicialmente partilhavam.

A investigação-ação enquanto processo cíclico encerra em cada uma das suas fases momentos de reflexão que serão influenciadores do decurso da investigação, deste modo, o processo não se realiza de modo inequivocamente unidirecional, pois cada fase do ciclo provoca autorreflexões, que geram desconstrução e reconstrução de perspetivas, levando a reformulações, numa série de epíclis que contribuem para o desenvolvimento do ciclo de investigação e que conduz à mudança pretendida. “*A natureza iterativa do processo de investigação-ação talvez seja a sua característica isolada mais distintiva*” (Tripp, 2005).

A investigação-ação é um método que implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida, pretendendo encontrar soluções para situações do contexto da ação dos atores através da implementação de mudanças, e da observação e avaliação das mudanças durante a implementação (Streubert & Carpenter, 2002). Quatro características fundamentais são comuns na investigação-ação: (1) a procura de soluções para problemas da prática, (2) a colaboração entre investigadores e os profissionais dos contextos da prática, (3) a implementação de mudanças na prática e (4) o desenvolvimento de teoria (Holter & Schwartz-Barcott, 1993 citado por Streubert & Carpenter, 2002).

Neste enquadramento, a investigação-ação apresenta-se como uma estratégia metodológica adequada face à problemática em estudo, pois “*engloba processos inspirados pela intenção de articular investigação e mudança*” (Silva, 1996, p. 25).

A mudança pretendida resultará de um planeamento estratégico, não existindo mudança como um fim, mas como um meio para atingir objetivos bem delineados (Argyris, 2005). Com base nestes princípios procuramos ilustrar no esquema que se segue o desenho do projeto a desenvolver.

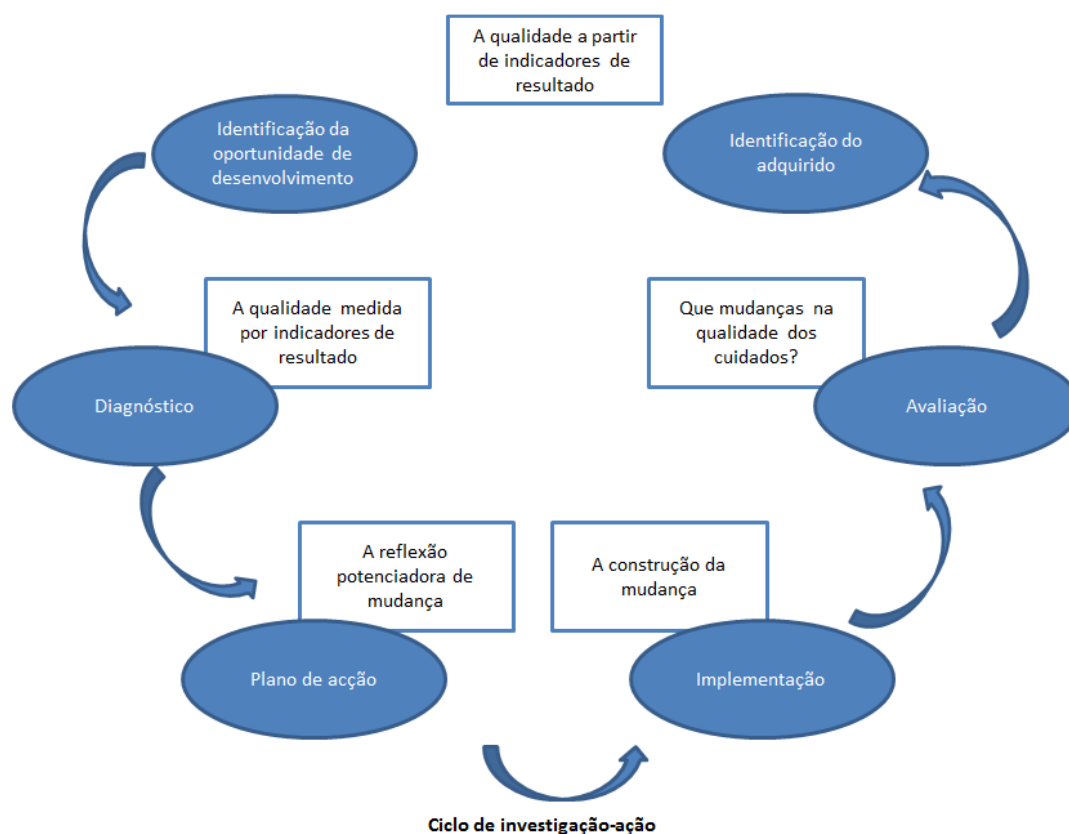


FIGURA 2 - DA OPORTUNIDADE À MUDANÇA

#### 2.4. OS PROCESSOS DE INOVAÇÃO E MUDANÇA

Ao tomarmos por referência a problemática, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a partir da reflexão sobre informação válida traduzida pelos indicadores de resultado, no pressuposto de que a sua construção resulta do envolvimento coletivo e que este emerge da competência individual de cada elemento do grupo, a investigação-ação apresenta-se como a metodologia de eleição, porque se afirma como forma de estimulação de um grupo para a mudança de determinados aspetos da realidade contextual.

A oportunidade para o desenvolvimento e mudança apresenta-se numa dialética de ação e reflexão, de teoria e prática promotora de modificações que se pretendem integradas e com inovação.

Neste contexto, a oportunidade para iniciar um processo de inovação e mudança a partir da reflexão de informação válida exige e requer um sistema de informação de enfermagem em suporte eletrónico, que permita a produção automática de indicadores a partir da documentação regular e sistemática de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem.

Os dados que integram o resumo mínimo de dados de enfermagem representam a combinação de vários termos, a sua incorporação no sistema de informação de enfermagem relativa a diagnósticos, intervenções e resultados resulta de regras de parametrização definidas (Silva, 2001). Deste modo, numa fase inicial importa rever os procedimentos desenvolvidos quanto à parametrização realizada no serviço onde decorreu o estudo, de modo a garantir o mapeamento de todos os enunciados utilizados na documentação e possibilitar assim, a comparabilidade dos dados. A comparabilidade dos dados torna-se pertinente na medida em que permite assegurar a sua fiabilidade. Deste modo, importa que os dados que garantem a produção de informação tenham implícita a representação da natureza particular dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente.

A análise dos dados documentados no sistema de informação permite constatar a enfermagem que caracteriza aquele contexto clínico. A inovação pressupõe uma perspetiva de renovação e, deste modo, a identificação do diagnóstico da situação e a noção da implicação dos sujeitos que partilham uma intenção de mudança é essencial. A identificação da oportunidade de desenvolvimento resultará da análise de todos os dados, quer dos indicadores, quer das explicações subjetivas dos intervenientes, procurando-se consensos, a partir dos quais se determina o plano de ação com descrição das mudanças e clarificação do processo de implementação.

*“O paradigma da estabilidade cede espaço ao paradigma da transformação organizacional”* (Fisher, 2002, p. 150) e é neste pressuposto, que se procuram soluções que permitam expandir a qualidade existente, encontrando na realidade, - informação objetiva – a oportunidade para encetar mudanças. A autora citada refere ainda, que o desafio de mudar uma organização, ou os resultados pretendidos por uma organização, não se resolve apenas com a perceção da necessidade de inovar, mas envolve o desafio de encontrar o

modo mais adequado de mudar e conseguir transformar a organização no sentido determinado pela perspectiva “*do que*” é preciso mudar.

A consolidação de um plano de mudança tem imbuído, na sua construção, pressupostos geradores de reflexão. A constatação com a realidade dos dados relativos a indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem é em si, geradora de reflexão e da percepção das mudanças requeridas para acrescentar valor aos cuidados de enfermagem.

Ao longo de todo o percurso, a inovação deverá balizar as orientações e as interpretações. A inovação, por vezes, associada a tecnologias sofisticadas, capazes de enorme poder de transformação, não tem, no contexto deste estudo essa perspectiva, centra-se sobretudo nos processos de decisão que se inovam pela reconstrução de pressupostos, capazes de reconfigurar a intencionalidade da ação dos enfermeiros. Deste modo, estamos a afirmar que a raiz da inovação se vincula aos pressupostos teóricos que enformam a ação que orienta a prática. Esta perspectiva de inovação permite olhar a realidade por via daquilo que se pode modificar para melhor, ou seja, uma mudança que acrescenta valor.

A mudança acontece por meio de processos intercambiais de ação e reflexão que ocorrem ao nível individual e que depois se estendem ao grupo, pelo que se adota como estratégia o modelo II de aprendizagem de Argyris & Schön (1982), em que a partilha em grupo e o apelo ao diálogo e à reflexão se constituem como forma de construção de novo conhecimento.

Argyris (2005) refere que um ambiente de modelo II exige que suposições erradas sejam reformuladas, que incongruências sejam reconciliadas, incompatibilidades sejam resolvidas, imprecisões sejam especificadas, informações espalhadas sejam reunidas em padrões significativos e informações antes retidas sejam compartilhadas, pois toda a ação de modelo II significativa é avaliada na medida em que ajuda os indivíduos envolvidos a gerar informações válidas e úteis, partilhando problemas e construindo redes viáveis para a tomada de decisão em grupo onde se maximizam os contributos de cada membro. O modelo II tende a reduzir o grau de defesa individual, dentro dos grupos e entre grupos, aumentando a escolha livre e o comprometimento interno.

Neste processo, a substância da mudança desenvolver-se-á ao nível das decisões, sejam estas centradas na fiabilidade dos dados, ou nas mudanças a introduzir nas práticas.

Em síntese, a partir de informação válida expressa num conjunto de indicadores de resultado da qualidade dos cuidados de enfermagem, inicialmente determinado, e num clima de cooperação - investigador e participantes -, são delineadas estratégias facilitadoras de mudança que resultem da pluralidade de explicações, de modo a ver-se reconhecido: o contributo da reflexão sobre / para a ação a partir do modelo II de aprendizagem de Argyris & Schön (1982) num processo de melhoria contínua da qualidade.

#### 2.4.1. CICLO DE MUDANÇA A PARTIR DA INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

O desenho do ciclo de investigação-ação iniciou-se pela análise da documentação dos cuidados de enfermagem e dos indicadores de resultado que se tornaram a matéria-prima para a realização deste estudo. A análise destes dados permitiu a possibilidade de “*olhar*” a realidade da enfermagem construída naquele contexto clínico.

A análise da documentação permitir-nos-ia: 1) o reconhecimento da enfermagem “dizível” (documentada) naquele contexto clínico; 2) o reconhecimento de indicadores de resultado do exercício profissional dos enfermeiros; 3) o confronto entre a qualidade expressa objetivamente nos dados e a noção de qualidade subjetiva percebida pelos enfermeiros; e 4) o confronto com a distância que separa teorias expostas e teorias em uso.

Deste modo, o ciclo de investigação-ação teve o seu início em outubro de 2008 com a análise da informação documentada pelos enfermeiros no primeiro semestre desse ano, e no interesse do serviço, enquanto sistema-cliente, de desenvolver um programa de melhoria contínua da qualidade, a partir de um conjunto de áreas de atenção dos enfermeiros, que permitisse traduzir as modificações no estado de saúde dos clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A identificação da oportunidade de desenvolvimento partiu da análise e interpretação da informação válida produzida pelos enfermeiros no primeiro semestre de 2008, que foi pretexto de reflexão na equipa, numa partilha que pretendia granjear, desde início, o máximo envolvimento dos intervenientes.

Entre janeiro e março de 2009 e a partir do diagnóstico da situação e do que se pretendia para a ação, desenvolvemos estratégias conjuntas para a mudança. A conexão entre estratégia e mudança depende da clara compreensão de como interagem os dois polos de

qualquer organização: isto é, por um lado a orientação estratégica constituída pela intenção e focalização, e por outro lado, o conjunto de elementos que determinam a melhoria/mudança pretendida (Fischer, 2002).

A implementação das mudanças requeridas deu-se durante o segundo e o terceiro trimestres de 2009, que decorreu com períodos de estabilização, de dúvidas e de acertos. O “*como mudar*” é específico de cada contexto e do desejo de mudança expresso em objetivos estratégicos, “*por isso, passa, necessariamente pelo desenvolvimento das pessoas, pela capacidade que elas têm e querem disponibilizar para compreender e internalizar os valores da mudança, transformando-os em práticas organizacionais que concretizem o desejo de transformação*” (Fischer, 2002, p. 154).

Os tempos previstos para o decurso do ciclo de investigação não foram de todo aqueles que inicialmente se planearam, uma vez que esta metodologia, porque requer o envolvimento dos participantes, também se condiciona por aspetos da organização que interferem com a consecução atempada do plano inicial.

Uma contingência de relevo diz respeito às medidas urgentes tomadas a cabo pelo serviço de saúde, com a perspetiva de Portugal se confrontar com o flagelo em que se poderia transformar a gripe A ou do vírus H1N1. O serviço onde desenvolvemos o estudo foi responsável pela abertura de uma ala com capacidade para doze camas com condições para receber os doentes com suspeita de contaminação pelo vírus H1N1. Deste modo, a equipa de enfermagem foi aumentada com mais oito elementos, que integraram também o percurso de mudança.

A instabilidade provocada pelas mudanças - relativas a espaço físico; condições específicas de atendimento aos clientes com suspeita de contaminação pelo vírus H1N1, admissão de novos elementos com reduzidos níveis de experiência profissional, reconfiguração de grupos de trabalho -, gerou no percurso de investigação alguns reveses.

*“Muito do que acontece no decurso da investigação não ocorre de acordo com o que fora previsto. Não é a acção que deve obedecer a um plano prescritor de regras definitivas, bem pelo contrário, o plano é que tem de ser reajustado, sempre que as derivas da acção ocorram de forma não planeada. Esse facto deve, aliás, ser também matéria para reflexão, significação e produção de conhecimento prático, contribuindo, desse modo, para o dinamismo do processo”* (Máximo-Esteves, 2008, p. 82).



A avaliação e identificação do adquirido decorreram entre outubro de 2009 e março de 2010. A informação válida que serviu de base para a identificação das mudanças a operar foi a informação documentada pelos enfermeiros nos processos clínicos, entre Março e Julho de 2009.

Ao longo do processo, enquanto observador participante, para compreender comportamentos e perspectivas que possibilitassem acrescentar mais dados para responder às questões de investigação, fomos anotando ocorrências sob a forma de notas de campo e que representam a descrição de momentos ou de aspetos significativos no decurso do trabalho de campo, tornando-se parte da análise dos dados.

Os momentos de reflexão sobre / para a ação decorreram formalmente em reuniões de grupo, sob a forma de entrevistas de grupo semiestruturadas a partir dos aspetos relevantes que emergiram da análise à documentação de enfermagem. Estes momentos de entrevista de grupo assemelham-se a reuniões de trabalho com uma conversação que se aproxima do quotidiano, distinguindo-se desta pela sua intencionalidade uma vez que é usada para obter informações que complementam os dados para análise.

As reuniões aconteceram em dois momentos: designamos momento 1, o período de tempo em que decorreu a fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento e planeamento e onde se realizaram duas reuniões do grupo, e o momento 2 que decorreu na fase de identificação do adquirido em que se realizaram também duas reuniões.

No momento 1, a primeira reunião decorreu em novembro 2008 e foi semiestruturada a partir dos dados resultantes da análise à documentação de enfermagem. Esta análise à documentação foi organizada a partir dos focos de atenção e diagnósticos de enfermagem identificados pelos enfermeiros, as intervenções de enfermagem prescritas, o que permitiu calcular os indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e, com base nisso, consideramos os seguintes objetivos:

- Compreender a importância atribuída à informação válida para efeitos da monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Compreender a relação estabelecida pelos enfermeiros entre a documentação de enfermagem e a produção de informação válida para efeitos da monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Delimitar a concepção de cuidados de enfermagem dominante naquele contexto clínico;
- Identificar as áreas de atenção de enfermagem que se apresentam como prioridades para a melhoria do exercício profissional, bem como o conjunto de indicadores de resultado necessários à sua monitorização;
- Identificar as dificuldades e as potencialidades que, à escala do serviço, estavam associadas à obtenção de informação válida passível de traduzir-se em indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A segunda reunião realizou-se em março de 2009, até este momento haviam sido organizados pequenos grupos de trabalho para rever aspetos inerentes à decisão clínica relativa às áreas definidas na primeira reunião como relevantes para integrar o conjunto de indicadores. Neste sentido foram definidos os seguintes objetivos:

- Partilhar o trabalho desenvolvido nos pequenos grupos de trabalho relativo a áreas específicas da concepção de enfermagem;
- Analisar as perspetivas concetuais de enfermagem que emergem dos trabalhos realizados nos diferentes grupos relativamente às áreas de atenção;
- Identificar os aspetos percecionados como dificultadores e potenciadores do programa de melhoria contínua da qualidade;
- Identificar aspetos do conhecimento formal que importava incorporar na ação profissional de enfermagem e por consequência na documentação.

No momento 2, realizaram-se duas reuniões em março de 2010, na fase de identificação do adquirido. Nesta fase a reunião teve por base a reflexão sobre os resultados da análise à documentação de enfermagem relativa ao espaço temporal em que decorreu a fase de implementação e para a qual se estabeleceram os seguintes objetivos:

- Identificar os aspetos que mudaram na orientação da concepção de cuidados de enfermagem;
- Identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem das áreas apontadas como relevantes naquele contexto clínico;
- Identificar os fatores que dificultam ou facilitam a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade a partir da reflexão sobre informação válida;

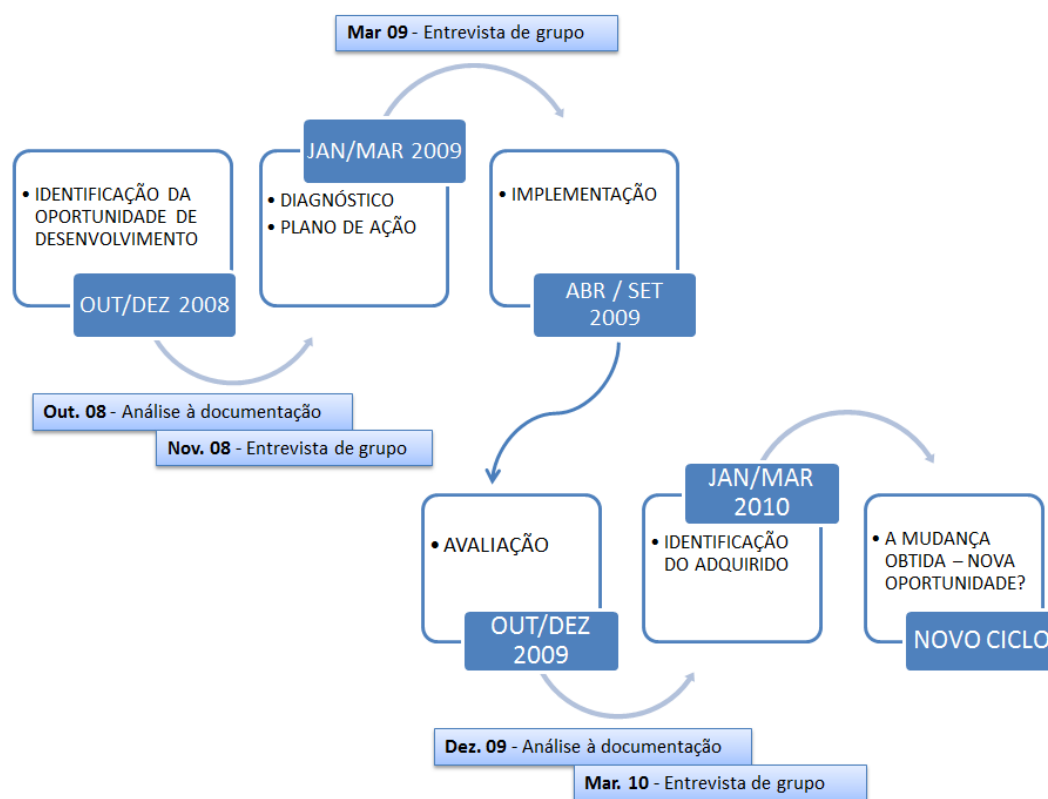
- Refletir sobre as vantagens e desvantagens da promoção e melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros a partir da reflexão sobre informação válida.

Estas reuniões, na fase em que decorrem, vinculam-se em perspectivas opostas. Por um lado a análise do adquirido que pressupõe uma retrospectiva do processo de mudança que se encontra prestes a encerrar; por outro lado, tende a que se façam análises prospetivas que apontam para um novo ciclo de investigação-ação e, por isso, para novas oportunidades de desenvolvimento.

As reuniões em grupo, no particular desta investigação, apresentam-se também como momentos de transferibilidade (Le Boterf, 2005) de conhecimento. Também Nonaka (1991) se refere ao diálogo e à reflexão coletiva como formas de conversão do conhecimento tácito em conhecimento explícito. O resultado do processo de articulação entre estes dois tipos de conhecimento é considerado pelas organizações como a criação de conhecimento perfeita, pois torna-se conhecimento explícito, ou seja, expresso na forma de analogias, conceitos ou modelos e a sua externalização resulta sempre do debate e da reflexão coletiva.

A identificação do adquirido permitir-nos-ia delinear um novo ciclo de investigação-ação. A melhoria contínua da qualidade decorre por ciclos numa espiral crescente de conhecimentos e aprendizagens. A investigação pode parar, mas a melhoria contínua ou os processos de mudança não sucumbem na ausência da mesma.

Apresentamos de seguida um esquema cronológico da investigação.



**FIGURA 3 - ESQUEMA CRONOLÓGICO DA INVESTIGAÇÃO**

#### 2.4.2. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS

Na sequência do que apresentamos, nesta investigação recorreremos a diferentes técnicas de recolha de dados que, de seguida, especificamos clarificando os objetivos.

##### 2.4.2.1. ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A documentação que serviu de análise ao grupo de enfermeiros para o processo de mudança a partir da investigação-ação teve na sua génese os pressupostos do modelo de agregação de dados definido por Pereira (2007) e que resulta na produção automática de informação válida – indicadores - relativa à documentação de diagnósticos, intervenções e resultados dos cuidados de enfermagem.

O sistema de informação de enfermagem em uso no serviço incorpora a classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE® - na sua versão beta. Não obstante, a

aprovação da CIPE® versão 1, em 2005, os sistemas de informação de enfermagem em Portugal e, especificamente naquele contexto de saúde, não integra a versão mais recente da CIPE®.

A CIPE® versão beta integra a classificação dos fenómenos de enfermagem e a classificação das ações de enfermagem, ambas compostas por oito eixos.

**TABELA 1- EIXOS DA CIPE® VERSÃO BETA (2000)**

EIXOS DA CLASSIFICAÇÃO	
<i>Fenómenos de enfermagem</i>	<i>Intervenções de enfermagem</i>
A – Foco da prática de enfermagem	A – Tipo de ação
B – Juízo diagnóstico	B – Alvo
C – Frequência	C – Meios
D – Duração	D – Momento
E – Local do corpo	E – Locais
F – Topologia	F – Topologia
G – Possibilidade	G – Via
H – Distribuição	H - Beneficiário

Para a identificação dos diagnósticos de enfermagem é necessário que se cumpram algumas recomendações definidas, como a utilização de um termo do eixo A (foco da prática de enfermagem) associado a um termo do eixo B (juízo diagnóstico) ou do eixo G (probabilidade), podendo acrescentar-se outros termos dos restantes eixos para tornar mais rigoroso o enunciado do diagnóstico de enfermagem. Cada eixo da classificação evoluiu de conceitos mais abstratos para conceitos mais específicos, numa lógica estruturante como se apresenta na figura abaixo. O eixo relativo ao foco da prática de enfermagem é definido como “*área de atenção concordante com o mandato social e os modelos profissionais e conceituais da prática de enfermagem*” (ICN, 2000, p. 17) e representa os aspetos da enfermagem, a que cada profissional atribui relevância para a identificação dos diagnósticos de enfermagem que traduzem necessidades em cuidados de enfermagem.

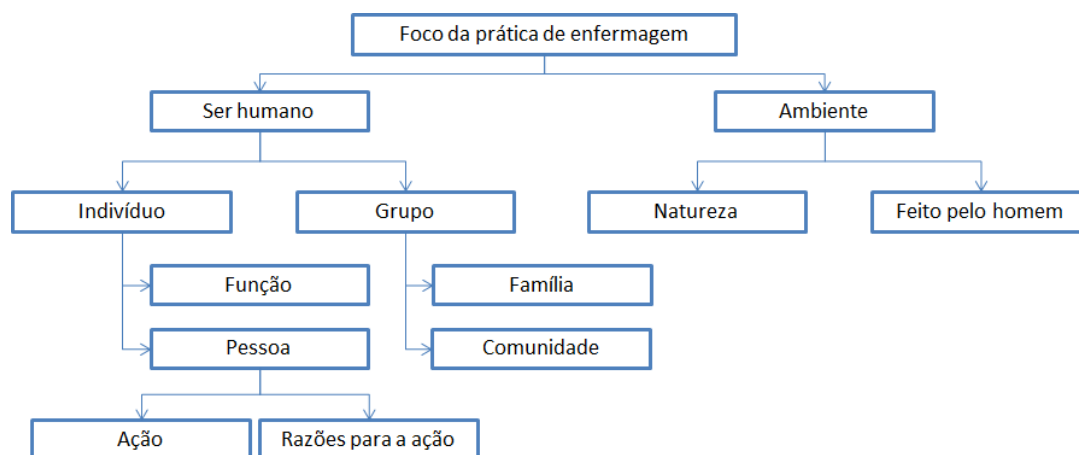


FIGURA 4 - ESTRUTURA DO EIXO - FOCO DA PRÁTICA CLÍNICA

As intervenções de enfermagem integram os conceitos que constam da sua classificação sendo recomendado que se inclua um termo do eixo A (tipo de ação) e a inclusão de termos dos outros eixos torna-se opcional (ICN, 2002). As intervenções dividem-se em cinco grupos: Intervenções do tipo **Observar** [Prestar atenção e olhar cuidadosamente alguém ou alguma coisa]; Intervenções do tipo **Executar** [Desempenhar uma tarefa técnica]; Intervenções do tipo **Gerir** [Estar encarregado de, e organizar para alguém ou alguma coisa]; Intervenções do tipo **Atender** [Estar atento a, de serviço a, ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa]; Intervenções do tipo **Informar** [Comunicar alguma coisa a alguém].

A partir do mesmo sistema de documentação de enfermagem, a investigação de Pereira (2007, p. 222) conduziu a “*três grandes tipos de indicadores / síntese informativas: frequências dos diagnósticos de enfermagem; indicadores orientados para a prevenção de complicações e indicadores orientados para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem*”.

Os dados que foram o pretexto de análise para a identificação da oportunidade de desenvolvimento consideram estas três tipologias de indicadores. A obtenção de informação válida a partir das tipologias apontadas, considera alguns requisitos: o padrão de leitura dos dados pressupõe que seja contabilizado cada episódio de internamento, no período em análise; a inferência de modificações no estado de um diagnóstico de enfermagem resulta da diferença entre a primeira e a última opinião clínica documentadas.

Os indicadores orientados para a prevenção de complicações e para as modificações positivas pressupõem o conceito de “resultado sensível aos cuidados de enfermagem”.

---

*“Um resultado sensível aos cuidados, ou à tomada de decisão de enfermagem, implica a implementação, de pelo menos, uma das intervenções consensualizadas como viabilizadoras daquele resultado, enquanto entidade mediadora entre o diagnóstico inicial de enfermagem e a modificação no seu estado”* (Pereira, 2009, p. 90).

Estes dados foram recolhidos e utilizados, em duas fases distintas do processo de investigação-ação, a fase de identificação do problema, ou neste particular, de identificação da oportunidade de desenvolvimento e na fase de identificação do adquirido para perceber as eventuais mudanças ocorridas.

#### 2.4.2.2. ENTREVISTAS DE GRUPO

A entrevista é um ato de conversação intencional e orientado, que implica uma relação pessoal. Os momentos de reflexão em grupo partem de um conjunto de aspetos, sob a forma de interrogações amplas, colocados pelo investigador na procura de um significado partilhado por todos os elementos do grupo. Neste contexto, a abordagem implementada na entrevista coloca-se sob a forma de tópicos amplos que partem da informação válida documentada pelos enfermeiros e para a qual, esses mesmos enfermeiros procuram uma justificação ou um sentido.

Nas fases de identificação da oportunidade de desenvolvimento e de diagnóstico foram realizadas duas reuniões formais com todo o grupo, e na fase de avaliação realizaram-se também duas reuniões formais. No decurso da investigação nas fases prévias à implementação constatou-se a partir da reflexão em equipa a necessidade de serem criados microgrupos para desenvolver aspetos dos cuidados que revelavam algumas lacunas e pouca sistematização.

A dinâmica com estes microgrupos tornou-se semelhante àquela que foi utilizada com o grande grupo, adotando no entanto, um carácter mais informal e sem agendamento prévio, mas que se tornavam momentos de recolha de dados para efeito desta investigação. A presença do investigador no contexto do estudo propicia a organização destas reuniões com os pequenos grupos, que surge da necessidade de debate e clarificação identificado pelos enfermeiros. Os dados obtidos nestes encontros foram considerados, para efeitos de análise, como notas de campo.

A entrevista, sob a forma de reunião em grupo, e numa lógica de organização semiestruturada, apresenta-se como adequada quando se pretende promover a reflexão sobre e para a ação. A partir de informação válida os participantes expõem as suas ideias e perceções, interagem nas dissonâncias e reestruturam processos cognitivos que permitem influenciar a ação numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade.

Os encontros realizados foram gravados sob a forma de áudio, com a prévia autorização dos participantes, no entanto, a interação do grupo durante os encontros dificultou o processo de gravação pelo que se recorreu também, a notas do investigador, realizadas durante a sessão.

#### 2.4.2.3. OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE / NOTAS DE CAMPO

Bogdan & Biklen (1994) referem a existência de dois tipos de observadores: o observador que vê a situação mas sem qualquer intervenção na ação, efetuando apenas o registo; e o observador que se encontra no cenário da ação interagindo com a situação e os sujeitos envolvidos na investigação. Foi neste segundo perfil que nos colocamos, dado que no decurso da investigação, e no desempenho de atividades profissionais de orientação de estudantes de enfermagem naquele contexto, estivemos presentes, integramos, de certa forma, a equipa do serviço de medicina 1 do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa entre 2008 e 2011.

As notas de campo estão frequentemente associadas à observação participante e à etnografia mas podem também ser usadas nas abordagens com recurso a entrevistas ou grupos focais (Gibbs, 2009). Na presente investigação realizamos registos essencialmente das interações nas sessões de reunião do grupo mas também nos momentos informais com os membros da equipa ou em reuniões informais com os pequenos grupos.

As notas de campo podem incluir: a) registos detalhados, descritivos e focalizados e b) material reflexivo (Máximo-Esteves, 2008). Estes registos referem-se a detalhes do contexto, das ações e interações mantendo a linguagem dos intervenientes desse contexto (Spradley, 1980) e que podem ser produzidos, imediatamente após sair do contexto, de modo a registar palavras, frases ou ações de participantes na investigação.



As notas de campo podem, também, integrar registos interpretativos que se traduzem em impressões subjetivas que emergem no decorrer da observação. Estas notas foram sendo realizadas nos momentos seguintes às reuniões ou quando surgia algum acontecimento relativo ao desenvolvimento da investigação e entendido como relevante para a obtenção de dados.

#### 2.4.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO

O material que resultou das reuniões de grupo – material gravado, notas do investigador e as notas de campo - foi constituído como *corpus* da análise de conteúdo.

As entrevistas de grupo enquanto espaço de partilha de opiniões, de justificações, de procura de um sentido tendem a apresentar-se como espaço que permite ao investigador abertura na codificação inicial, conduzindo-o para categorias que emergem dos dados que se apresentam relevantes para os participantes, numa abordagem em proximidade com os métodos de investigação que exploram os processos sociais (Strauss & Corbin, 2008; Charmaz, 2009). Este tipo de abordagem focaliza-se nos modos através dos quais os sujeitos dão significado ao contexto onde se inserem (Tarozzi, 2011) e a recolha, codificação e análise dos dados têm carácter de simultaneidade (Carpenter & Streubert, 2002)

Para Gibbs (2009) os dados podem variar na qualidade, na relevância dos seus interesses e na utilidade para a sua interpretação, neste sentido, a codificação inicial permitiu separar os dados em categorias temáticas.

A codificação é uma forma de indexar ou categorizar o material em análise, de modo a que se estabeleça uma estrutura temática (Gibbs, 2009). Iniciamos a codificação dos dados sem categorias *à priori* permitindo a criação das categorias a partir dos dados.

O método de análise descrito por Strauss e Corbin (2008) divide a codificação em três tipos. A codificação aberta, que é o processo analítico pelo qual os conceitos são identificados. A codificação axial, que é o processo de relacionar categorias com as suas subcategorias e ocorre em torno do eixo de uma categoria associando categorias ao nível de propriedades e dimensões. E a codificação seletiva que é o processo de integrar e refinar a teoria.

No contexto deste estudo os tópicos temáticos que emergiram a partir da codificação aberta, orientaram-se na linha dos aspetos inerentes à problemática em estudo e que foram comuns às diferentes fases da investigação: identificação das oportunidades de desenvolvimento, planeamento, implementação, identificação do adquirido.

O processo que se seguiu resultou da associação de enunciados que abarcam um número variável de temas, que através de sua análise, exprimem significados organizados em categorias e subcategorias e que vão de encontro ao processo de mudança que pressupõe a investigação-ação.

As reuniões de grupo que se realizaram nas diferentes fases do percurso de investigação - identificação das oportunidades de desenvolvimento, planeamento e identificação do adquirido - tiveram na sua base a informação documentada pelos enfermeiros. Da análise ao material recolhido emergiram numa primeira fase uma codificação inicial que permitiu uma abertura a todas as possibilidades de categorias temáticas, de seguida analisaram-se os elementos comuns subjacentes aos dados e organizaram-se de modo mais sistemático em categorias e subcategorias. Os temas principais dos dados que se organizaram em categorias de análise correspondem aos seguintes elementos: 1) gestão/organização do serviço; 2) documentação de enfermagem; 3) decisão clínica em enfermagem; e 4) modelos conceituais utilizados para descrever as necessidades em cuidados de enfermagem (anexo 1).

## 2.5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Uma investigação requer a responsabilidade pessoal e profissional, de modo a que o desenho do estudo seja consonante sob o ponto de vista ético. Nesta investigação assumimos os princípios elementares: os participantes não devem ser prejudicados, o que se relaciona com o princípio da não maleficência; os participantes deram o seu consentimento informado de forma voluntária, o que permite assegurar o princípio da autonomia; e assegurar aos participantes a confidencialidade e o anonimato, respeitando assim, os princípios de beneficência e justiça (Streubert & Carpenter, 2002).

A investigação desenvolvida, baseada na reflexão-ação a partir de informação válida traduzida em indicadores, numa lógica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de

enfermagem, pressupõe dois aspetos a serem considerados sob o ponto de vista ético – os dados relativos à documentação e a participação dos enfermeiros na investigação.

Nos dados relativos à documentação, os aspetos de natureza pessoal dos doentes não integraram as bases de dados fornecidas pela instituição de saúde. A informação relativa ao número de episódio de internamento correspondente a cada caso, era fornecida com a numeração seriada aleatoriamente na base de dados, retirando-se desde logo qualquer possibilidade de aceder a informação pessoal dos doentes.

O processo de consentimento informado dos participantes baseou-se na informação relativa à investigação, sendo garantida a possibilidade de recusa na participação sem que daí resultasse qualquer tipo de consequência pejorativa. A estratégia de recolha de dados que necessita de uma relação próxima e pessoal com os participantes implica que o investigador tenha um conhecimento pessoal destes.

A autorização para o desenvolvimento da investigação foi solicitada à instituição e aprovado pela sua Comissão de Ética (anexo 2), não obstante a autorização formal, fomos explicando o que se pretendia desenvolver, clarificando a colaboração esperada.

A interpretação e validação de inferências, facultadas pela relação do investigador com os participantes, devem respeitar a lógica e o rigor dos aspetos comunicados pelos participantes.

A apresentação dos dados que resultou da análise relativa às reuniões de grupo e às notas de campo, utilizadas no relatório para elucidar situações ou acontecimentos, respeita a confidencialidade relativa à sua autoria.

## 2.6. REFERÊNCIAS

- ARGYRIS, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- BASKERVILLE, R. (Oct. de 1999). Investigating information systems with action research. *Communications of the association for information systems*, Vol. 2, Artigo 19.

- BOGDAN, R., & BIKLEN, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (M. J. Alvarez, S. B. Santos, & T. M. Baptista, Trans.) Porto: Porto Editora.
- CHARMAZ, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- FISCHER, R. (2002). Mudança e transformação organizacional. In M. T. FLEURY, *As pessoas na organização* (p. 312). Ed. Gente Liv. e Edit. Lda.
- GIBBS, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- GUBA, E., & LINCOLN, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. DENZIN, & Y. LINCOLN, *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- ICN. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras.
- LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.
- MÁXIMO-ESTEVES, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação-acção*. Porto: Porto Editora.
- NONAKA, I. (November-December de 1991). The knowledge creating company. *Harvard Business Review*, pp. 96-104.
- PEREIRA, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, A. P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].
- SILVA, M. I. (1996). *Práticas educativas e construção de saberes*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional.
- SPRADLEY, J. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- STREUBERT, H., & CARPENTER, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o imperativo humanista*, Lisboa: Lusociência. Lisboa: Lusociência.

TAROZZI, M. (2011). *O que é a grounded theory? Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis: Editora Vozes.

TRIPP, D. (Set./Dez. de 2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31, pp. 443-466.



### 3. IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO

Um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão sobre informação válida proporciona oportunidades de desenvolvimento que decorrem do teor explicitado nessa informação. Este percurso de investigação teve na sua base a documentação produzida pelos enfermeiros para descreverem as necessidades em cuidados de enfermagem.

Este capítulo organiza-se pelas áreas temáticas que emergiram a partir da análise de conteúdo das reuniões de grupo. Dessa análise de conteúdo emergem temas que se organizam em torno de dois eixos estruturantes da qualidade: aspetos de natureza concetual e profissional da enfermagem que se assumem nas categorias de análise – exercício profissional de enfermagem, modelos orientadores da ação e tomada de decisão clínica -, e aspetos de natureza organizacional onde se inclui a categoria de análise - gestão e organização da qual emergem as seguintes subcategorias: método de trabalho da equipa e processo de documentação dos cuidados de enfermagem.

Na sequência destas categorias temáticas enunciamos de seguida alguns aspetos teóricos que permitem contextualizar a relevância dos mesmos no percurso de investigação.

A implementação de sistemas de qualidade foi formalmente assumida por instâncias internacionais e nacionais de saúde, tornando emergente a reflexão dos profissionais e das instituições em torno da definição de políticas e estratégias tradutoras desse desafio. Donabedian (2003) refere-se aos sistemas de informação como um dos elementos chave de um sistema de promoção, melhoria e desenvolvimento contínuo da qualidade.

Em Portugal, a discussão acerca desta problemática foi introduzida por Silva (2001), numa investigação que tomou por objeto a mudança nos sistemas de informação de enfermagem. Este autor apontou trajetos a percorrer, no contexto da enfermagem portuguesa, para que a agregação de dados de enfermagem se tornasse uma realidade com contributos efetivos para a promoção da qualidade dos cuidados. Considerou ainda

que a informação presente nos sistemas de informação de enfermagem poderia fornecer pretextos interessantes de reflexão sistemática sobre as práticas, no sentido da produção de indicadores que não se circunscrevessem a uma mera análise dos mesmos, mas que se tornassem oportunidade para refletir a prática a partir de informação válida extraída da documentação de enfermagem.

A conceção de modelos de organização de dados nos sistemas de informação pressupõe a utilização de critérios que se baseiam na natureza da informação a processar, incorporando a utilização de códigos que reportam uma linguagem comum entre os utilizadores. Permitindo desse modo, dar visibilidade aos contributos dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados em saúde.

Os esforços desenvolvidos em Portugal no sentido de proceder à reengenharia dos sistemas de informação de enfermagem permitem-nos, hoje em dia, mover-nos em múltiplos contextos de ação onde tais requisitos são já uma realidade. Neste quadro, gera-se um conjunto de oportunidades para otimizar a informação disponível nas bases de dados da saúde, tendo em vista a promoção da qualidade.

No entanto, *“a existência de dados em abundância não garante, desde logo, a possibilidade destes serem utilizados de forma ágil, sistemática, regular e em larga escala”* (Pereira, 2009, p.42) e desse modo, temos vindo a assistir, no círculo teórico da enfermagem, a vários estudos e reflexões acerca dos processos de compilação, recolha, agregação e análise de um conjunto mínimo de dados de enfermagem capaz de representar o *“core group”* das áreas de atenção da disciplina.

A abordagem da melhoria contínua da qualidade centrada nos resultados apresenta-se aos enfermeiros como um estímulo e, simultaneamente, como um desafio. Na perspetiva da qualidade, os enfermeiros, enquanto grupo profissional de relevo no âmbito da saúde, têm vindo a melhorar o seu desempenho no que concorre essencialmente, para o contributo da produção de indicadores de processo que se traduzem na qualidade global de cada instituição de saúde.



### 3.1. ACRESCENTAR VALOR À QUALIDADE

Um encontro foi agendado com a equipa de profissionais do serviço de Medicina 1 do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, com a intenção de apresentar as linhas gerais do projeto de desenvolvimento do modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado na reflexão a partir de informação válida fornecida pelos indicadores de resultado, propor estímulos para a reflexão em torno dos modelos e referenciais teóricos que influenciam o modo de agir de cada um e dar conta, por via da documentação, do perfil dominante no qual se baseia a enfermagem naquele contexto.

A perspetiva deste processo de melhoria contínua da qualidade que toma em consideração os pressupostos da reflexão sobre e para a ação (Argirys & Schön, 1982) e os fundamentos da aprendizagem organizacional (Senge, 1990), requer um forte envolvimento de todos os membros da equipa.

A novidade registada na forma de obter qualidade, a partir da reflexão sobre informação válida traduzida por indicadores de resultado dos cuidados de enfermagem, inscrevia-se num desígnio há muito prometido pela existência do sistema de informação. A apresentação inicial do projeto permitia-nos uma elucidação acerca dos níveis de motivação de cada um dos participantes e do grupo de um modo geral. O grupo estaria disponível para o envolvimento que a melhoria/mudança exige?

Um processo de mudança que implica aprendizagem tem de começar dentro da organização, num compromisso entre as pessoas para rever a forma de olhar o mundo, questionando os seus modelos mentais, especialmente os que reforçam as barreiras para a aprendizagem. Muitas organizações não se encontram preparadas para reexaminar as suas históricas maneiras de operar, e muitas, não estão dispostas a desafiar as suas próprias premissas, ou mesmo, admitir que as possuem (Silva & Lima, 2001).

Para Senge et al (1999) o desenvolvimento de aprendizagem em organizações resulta de um ciclo de aprendizagem em que os membros desenvolvem habilidades e capacidades que alteram o que podem fazer e compreender. Como resultado destas alterações, novos pressupostos e perspetivas se começam a formar, gerando novo desenvolvimento.

Este tipo de arquitetura organizacional pressupõe três pilares estruturais (Senge et al, 1999) centrados em três perspetivas de ação “*o que fazer*”, “*com o quê*” e “*como*” e que

se poderão apresentar sob a forma de um triângulo que representa uma forma tangível de esforços que tem no seu centro o domínio da ação.

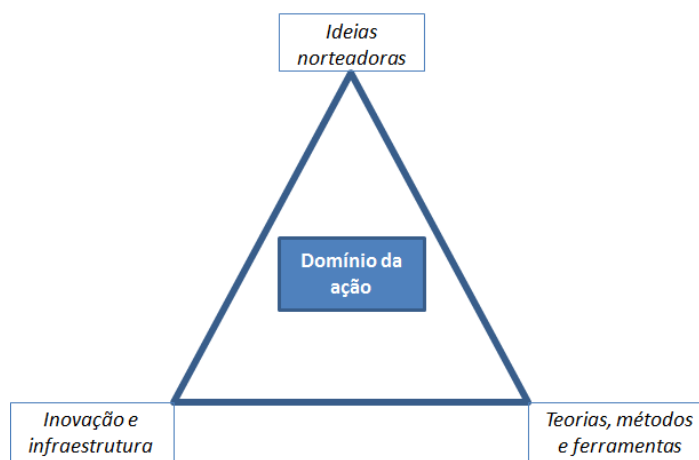


FIGURA 5 – MODELO INTEGRADO DE AÇÃO E MUDANÇA (ADAPTADO DE SENGE ET AL, 1999)

- Ideias norteadoras – são orientações que resultam da reflexão coletiva que permite focalizar o eixo a seguir. Permitem compreender e dar sentido às interrogações inscritas no “*que fazer*” e “*porquê*” das melhorias requeridas.
- Inovações estruturais – que são os recursos que as organizações disponibilizam aos seus profissionais. Permitem dar resposta ao “*com o que*” se pode proceder à melhoria contínua da qualidade.
- Teorias, métodos e ferramentas – são instrumentos que reforçam as capacidades de uma aprendizagem organizacional. Permitem indicações sobre o “*como*” chegar à aprendizagem que traduza melhoria contínua.

Neste primeiro encontro formal apresentou-se o projeto de investigação, estabelecendo-se as ideias norteadoras do processo de mudança, ou seja, as orientações, que resultando da reflexão coletiva, permitiram focalizar as áreas de enfermagem com particular interesse naquele contexto clínico, para serem pretexto de um programa de melhoria contínua da qualidade.

No contexto de um serviço de Medicina, local em que se desenvolveu o estudo, as áreas de particular interesse, dada a regularidade da sua identificação, corroboram o que emergiu da investigação de Pereira (2007) destacando relevância a dependência no(s) *Autocuidado(s)*, a preparação para o *Papel de prestador de cuidados*, por via de dotar estas pessoas – o cliente ou o membro da família prestador de cuidados - de conhecimentos e habilidades para os desafios colocados por uma nova condição de

saúde. Com idêntica relevância também os diagnósticos associados às principais complicações que ocorrem nos internamentos como a *Aspiração*, a *Obstipação*, as *Quedas*, as *Úlceras de pressão* ou a *Dor*. Com efeito, são diversas as áreas de atenção da prática de enfermagem, mas existem áreas “*em que a natureza particular das respostas oferecidas pelos enfermeiros é, ou pode ser, um contributo significativo para as modificações positivas que se operam naquele aspecto de saúde*” (Pereira, 2004, p. 17).

A ideia de se desenvolver um programa de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem baseado na reflexão sobre informação válida traduzida pelos indicadores de resultado tornava-se, por si mesmo, pretexto de algo inovador, o que se traduziu no interesse dos responsáveis do serviço que entenderam a investigação como contributo para a melhoria da qualidade. A manifestação de interesse, a disponibilidade e abertura dos enfermeiros responsáveis – enfermeiro diretor, enfermeira coordenadora do departamento de medicina e enfermeira chefe do serviço – foi relevante para se dar início a todo o processo de investigação. Este interesse manifestou-se nas áreas de enfermagem passíveis de se transformar em informação válida através de indicadores de resultado, e que se tornariam como pretexto para ensaiar um modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, configuravam-se como aqueles que mais contribuiriam para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, encontrando-se sintonia no estudo de Pereira (2007).

A inovação apresentava-se aqui, numa perspetiva de “*introduzir novidade*”, e simultaneamente, revelar aspetos essenciais que manifestassem o carácter significativo da enfermagem para as pessoas. Deste modo, a apresentação inicial do projeto encontrou nos participantes uma dualidade consentânea com o expectável: - a ideia de melhorar continuamente que se apresenta como desafiadora e estimulante, e - a perspetiva da resistência à mudança, congruente com o conceito de Argyris de rotinas defensivas.

Argyris & Schön, (1982) reportam a estagnação da aprendizagem individual e organizacional em consequência dos modelos mentais não se tornarem explícitos e não serem questionados ou desafiados, o que restringe a aprendizagem e impõe, o que os autores designam por, rotinas defensivas. Para Argyris (2005) o raciocínio defensivo, que está na base das rotinas defensivas, ocorre quando os indivíduos consideram

determinadas premissas inquestionáveis, cuja validade se torna frágil a partir dos argumentos utilizados e decorre de modelos de ação do tipo I.

“Isto [o projeto de investigação] está tudo muito bem mas para mudar é preciso ter condições de trabalho. Temos excesso de doentes. Fazemos horas a mais (E5).

Se começamos com mudanças no meio desta confusão, a qualidade só irá ficar pior (E6).

Precisamos de condições para fazer enfermagem como deve ser, e não assim, sempre a correr” (E7).

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

O que afinal se pretendia era congruente com o que o próprio serviço pretendia face ao desenvolvimento contínuo dos seus profissionais. E tomando em consideração os modelos de ação preconizados por Argyris & Schön (1982) seria expectável a predominância dos modelos de ação de tipo I que se caracterizam num modelo de ciclo único, cujo protagonista se centra no modo como o problema se apresenta não dando atenção aos aspetos inerentes à sua causa.

A qualidade apresenta três dimensões – estrutura, processo e resultado – (Donabedian, 2003). Os indicadores de estrutura têm relevância semelhante aos indicadores de resultado, e nas organizações tendem a ser atendidos de modo antecipatório, uma vez que se inscrevem nas condições da organização como: as condições físicas dos serviços, as condições hoteleiras, o equipamento existente para providenciar os cuidados ou a gestão dos recursos humanos tais como os rácios enfermeiro-cliente, entre outros.

O discurso de alguns enfermeiros aloca-se a uma perspetiva de não estarem reunidos indicadores de estrutura suficientemente cimentados para se proceder a uma monitorização de indicadores de resultado. O que em determinados momentos contextuais pode ser uma realidade, poderá para esta discussão, representar-se como forma de elucidação de modelos de ação do tipo I.

Os processos de melhoria da qualidade são por vezes, associados a ideias de que é necessário melhores condições para se proporcionar melhor qualidade, o que se apresenta congruente com a perceção dos enfermeiros. No entanto, a questão não se

coloca na estrutura existente que influencia os resultados, mas antes, nos resultados que se podem obter com a estrutura existente.

As mudanças não acontecem facilmente pois os padrões descritos criam e sustentam rotinas organizacionais defensivas que são formadas por ações dentro de um ambiente organizacional que pretende proteger os indivíduos de se sentirem em situação de embaraço ou ameaça, ao mesmo tempo que evitam que todo o grupo, e a organização como um todo, identifiquem as causas desse embaraço ou ameaça (Argyris, 2005).

Os comportamentos gerados por modelos de ação de tipo I são orientados por valores que tendem a defender a posição de cada um, reforçando a ideia de controlo unilateral que parece racional e que encontra responsabilidade no exterior, na existência de algo ou alguém, que transpõe cada um, e que se apresenta como causa, justificação ou culpa (Argyris, 2005).

|| *Nós podemos sempre fazer melhor. Mostrar onde os enfermeiros fazem a diferença (E5).*

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

A perspetiva centrada na oportunidade surge na discussão, a fornecer-nos a evidência de que os modelos de ação de tipo II também coexistem na organização e no grupo, mesmo que fiquem por clarificar, se na base intencional da mensagem esteve o pressuposto das teorias expostas condicionadas por crenças e valores que se julgam corretos, mas que nem sempre orientam as teorias em uso dos mesmos atores.

O silêncio ou a parca participação, de alguns dos participantes na discussão, apresenta-se como um ponto igualmente interessante a destacar. Quando a mensagem congruente com a pertinência da melhoria contínua da qualidade é enfatizada pelos responsáveis do serviço / gestão de topo, esta poderá ser aceite pelo grupo por via de um comprometimento externo, quando um comprometimento interno exige a não aquiescência, mas a participação efetiva, pois “*quanto mais interno o comprometimento, maior o envolvimento*” (Argyris, 2005, p. 32).

A ideia da melhoria contínua tornava-se fulcral nesta discussão, tomando relevância a orientação para a mudança pretendida, pelo que importava clarificar os conceitos de qualidade e de indicadores de qualidade. O conceito de qualidade adota, também,

conotação com mais trabalho, num binómio inseparável de “*fazer melhor*” requer “*mais tempo*”.

A filosofia da qualidade em saúde está orientada para a permanente melhoria e o percurso de investigação estava desenhado de modo a corresponder a este desígnio. Do conceito de qualidade importava rever os princípios básicos inerentes aos tipos de indicadores passíveis de serem monitorizados.

Os níveis de infeção, por exemplo, são um indicador de qualidade. Também, se os nossos doentes não têm úlceras de pressão. Ou se não há quedas no serviço (E2).

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

Os indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros enformam dos modelos teóricos, da tomada de decisão clínica e da ênfase atribuída a determinados aspetos em detrimento de outros. A abordagem ao conceito de indicadores de qualidade referida pelos participantes traduz uma explicitação de modelos orientadores da ação centrados na prevenção de complicações.

Por outro lado, o decurso na instituição de um processo de acreditação pela Joint Commission International, com a definição de um conjunto de normas a cumprir, face aos aspetos enunciados e que reportam relevância particular: a infeção, a queda ou as úlceras de pressão -, seria outro fator a condicionar a perceção de indicadores de qualidade.

A relevância do exercício profissional dos enfermeiros orientada para a prevenção de complicações era já uma prerrogativa, importava revelar a dimensão dos ganhos em saúde das pessoas sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os autocuidados são áreas muito importantes e nós temos muitos doentes dependentes (E3).

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

A estabilidade do conceito de autocuidado no domínio da disciplina de enfermagem e a influência da “*Escola das necessidades*” pode explicar a particular relevância que este assume na prática dos cuidados. A perceção dos enfermeiros face à frequência com que identificam esta área de atenção permite-lhes reconhecer que esta é uma área particular

para a enfermagem face aos níveis de dependência para o autocuidado que são documentados.

Os focos de atenção mais sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros são aqueles que estão associados a problemas face aos quais as intervenções de enfermagem se direcionam para a promoção da independência nas ações realizadas pelo cliente, com base na sua intencionalidade, na aquisição de competências cognitivas e instrumentais, e no desenvolvimento de respostas adaptativas eficazes (Pereira 2009, p. 84).

Meleis (2005) considera de fundamental importância o modo como os enfermeiros contribuem, por via da sua ação, no processo de transição vivenciado pelas pessoas face a determinado acontecimento, como é elucidativa a situação de dependência após um evento gerador dessa dependência.

Os enfermeiros reconhecem a sua ação na ajuda proporcionada às pessoas para progredirem face àquilo que se apresenta como novo ou diferente na sua condição de saúde ou no exercício de um novo papel. Será esta ajuda potenciadora do processo de transição no estado de saúde dos clientes, no desempenho de capacidades para lidar com a dependência? O conceito de indicadores de resultado face a esta área de atenção estará centrado nos ganhos que os clientes obtêm para minimizar os seus níveis de dependência ou estará centrado no grau de substituição que cada cliente requer para completar o seu autocuidado? Os enfermeiros reconhecem a sua ação como promotora do processo de transição face ao desempenho de um novo papel, o de prestador de cuidados? Ou reconhecem o seu contributo na garantia de um conjunto de conhecimentos que permitam ao membro da família prestador de cuidados desempenhar o papel que lhe é exigido?

### 3.1.1. O AUTOCUIDADO

O autocuidado tem sido entendido como o cuidado realizado pelo próprio resultando de ações intencionais, aprendidas e, quando necessário, reaprendidas, para tratar do que é necessário para se manter operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e com as atividades de vida diária (ICN, 2005; Orem, 1991).

Orem desenvolveu um modelo conceitual tomando por referência o autocuidado e partindo das premissas gerais de que: 1) os seres humanos necessitam de informação deliberada e contínua para si próprios para a manutenção da vida; 2) o poder agir deliberadamente é exercido sob a forma de cuidados a si próprio; 3) as pessoas experimentam privações sob a forma de limitações para agir face aos seus cuidados; 4) a ação humana é exercida na descoberta, desenvolvimento e transmissão de formas e meios de identificar necessidades e efetuar as ações para e por si próprio; 5) os grupos com relações estruturadas agrupam tarefas e atribuem responsabilidades para fornecer cuidados aos membros do grupo que experimentam privações para efetuar o que é necessário e deliberado para si.

A ideia central da teoria do déficit do autocuidado associa-se à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações na ação relacionadas com a saúde, limitações essas que as deixam completa ou parcialmente incapazes para cuidarem de si próprias. O déficit no autocuidado exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades em cuidados (Tomey & Alligood, 2004).

Orem (1991) reconhece, no seu modelo de enfermagem, a existência de três requisitos: universais, de desenvolvimento e de desvios de saúde. Os requisitos universais relacionam-se com os processos de vida comuns a todas as pessoas durante o seu ciclo vital e que correspondem a atividades do quotidiano. Os requisitos de desenvolvimento representam a expressão dos requisitos universais em determinados momentos da vida correspondendo a processos de desenvolvimento ou eventos que implicam mudança ou adaptação. Os requisitos face aos desvios de saúde reportam-se às condições de doença, ou consequência de tratamentos que contribuam para a condição de saúde de uma pessoa.

No contexto clínico de um internamento de Medicina os requisitos para o autocuidado face aos desvios de saúde tomam relevância particular, dado que os clientes se confrontam com o aparecimento súbito de uma doença ou com o agravamento na sua condição de saúde que já detinha algum grau de vulnerabilidade. Neste contexto, emergem os pressupostos inerentes ao déficit no autocuidado, ou seja, quando a pessoa experimenta limitações no seu autocuidado apresentando-se com dependência total ou parcial e requerendo a intervenção de outras pessoas para ajuda e suporte.



A dependência pode definir-se como “*a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária*” (Decreto-lei n.º 101/2006).

Face ao défice ou dependência no autocuidado, Orem refere que a forma como a pessoa e o enfermeiro interagem para compensar esse desequilíbrio origina três sistemas que podem estar, ou não, reunidos num único doente: *Sistema totalmente compensatório* - a pessoa não tem qualquer papel ativo face ao seu autocuidado e necessita que todos os cuidados sejam assumidos pelo enfermeiro; *Sistema parcialmente compensatório* - as atividades de autocuidado são repartidas entre a pessoa e o enfermeiro, ou seja, existe partilha dos cuidados, pois a pessoa tem capacidade para efetuar algumas ações de autocuidado; *Sistema de apoio educativo e de desenvolvimento* - a pessoa consegue realizar as ações para o autocuidado mas requer orientação para as realizar de modo mais adequado.

A perspetiva apontada por Orem para a ação dos enfermeiros junto dos clientes com dependência no(s) seu(s) autocuidado(s) influencia a decisão clínica em enfermagem e os modelos que orientam a ação.

A grande influência da escola das necessidades teve um forte enraizamento na enfermagem, no particular da enfermagem portuguesa, tendo a perspetiva de Henderson (1991) o reconhecimento do que representava a enfermagem, em que a função dos enfermeiros se circunscreve a assistir o indivíduo, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a sua saúde ou para a sua recuperação, e que este executaria sem qualquer auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários.

Na atualidade, o paradigma de enfermagem foca-se sobretudo, nas capacidades singulares de cada indivíduo, no seu potencial para fazer frente aos eventos adversos, na capacidade para integrar novos conhecimentos e habilidades, tornando a pessoa mais autónoma mesmo que com algum grau de dependência de alguém ou de alguma coisa.

Os modelos expostos apontam a relevância do autocuidado na concepção dos cuidados de enfermagem impressa em expressões de atribuição de significado como “*os autocuidados são áreas muito importantes* (Reunião de grupo M1-E3). Mas os modelos em uso que influenciam, marcadamente a ação, terão uma influência dominada por essas premissas?

### 3.1.2. PREPARAR PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

O envelhecimento da população envolve aspetos específicos do setor da saúde, do mesmo modo, que o aumento exponencial de pessoas dependentes. As políticas de saúde são fundamentalmente orientadas para o tratamento das doenças, preconizando-se internamentos curtos que não contemplam a recuperação total.

Deste modo, as famílias confrontam-se com o regresso a casa dos seus familiares doentes, num curto período de tempo e a condição das pessoas é por vezes, substancialmente diferente da que existia antes do internamento, requerendo àqueles que vão tomar conta da pessoa dependente, um conjunto alargado de conhecimentos e de capacidades instrumentais para lidar com a situação.

A insuficiente preparação dos prestadores de cuidados pode colocar em causa os cuidados necessários às pessoas que deles precisam, contribuindo ainda para eventuais complicações que daí poderão decorrer.

Habitualmente é um membro da família que assume o papel de prestador de cuidados, reconhecendo-se na prestação de cuidados de duração mais prolongada, um desgaste com consequências previsíveis na saúde do membro da família prestador de cuidados (Ekwall et al., 2005; Martins, 2006; Petronilho, 2007; Guberman et al, 2005; Lévesque et al, 2010).

Apesar de se abordar globalmente a questão dos prestadores de cuidados, estes representam um grupo muito heterogéneo. E as atividades a que têm de dar resposta integram um leque alargado de competências.

A problemática centrada nos membros da família prestadores de cuidados teve o seu início nos anos 80, a partir sobretudo, dos Estados Unidos e Canadá, tornando-se desde então foco de atenção de diferentes áreas científicas, entre as quais, a enfermagem.

As atividades desenvolvidas pelos prestadores de cuidados frequentemente associadas a atividades do quotidiano como higiene pessoal, vestir-se e arranjar-se, alimentar-se ou transferir-se, foram, e por vezes ainda são, entendidas como algo normal e natural, comparável ao trabalho doméstico realizado pelas mulheres. No entanto, a ênfase em tarefas do quotidiano tornam invisível, outros aspetos com maior grau de complexidade, como: a gestão de emoções, a supervisão de exercícios de reabilitação, a administração de medicamentos ou a realização de determinados tratamentos ou técnicas (Bowers, 1987; Lavoie, 2000).

O membro da família prestador de cuidados que se vê confrontado com o exercício desse papel vivencia um processo de transição complexo e complicado, dado este surgir frequentemente, de modo imprevisível e repentino. Os diferentes papéis que desempenha (trabalhador, mãe/pai, mulher/homem) resultam por vezes em conflito, dada a multiplicidade de responsabilidades que serão assumidas.

Shyu (2000) destaca diferentes fases no processo de integração do papel de membro da família prestador de cuidados: o *role engaging* que ocorre antes do regresso a casa, ainda no contexto hospitalar e em que as necessidades do prestador de cuidados são predominantemente centradas na informação acerca da condição da pessoa dependente (doença, tratamento, condição física e psicológica, prognóstico); gestão dos sinais e sintomas; assistência nos cuidados necessários e no conforto; cuidados com a medicação; e como atuar em situação de emergência.

O *role negotiation* ocorre logo após o regresso a casa, em que as necessidades do prestador de cuidados se centram essencialmente nas capacidades do domínio instrumental para dar resposta à aprendizagem desenvolvida na fase anterior, procurando estabelecer um padrão de funcionamento harmonioso e contínuo.

A fase seguinte, designada como *role settling* será aquela em que o membro da família prestador de cuidados atinge um padrão de estabilidade no desempenho do seu papel.

A investigação em torno dos processos de integração do papel de membro da família prestador de cuidados enfatiza a relevância do suporte informacional, de treino de

competências instrumentais, de suporte emocional e de orientação para os recursos de apoio existentes na comunidade.

Nesta perspectiva, os enfermeiros compreendem e vinculam-se à ideia da preparação do prestador de cuidados, como algo necessário e tradutor da qualidade do exercício profissional. No entanto, a compreensão do papel de prestador de cuidados apresenta-se ainda como complexa, incompleta e fragmentada.

A preparação do regresso a casa sendo algo de reconhecida relevância não adquiriu ainda um estatuto de profissionalização (Petronilho, 2007), o que se revela na documentação de enfermagem, dada a pouca ênfase colocada na preparação dos prestadores de cuidados, por via dos conhecimentos e habilidades necessárias para o exercício do papel.

Reconhecida a importância da preparação do prestador de cuidados, os enfermeiros integram nas suas práticas a preocupação com o conhecimento necessário ao prestador de cuidados para o desempenho do seu papel.

“*Nós fazemos os ensinamentos...mas é muita informação ao mesmo tempo. O prestador de cuidados chega, debitamos tudo e, a maior parte das vezes, nesse mesmo dia o doente vai para casa.*” (E9)

Reunião do grupo – Momento 1, Mar. 2009

Constata-se uma preocupação em ensinar, em preparar as pessoas que se assumem como o membro da família prestador de cuidados. Existirá também, nestas pessoas, uma decisão informada para o papel que irão iniciar, estarão estas preparadas para a aprendizagem que o desafio exige? Poderemos inferir daqui, uma relação biunívoca de interesses e de interessados.

Se os enfermeiros orientam a sua ação no sentido de proporcionar conhecimentos e treinar habilidades para preparar os membros da família prestadores de cuidados, estarão estes, em sintonia com essa intenção? Que requisitos são necessários para o desempenho do papel de membro da família prestador de cuidados? Ensinar, o quê? O conhecimento que os enfermeiros utilizam no seu desempenho profissional? Transformar os membros da família prestadores de cuidados como uma extensão do trabalho profissional dos enfermeiros?

### 3.1.3. TRANSFORMAR DESAFIOS EM OPORTUNIDADES

As dimensões de enfermagem atrás exploradas apontam áreas significativas para a obtenção de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. Neste cenário, a melhoria contínua da qualidade apresentou-se como oportunidade, e não como um problema, foi pois, num registo positivo inerente ao conceito de melhoria contínua que se concentrou este percurso de mudança, congruente com as modificações que advêm de novas aprendizagens.

*“A emergência de cada vez mais pessoas com doenças crónicas, de mais dependentes no auto cuidado e/ou com regimes terapêuticos prescritos complexos, bem como um número crescente de membros da família a exercer o papel de prestador de cuidados, colocou em evidência a necessidade de reorientação do sistema de saúde”* Silva (2009). A vontade de introduzir novidade na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem direciona-se assim para duas áreas de atenção dos enfermeiros que apresentam relevância particular na identificação dos indicadores – a promoção do potencial de autonomia para o autocuidado nas pessoas dependentes e a promoção de competências (mestria) dos membros da família para assumirem o papel de prestadores de cuidados.

O desenvolvimento de um conjunto de propósitos consensualizados para um resumo mínimo de dados de enfermagem desenvolvido por Pereira (2007) conduziu à produção de indicadores de resultado que se tornaram de particular interesse para a instituição onde decorreu o presente estudo, apresentando-se como oportunidade para clarificar a qualidade da enfermagem, ali desenvolvida.

No encontro realizado para a apresentação do projeto, e depois de apresentadas e debatidas perceções e indagações acerca da problemática da investigação, foi consensualizado que a informação válida a partir dos indicadores a abordar era consentânea com as três tipologias identificadas por Pereira (2007), as *“frequências dos diagnósticos de enfermagem”* que pretendem traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem dos clientes internados num serviço de Medicina; os

“*indicadores orientados para a prevenção de complicações*” que permite a obtenção de informação acerca do desempenho do serviço na prevenção das complicações que podem ocorrer nos clientes; e os “*indicadores orientados para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem*” que estão perspetivados para “*ganhos em conhecimento*” e “*aprendizagem de capacidades*” dos clientes face aos problemas de saúde que experienciam, numa perspetiva de reconfiguração ou aquisição de novas competências.

Os indicadores de resultado consensualizados com o sistema-cliente, e que se tornariam como pretexto para ensaiar um modelo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, apresentam-se na tabela seguinte e tomaram como foco de atenção os aspetos inerentes ao autocuidado a que se associam os ganhos em independência dos clientes e os ganhos em preparação dos membros da família prestadores de cuidados para o desempenho do papel de prestador de cuidados; são ainda consideradas áreas relativas às complicações mais frequentes evidenciadas pelos clientes, num contexto clínico de medicina.

**TABELA 2 - INDICADORES DE RESULTADO DE ENFERMAGEM**

<p><b>Auto cuidado: higiene</b></p> <p><i>Ganhos em independência no auto cuidado: higiene</i></p> <p><i>Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene</i></p> <p><i>Ganhos em aprendizagem de capacidades para o auto cuidado: higiene</i></p> <p><i>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: higiene</i></p> <p><i>Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: higiene</i></p>
<p><b>Auto cuidado: vestuário</b></p> <p><i>Ganhos em independência no auto cuidado: vestuário</i></p> <p><i>Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: vestuário</i></p> <p><i>Ganhos em aprendizagem de capacidades para o auto cuidado: vestuário</i></p> <p><i>Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: vestuário</i></p> <p><i>Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: vestuário</i></p>
<p><b>Auto cuidado: uso do sanitário</b></p> <p><i>Ganhos em independência no auto cuidado: uso do sanitário</i></p> <p><i>Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do</i></p>

*sanitário*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para o auto cuidado: uso do sanitário*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado: uso do sanitário*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado: uso do sanitário*

**Transferir-se**

*Ganhos em independência no transferir-se*

*Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para o transferir-se*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para se transferir*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na transferência*

**Posicionar-se**

*Ganhos em independência no posicionar -se*

*Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para se posicionar*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se*

**Alimentar-se**

*Ganhos em independência no alimentar -se*

*Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para se alimentar*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação*

**Deambular**

*Ganhos em independência no deambular*

*Ganhos em conhecimento sobre estratégias adaptativas para deambular*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para deambular*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de deambulação*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir na deambulação*

### **Expetorar**

*Ganhos em eficácia no expetorar*

*Ganhos em conhecimento sobre técnica de tosse*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para tossir*

*Ganhos em conhecimento sobre inaloterapia*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para executar inaloterapia*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para aspirar secreções*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre inaloterapia*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para executar inaloterapia*

### **Pé equino**

*Taxa de eficácia diagnóstica do risco pé equino*

*Taxa de eficácia na prevenção de pé equino*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir o do pé equino*

### **Anquilose**

*Taxa de eficácia diagnóstica do risco de anquilose*

*Taxa de eficácia na prevenção da anquilose*

*Ganhos em conhecimento sobre exercícios músculo-articulares ativos*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades para executar exercícios músculo-articulares ativos*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose*

### **Queda**

*Taxa de eficácia diagnóstica do risco de queda*

*Taxa de eficácia na prevenção da queda*

*Ganhos em conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas*

*Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas*

*Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir as quedas*



**Úlcera de pressão***Taxa de eficácia diagnóstica do risco de úlcera de pressão**Taxa de eficácia na prevenção da úlcera de pressão**Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão**Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão*

Os focos de atenção que tomaram relevo na escolha dos indicadores enquadram-se no âmbito do “domínio da disciplina” (cfr Meleis, 2005), orientando a tomada de decisão clínica para os ganhos em saúde dos clientes mais sensíveis à intervenção dos enfermeiros.

A determinação dos indicadores consensualizados para integrar o modelo de melhoria contínua da qualidade resultou da dinâmica de organização da informação válida a partir do sistema de informação de enfermagem em uso no contexto clínico. A frequência dos diagnósticos de enfermagem traduz “*as principais necessidades em cuidados de enfermagem*” (Pereira, 2009, p. 91) e procede da contagem dos casos relativos a um determinado evento de saúde.

A frequência relativa de casos com um determinado diagnóstico de enfermagem num período de tempo, resulta da razão entre todos os episódios de internamento em que determinado diagnóstico foi documentado e todos os episódios de internamento ocorridos no serviço durante o mesmo espaço de tempo (Pereira, 2007). O autor refere que este tipo de frequência não revela modificações no estado dos diagnósticos mas apresenta utilidade pela demonstração da projeção de tendências das necessidades de cuidados de enfermagem.

Os indicadores orientados para a prevenção de complicações são protagonizados por duas perspetivas de sínteses informativas - pela frequência dos diagnósticos de risco de ocorrência de uma determinada complicação e pela frequência da eficácia na prevenção da complicação (cf. Pereira, 2007). A obtenção da frequência relativa dos diagnósticos de risco realiza-se a partir do número de casos em que se identifica um diagnóstico que utiliza o juízo *Risco* em relação com o número total de episódios de internamento durante o mesmo período de tempo. Tomemos como exemplo o diagnóstico de enfermagem - Risco de úlcera de pressão: o indicador centrado na prevenção da

complicação – úlcera de pressão –, obtém-se a partir da frequência dos diagnósticos de risco de úlcera de pressão identificados num determinado período de tempo, com o número total de episódios de internamento, nesse mesmo período de tempo.

A frequência da eficácia na prevenção da complicação é obtida a partir do número total de casos, relativa a um determinado período de tempo, em que é identificado o diagnóstico de risco (de uma complicação) e que esta (a complicação) não chega a ocorrer. Refira-se o exemplo: a frequência dos casos, num determinado período de tempo, em que estando documentado o diagnóstico risco de úlcera de pressão, não se chega a documentar o diagnóstico úlcera de pressão. A ineficácia na prevenção da complicação decorre dos casos em que estando identificado o risco (de uma complicação) esta acaba por ocorrer, por exemplo, os casos em que estando identificado o risco de úlcera de pressão, o diagnóstico úlcera de pressão tornou-se um problema real e efetivo.

Os indicadores orientados para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem traduzem as modificações positivas operadas no estado dos diagnósticos e podem ser calculados a partir das razões que se estabelecem entre diagnósticos que incluem um juízo negativo – exemplo: dependente em grau elevado – e que passam a apresentar um juízo positivo – exemplo: independente ou um juízo menos negativo – exemplo: dependente em grau reduzido, depois de terem sido implementadas intervenções de enfermagem.

A documentação de enfermagem integra todas as áreas apontadas como relevantes para a qualidade dos cuidados de enfermagem, logo, não existiria nada de novo, pretendia-se apenas, introduzir novidade nos padrões de decisão utilizados, influenciando desse modo, a qualidade já existente.

Donabedian (2003) reconhece que a monitorização da qualidade se centra sobretudo nos problemas embora fosse desejável que a qualidade se centrasse em “*opportunities for improvement*” (p. 30). O autor refere ainda que a diferença entre os conceitos se encontrará mais na semântica dos termos do que nas realidades contextuais da ação. Perante o primeiro conceito - os problemas - os profissionais questionam “*nós não estamos a fazer bem, então devemos corrigir os erros*”, enquanto no segundo conceito a perspetiva dos profissionais já é diferente ao considerar “*nós estamos a fazer bem, mas como podemos fazer melhor?*”.

Neste contexto, enfatiza-se o conceito de oportunidade que se apresenta num cenário de pluralidade e convenientes, pois com este estudo apresentam-se múltiplas oportunidades:

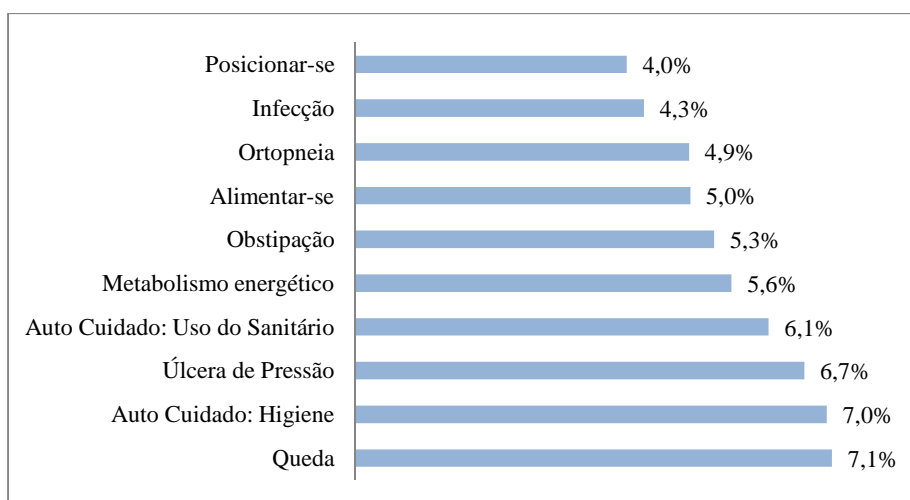
- A oportunidade para a investigação, como modo de se tornar um contributo para o desenvolvimento e melhoria dos cuidados de enfermagem;
- A oportunidade para o sistema-cliente (serviço) para fomentar um programa de melhoria contínua da qualidade, com sinergias externas potenciadoras de novas perspetivas;
- E a oportunidade para os enfermeiros, de modificarem as suas competências profissionais a partir da reflexão sobre / para a ação, o que permitiria reconstruir modelos de ação e acrescentar valor ao exercício profissional.

### 3.2. OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO

A documentação dos cuidados de enfermagem possibilitou uma abordagem mais efetiva acerca da representação dos cuidados de enfermagem. Como refere Pereira, 2009, p. 83 *“...evoluiu-se de uma ênfase orientada para “tornar visível o que os enfermeiros fazem” para uma lógica de “dar visibilidade àquilo que os clientes ganham com os cuidados de enfermagem”*.

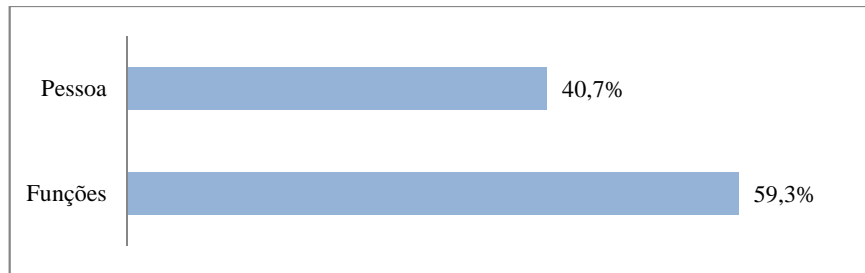
Os sistemas de informação de enfermagem em uso permitem, tornar perceptível a decisão, a intenção e a ação dos enfermeiros. No entanto, cada enfermeiro acede essencialmente à informação documentada durante cada episódio de internamento, o que não lhe permite reconhecer, com base na documentação, a enfermagem “dizível” em cada contexto. Partimos assim, para a identificação dos pretextos de mudança analisando a documentação de enfermagem daquele contexto.

Da informação produzida pelos enfermeiros nos primeiros quatro meses - janeiro a abril - de 2008, de um leque alargado de áreas de atenção que os enfermeiros utilizam para descrever a condição do doente emergem como mais frequentemente utilizadas para identificar as necessidades em cuidados de enfermagem as que a seguir se apresentam no gráfico. Os dados globais referentes ao total de áreas de atenção documentadas no sistema de informação apresentam-se no anexo 3.



**GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DOS FOCOS DE ATENÇÃO MAIS UTILIZADOS PELOS ENFERMEIROS PARA DESCREVER OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM – MOMENTO 1**

O gráfico representa conceitos que traduzem áreas de atenção que os enfermeiros consideram nos seus processos de tomada de decisão clínica, no entanto, isoladamente podem não revelar significado específico, pois não estão associados a qualquer conceito que traduza um juízo diagnóstico. Permite identificar as áreas a que os enfermeiros reconhecem relevância, seja por via da ocorrência efetiva de uma necessidade de cuidados, como por exemplo, a presença de uma *Úlcera de pressão*, seja por via da probabilidade da ocorrência de tal, assumindo-se como necessidade em cuidados de enfermagem o *Risco de úlcera de pressão*. A versão beta da CIPE® dividia as áreas de atenção da prática de enfermagem em diferentes domínios: a função [processo corporal e operação não intencional relacionado com a manutenção da vida] e a pessoa [agente intencional desempenhando ações motivadas por razões baseadas em crenças e desejos], e neste domínio distinguem-se duas subcategorias: as razões para a ação [motivação para a compreensão e explanação do comportamento da pessoa] e as ações executadas pelo próprio ou autoiniciadas [ações ou comportamentos dependentes de cada um]. Esta organização – Função e Pessoa - permite-nos constatar o domínio de áreas de atenção a que os enfermeiros atribuem maior significado a partir da documentação de enfermagem como se apresenta no gráfico abaixo.



**GRÁFICO 2 – RELEVÂNCIA, POR DOMÍNIOS, DAS ÁREAS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM, CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE®  
VERSÃO BETA – MOMENTO 1**

Ao considerarmos os domínios que de um modo global detêm atenção particular a ênfase coloca-se no domínio das funções, no entanto, podemos constatar que das dez áreas de atenção mais relevantes, metade corresponde a aspetos orientados para a ação intencional do cliente, enquanto os restantes se circunscrevem a aspetos inerentes às funções enquanto processos corporais em ligação estreita com alterações fisiopatológicas. Na análise discursiva dos enfermeiros revela-se a justificação que estes encontram para os focos de atenção mais frequentemente utilizados:

*Temos muitos doentes acamados, daí as dependências para os autocuidados e temos preocupação com a prevenção das úlceras de pressão (E16). Nos doentes acamados a imobilidade leva frequentemente a obstipação (E17). O metabolismo energético é considerado em todos os doentes que têm prescrito pesquisa de glicemia capilar (E18). A ortopneia é muito frequente, temos muitos doentes com patologia do foro respiratório (E19).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

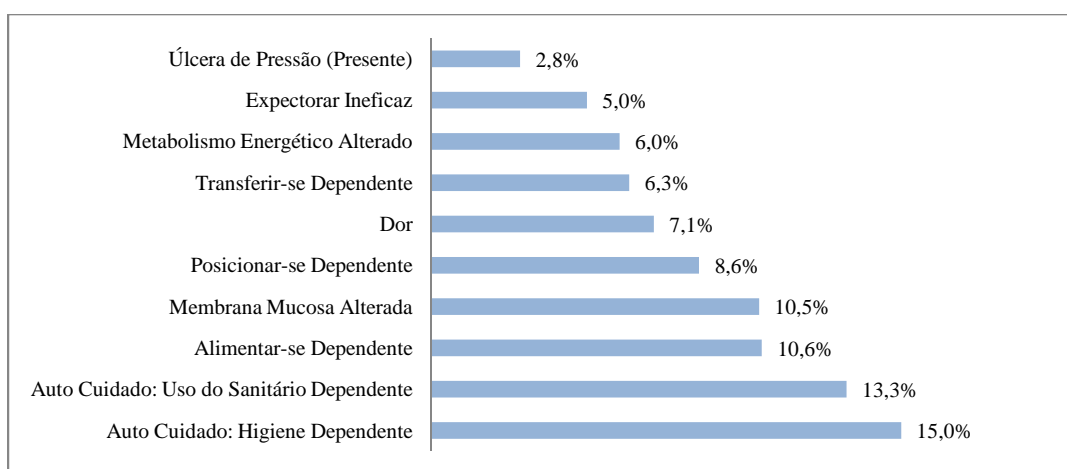
A ênfase atribuída ao foco de atenção *Queda* foi consensual com as conjecturas que os enfermeiros possuíam dada a perceção da regularidade com que a identificam. A *Queda* é uma área que se aponta como de particular relevância dada a influência do sistema de qualidade institucional baseado nos princípios orientadores da *Joint Commission International*, que toma como pressuposto os resultados de diversos estudos norte americanos, com particular ênfase no relatório “*To err is human*” (Institute of Medicine, 2000) que aponta eventos adversos evitáveis nas unidades de saúde como a 8ª causa de morte. Entre estes eventos enquadram-se as quedas e que se revela na expressão.

*O risco de queda é obrigatório por causa do processo de acreditação do hospital (E15).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

Neste primeiro ponto, a análise da documentação centrou-se apenas nas áreas de atenção mais frequentes, não evidenciando tratar-se de problemas/diagnósticos reais ou potenciais.

De seguida apresenta-se o conjunto dos problemas reais dos clientes que se configuram como diagnósticos de enfermagem mais representativos no serviço de Medicina e que circunscrevem com especial atenção o(s) autocuidado(s), traduzindo também, o conceito de dependência dos clientes. A totalidade dos diagnósticos documentados no período em análise apresentam-se no anexo 4.



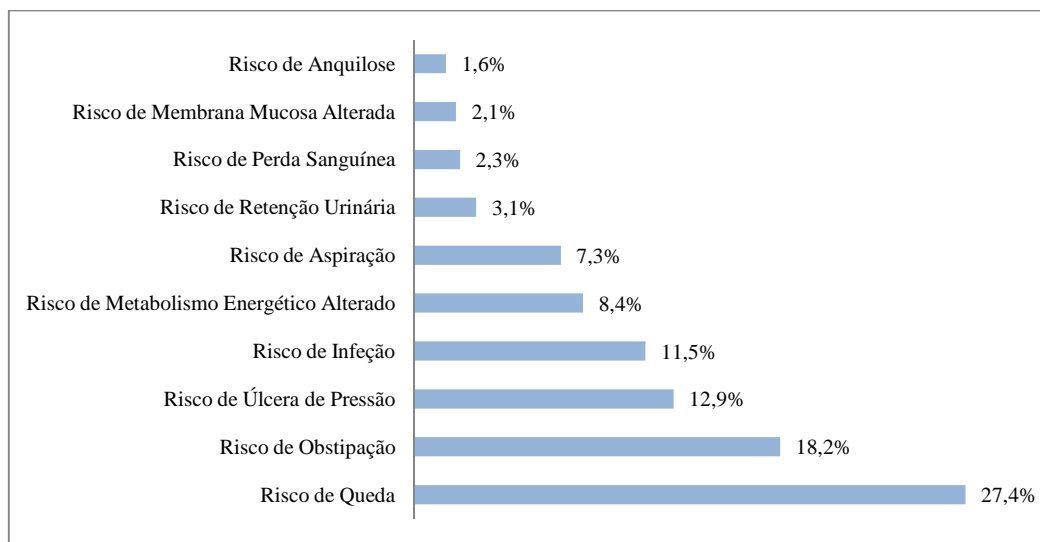
**GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS – MOMENTO 1**

O *autocuidado* relacionado com o cuidado da higiene pessoal e íntima, com a capacidade para se alimentar e para se mudar de posição tomam relevância particular quando os clientes apresentam algum grau de dependência. Reconhece-se nestas áreas os aspetos inerentes às atividades elementares do quotidiano de cada pessoa, numa influência notória da escola das necessidades fortemente influenciada pela teoria da motivação humana de Maslow. Deste modo, os enfermeiros assistem os clientes na satisfação das necessidades, num pressuposto de recuperação, mas onde assumem um papel de substituição da pessoa até que esta readquira a sua independência (Lopes, 1999).

Face a este cenário os enfermeiros podem ver nestes dados um desafio à sua ação profissional ao contribuir para um processo de transição centrado nas capacidades do cliente para aumentar o seu nível de autonomia face ao seu *autocuidado* (ação autoiniciada), ou colocar-se numa perspetiva, meramente centrada na substituição dos clientes nessa dependência. Ou ainda, enfatizar a atenção dada aos sinais e sintomas de

áreas de atenção do domínio não intencional (funções) do cliente e que se relacionam com o processo da doença que o cliente apresenta, como são exemplo a dor ou o expetorar ineficaz.

As áreas de atenção associadas a decisões diagnósticas de probabilidade, identificadas como diagnósticos de risco guardam relação com uma perspetiva de conceção de cuidados orientada para a prevenção de complicações enquanto problemas indesejados e cuja ação de enfermagem procura minimizar ou evitar a ocorrência dos mesmos. Do total de áreas associadas com um juízo clínico de probabilidade, apresentam-se aquelas que mais vezes são documentadas.



**GRÁFICO 4 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE INTEGRAM UM JUÍZO CLÍNICO DE PROBABILIDADE – MOMENTO 1**

Na lógica de organização da classificação internacional para a prática de enfermagem na sua versão beta (ICN, 2000), o domínio das funções, ou seja, as ações não intencionais revelam na documentação global das necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem particular representatividade, cerca de 65%, num leque alargado de especificações como se pode verificar na tabela.

**TAEBLA 3 - ÁREAS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM QUE DECORREM DOS QUADROS PATOLÓGICOS – MOMENTO 1**

Afasia	Edema	Membrana Mucosa
Afasia Motora	Eliminação Urinária	Metabolismo energético
Afasia Sensorial	Equilíbrio Corporal	Náusea
Agitação	Eritema	Obstipação
Anquilose	Escoriação	Ortopneia
Arritmia	Estupor	Paresia
Ascite	Exantema	Pé Equino

Aspiração	Expetorar	Pele seca
Audição	Febre	Perda Sanguínea
Coma	Ferida	Perfusão dos Tecidos
Confusão	Ferida Cirúrgica	Prurido
Contusão	Ferida Traumática	Retenção Urinária
Convulsão	Fratura	Sonolência
Deglutição	Hematoma	Tontura
Desidratação	Hemorragia	Tossir
Diarreia	Hipertensão	Úlcera
Disartria	Hipotensão	Úlcera Arterial
Disfasia	Incontinência Intestinal	Úlcera Venosa
Dispneia Funcional	Incontinência Urinária	Visão
Dor	Infeção	Vómito
Dor cutânea	Maceração	Zona de pressão

Os focos de atenção de enfermagem associados às ações auto iniciadas e que representam cerca de 33%, traduz um conjunto mais restrito de termos que representam as necessidades dos clientes, como se verifica na tabela seguinte:

**TABELA 4 – ÁREAS QUE TRADUZEM PROXIMIDADE COM O CORE DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM, EXPRESSAS NA DOCUMENTAÇÃO – MOMENTO 1**

Queda
Auto Cuidado: Higiene
Auto Cuidado: Uso do Sanitário
Alimentar-se
Posicionar-se
Transferir-se
Deambular
Gestão do Regime Terapêutico
Andar com Auxiliar de Marcha
Auto Cuidado: Vestuário

As áreas de atenção que representam uma conceção próxima da gestão de sinais e sintomas expressam duas perspetivas na intencionalidade de abordagem pelos enfermeiros: (1) a perspetiva que se orienta para a deteção precoce de agravamento da condição/estado do cliente; (2) e a perspetiva que se orienta para a prevenção de complicações associadas à condição/estado do cliente.

Os modelos que orientam a ação dos enfermeiros foram fortemente influenciados pela perspetiva oriunda do exercício médico cuja finalidade assenta na homeostasia biológica, a cura ou controlo da doença. Nessa perspetiva a ênfase é dada aos aspetos físicos que prevalecem sobre todos os outros aspetos da pessoa. “*Nos serviços (...)*



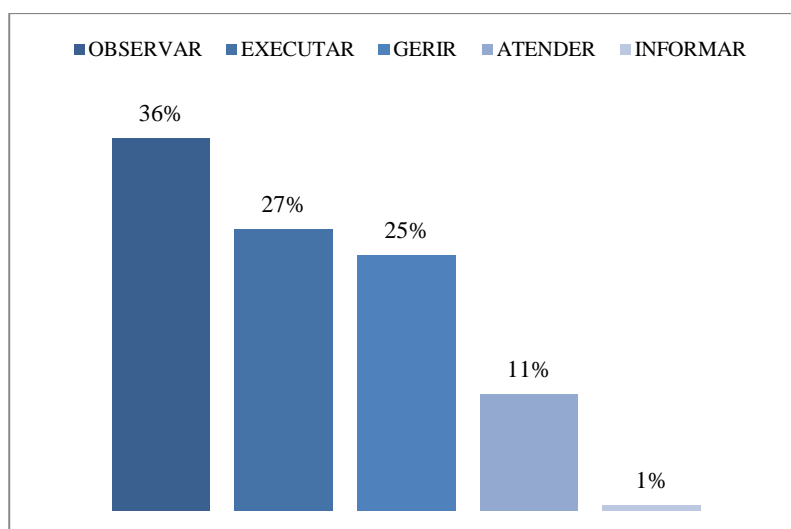
*ocorre um ambiente de rotinas marcadas pelos cuidados físicos e tratamentos decorrentes das prescrições médicas, com vista a despachar as tarefas”* (Ribeiro, 1995, p. 25). No entanto, os modelos desenvolvidos por teóricas de enfermagem contribuíram para que a perspetiva dos enfermeiros se viesse a modificar ao longo do tempo.

O modelo de V. Henderson (1969), F. Abdelah (1969), D. Orem (1980) que se enquadram na escola das necessidades, orienta a ação dos enfermeiros para as pessoas, pois estas sobrepõem-se aos seus processos de doença. A função da enfermeira é de substituição e consiste em suprir, no doente, aquilo que lhe falta para ser completo, total ou independente. (Tomey & Alligood, 2004).

A associação das duas perspetivas: a intenção de substituição do cliente naquilo que o torna dependente e a intenção de “despachar tarefas” criam modelos de ação em uso que se distanciam dos modelos expostos. Quando confrontados com a abordagem aos clientes, os enfermeiros tendem a reportar-se para uma perspetiva de substituição que não contribui para a promoção da independência. As teorias usadas na ação, não são congruentes com o que expressam (as teorias expostas), tomando dimensão de relevância a substituição sem qualquer esforço de promoção da autonomia dos doentes dependentes no autocuidado.

Se tomarmos por referência o conjunto de diagnósticos mais frequentemente identificados – autocuidado(s) - e dada a natureza de ligação com o potencial de desenvolvimento das pessoas para lidarem de forma eficaz com as transições, as intervenções capazes de produzir resultados sensíveis à tomada de decisão dos enfermeiros consistiriam fundamentalmente, em ações do tipo “Informar” e “Atender” que têm por alicerce a intencionalidade e os valores dos clientes (Pereira, 2007, 2009).

O gráfico que se apresenta de seguida reporta o conjunto de intervenções de enfermagem organizadas por tipo de ação de acordo com a classificação que integra o sistema de informação de enfermagem, a versão beta da CIPE®, e que se agrupam em Intervenções do tipo Observar; Intervenções do tipo Executar; Intervenções do tipo Gerir; Intervenções do tipo Atender; e Intervenções do tipo Informar. O total de intervenções de enfermagem que constam da documentação e que foram implementadas no período em análise apresenta-se no anexo 5.



**GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA POR TIPO DE AÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM – MOMENTO 1**

A frequência das intervenções de enfermagem desenvolvidas no serviço de Medicina enfatiza a preocupação com aspetos associados à vigilância, por via de ações do tipo vigiar, monitorizar, ou supervisionar que se inserem nas intervenções do tipo Observar e que representa 36% das intervenções documentadas pelos enfermeiros. No período a que se reporta esta análise – entre janeiro e abril de 2008 - foram documentadas e implementadas:

- 3613271 intervenções de enfermagem e deste total, cerca de um terço enfatiza a componente das atividades profissionais dos enfermeiros que decorrem da observação sobre os doentes. Para elucidar apresenta-se na tabela seguinte o conjunto de intervenções de enfermagem do tipo observar e que corresponde a mais de 90% das intervenções deste tipo, implementadas durante o período em análise.

**TABELA 5 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO OBSERVAR IMPLEMENTADAS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1**

Intervenções de enfermagem do tipo Observar	Total	%
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter venoso periférico	124970	3,46
Vigiar a ação do doente	107313	2,97
Monitorizar a dor através de escala de dor	106243	2,94
Vigiar a eliminação intestinal	102573	2,84
Monitorizar glicemia capilar	100603	2,78
Monitorizar temperatura corporal	98590	2,73
Monitorizar tensão arterial	87657	2,43
Monitorizar frequência cardíaca	87024	2,41
Vigiar sinais de úlcera de pressão	72358	2,00
Monitorizar conteúdo gástrico antes das refeições	53743	1,49
Vigiar a expetoração	42835	1,19
Monitorizar eliminação urinária	37852	1,05
Vigiar a refeição	32136	0,89
Vigiar membrana mucosa da cavidade oral	28582	0,79

Vigiar penso da ferida	24365	0,67
Vigiar extensão do edema	20353	0,56
Monitorizar o conteúdo gástrico	15727	0,44
Vigiar a pele	15280	0,42
Vigiar perda sanguínea	13431	0,37
Vigiar penso da úlcera de pressão	12753	0,35

As ações que pressupõem domínio técnico e que integram intervenções do tipo executar correspondem às ações que detêm também algum grau de relevância. Interessante será notar que quer um, quer outro tipo de intervenções são dominados quase exclusivamente pela ação unilateral do enfermeiro, e por isso, com reduzido envolvimento ou participação dos clientes. Apresentam-se de seguida o conjunto das intervenções de enfermagem do tipo executar que corresponde a cerca de 90% das intervenções deste tipo, implementadas durante o período em análise.

**TABELA 6 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO EXECUTAR IMPLEMENTADAS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1**

Intervenções de enfermagem do tipo Executar	Total	%
Posicionar a pessoa	145283	4,02
Elevar a cabeceira da cama	98009	2,71
Baixar a cama	84671	2,34
Massajar partes do corpo	72361	2,00
Lavar a boca	71918	1,99
Executar técnica de arrefecimento natural	65666	1,82
Alimentar a pessoa	62706	1,74
Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	57789	1,60
Executar tratamento no local de inserção do catéter venoso periférico	42169	1,17
Posicionar doente otimizando a respiração	33130	0,92
Elevar as pernas	30542	0,85
Dar banho na cama	23277	0,64
Executar tratamento à úlcera de pressão	18785	0,52
Posicionar a pessoa depois da refeição	18783	0,52
Posicionar a pessoa durante a refeição	18486	0,51
Dar banho no chuveiro	11035	0,31
Elevar os braços	10316	0,29
Transferir a pessoa para a cama	10312	0,29
Transferir a pessoa para o cadeirão	10188	0,28

As intervenções que tomam como alvo o cliente e o modo como este integra a informação necessária para dar resposta a novas situações de saúde, correspondem a 1% de todas as intervenções documentadas pelos enfermeiros. Apresenta-se de seguida as intervenções de enfermagem do tipo informar que corresponde a um conjunto de cerca de 67% de todas as intervenções do tipo informar implementadas no período em análise. Refira-se como interessante que deste conjunto, cerca de 44% das intervenções de enfermagem, toma como alvo o prestador de cuidados.

TABELA 7 - INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR DOCUMENTADOS NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1

<b>Intervenções de enfermagem do tipo Informar</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	2965	0,08
Orientar a pessoa no ambiente	2684	0,07
Ensinar sobre prevenção de quedas	1624	0,04
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre técnica de alimentação	392	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre prevenção de quedas	346	0,01
Ensinar sobre a dieta	342	0,01
Ensinar a pessoa sobre prevenção de tontura	324	0,01
Treinar o papel de <i>prestador de cuidados</i> no auto cuidado: alimentar-se	312	0,01
Instruir sobre o papel de <i>prestador de cuidados</i> no auto cuidado: alimentar-se	298	0,01
Ensinar sobre precauções de segurança: visão diminuída	272	0,01
Treinar o <i>prestador de cuidados</i> a posicionar a pessoa durante a refeição	250	0,01
Instruir técnica de tosse	243	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	238	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre posicionamento depois da refeição	238	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre prevenção da aspiração	238	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre posicionamento durante a refeição	237	0,01
Instruir o <i>prestador de cuidados</i> a posicionar a pessoa depois da refeição	235	0,01
Instruir o <i>prestador de cuidados</i> sobre prevenção da aspiração	219	0,01
Instruir o <i>prestador de cuidados</i> a posicionar a pessoa durante a refeição	218	0,01
Treinar o <i>prestador de cuidados</i> a posicionar a pessoa depois da refeição	216	0,01
Informar sobre tratamentos	209	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> a otimizar a sonda nasogástrica	202	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre condições de risco para a aspiração	202	0,01
Ensinar sobre sinais de retenção urinária	186	0,01
Ensinar o <i>prestador de cuidados</i> sobre a técnica de transferência	185	0,01

A prescrição de intervenções revela no tipo de ação, um pressuposto de intencionalidade do enfermeiro face às necessidades em cuidados de enfermagem identificadas no cliente. A documentação centrada nas intervenções de enfermagem do tipo observar resulta, em parte, do processo de decisão clínica, mais especificamente na recolha de dados com utilidade relevante para a identificação de diagnósticos de enfermagem reais ou potenciais. A intenção de enfermagem, que se traduza por objetivos vinculados na deteção precoce de sinais de complicações, guarda uma relação de proximidade com as intervenções de enfermagem do tipo observar, pois a partir de ações como - avaliar, vigiar, monitorizar -, torna-se possível efetuar inferências diagnósticas que permitem a identificação de uma complicação ou de um agravamento da condição do diagnóstico de enfermagem.

Uma orientação de enfermagem marcada pelo pressuposto de “fazer pelo doente”, que deriva de modelos conceituais orientados para a substituição do cliente, e que em muitas circunstâncias, é a perspetiva conceitual adequada e prioritária face à sua condição revela-se na ação por intervenções de enfermagem do tipo executar, como se verifica nos exemplos apontados na tabela anteriormente apresentada.

A enfermagem marcada pelo pressuposto de “fazer com”, que deriva de modelos conceituais orientados para os processos de transição dos clientes, face a um evento na sua saúde integra intervenções de enfermagem do tipo informar. As necessidades em cuidados de enfermagem que derivam desta perspetiva conceitual guardam uma relação de adequação face à prescrição de intervenções de enfermagem do tipo informar, tais como ensinar, instruir ou treinar. Ações estas, que dão resposta a objetivos centrados na adequação dos conhecimentos e de capacidades dos clientes para lidarem com novos desafios.

A perspetiva multiparadigmática da enfermagem acentua-se no conteúdo das opiniões do grupo e a relevância dos cuidados de enfermagem pauta-se pela perspetiva que cada enfermeiro tem, face a esses mesmos cuidados. Atribuindo-se maior ênfase à prevenção de complicações, numa perspetiva mais próxima da gestão de sinais e sintomas, ou perspetivando-se as capacidades das pessoas para lidar com eventos significativos que afetam a sua saúde e as suas condições de vida, numa orientação aproximada ao conceito de transição.

*Muitas vezes nós temos que fazer opções quando percebemos que não dá tempo para fazer tudo. (E10)*

*Os doentes por vezes ficam por posicionar mas temos que decidir, ou se fazem umas coisas ou se fazem outras. (E9)*

*Eu se tenho que decidir entre posicionar os doentes ou ver os sinais vitais, opto por ver os sinais vitais...temos muitos doentes hipertensos temos que vigiar para administrar a medicação em sos e não deixar a situação chegar a valores que podem pôr em causa a vida do doente. (E9)*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

O teor dos discursos durante a reunião do grupo revela perspetivas conceituais de enfermagem que se inferem a partir da relevância atribuída às áreas de atenção mais frequentemente utilizadas pelos enfermeiros para descrever as necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem, ou a partir da intencionalidade inscrita nos tipos de ação que orientam a prescrição das intervenções de enfermagem. Por outro lado, nos discursos fica expresso, perspetivas inerentes ao exercício profissional e à forma como cada um se coloca no contexto de uma organização.

As intervenções do tipo ensinar são pouco documentadas mas isso não quer dizer que não fazemos (E11)...ficamos a saber que o doente vai embora no próprio dia, claro que depois é muito difícil... (E12).

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

Os modelos mentais que influenciam a ação dos profissionais apresentam-se de um modo que os próprios não detetam qualquer défice, são ideias enraizadas e generalizadas que influenciam a forma de cada pessoa ver e se relacionar com o mundo. Por vezes, novos “*insights*” não são suficientemente fortes para que se alterem os modelos mentais pois nem chegam a ser colocados em ação por entrarem em conflito com imagens internas profundamente arraigadas sobre o funcionamento do mundo, imagens que limitam as pessoas nas suas formas de pensar e agir.

Nas expressões acima transcritas o raciocínio defensivo sobrepõe-se à reflexão que os dados poderiam proporcionar. Em resultado de modelos mentais que não são questionados nem desafiados, os profissionais tendem a estagnar a sua aprendizagem, e os modelos em uso tomam expressão para justificar o que não pode ser garantido a partir do modelo exposto. Nas expressões “*não quer dizer que não fazemos*” ou “*claro que depois é muito difícil*” pode inferir-se padrões que sustentam rotinas organizacionais defensivas (Argyris, 2005) que são formadas por ações dentro de um ambiente organizacional que pretende proteger os indivíduos de situações desconfortáveis ou nas quais estes se sentem postos em causa.

Num programa de melhoria contínua da qualidade, o envolvimento dos participantes é primordial, e requer uma atenção particular aos modelos que influenciam as ações de cada um, sobretudo os modelos em uso, e não tanto, os modelos expostos. Na apresentação dos dados introdutórios, criaram-se pretextos de discussão para que os participantes pudessem revelar alguns dos seus pressupostos teóricos que enformam a conceção de cuidados de enfermagem.

Um processo de aprendizagem significativa para a ação pressupõe questionamento sobre os modelos mentais que a orientam. Este aspeto implica, e requer aos participantes, um processo de reengenharia do seu quadro de referências e de princípios orientadores face à disciplina de enfermagem, e ao modo como se reconhece a qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

O contexto de um serviço hospitalar de Medicina integra um conjunto de doentes em situação de fase aguda da doença, quer esta se trate de um episódio inaugural, quer se trate de agravamento de um quadro patológico crónico. O compromisso dos processos corporais visíveis em sinais e sintomas das doenças assume prioridade na atenção dos enfermeiros.

No que resulta do trabalho de carácter interdependente entre a equipa de saúde corresponde aos enfermeiros a observação de um conjunto de dados que se traduz num conjunto de intervenções que resultam de prescrição de outro profissional e que recaem num dos aspetos que desde sempre influenciou e influencia a ação dos enfermeiros. Os dados referem a notoriedade que a “vigilância” representa na ação dos enfermeiros quer esta resulte da decisão autónoma, quer resulte da decisão interdependente.

A ênfase na “vigilância” não se coloca apenas ao nível dos modelos individuais de cada enfermeiro. Esta vertente representa para outros profissionais da equipa de saúde, aquilo em que se traduz a ação dos enfermeiros.

O confronto com a realidade destes dados deixa nos participantes diferentes perceções:

- Que é atribuída demasiada relevância aos aspetos inerentes às ações do tipo: vigiar ou monitorizar;
- Que se revela a interdependência do trabalho dos enfermeiros com o trabalho dos médicos;
- Que se evidencia a pouca ênfase atribuída a preparar os membros da família prestadores de cuidados para as suas novas tarefas ou dos clientes para lidarem com as suas novas condições de vida.

O modelo exposto sobre a ação dos enfermeiros distancia-se do que os dados relativos às intervenções representam, pois os enfermeiros tendo um forte empenho em estar atentos a sinais e sintomas focado nos quadros patológicos dos clientes, atribuem também significado àquilo que é específico do conhecimento da enfermagem.

Deste modo, as áreas que constam do que é particular para a ação dos enfermeiros – o autocuidado e a preparação dos prestadores de cuidados – evidenciam-se como aspetos a contemplar na oportunidade de desenvolvimento tendo como pretexto a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

### 3.2.1. O PROCESSO DE DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

As áreas a integrar como promotoras de uma qualidade desejável dos cuidados de enfermagem emergem da documentação e são, consensualmente aceites como relevantes face aos modelos expostos de cada profissional. No entanto, importava debater no grupo todos os aspetos que possam influenciar a monitorização da qualidade.

A estrutura de um resumo mínimo de dados de enfermagem pressupõe a existência de itens e categorias de informação específicos, necessários para a recolha e agregação da informação, de forma sistemática e regular que viabilizem a produção de indicadores. Esta informação direciona-se essencialmente, para a nomeação das necessidades em cuidados de enfermagem que dependem da tomada de decisão clínica dos enfermeiros e dos resultados que se operam no âmbito dessas necessidades de cuidados (Pereira, 2004, 2007, 2009).

Para Pereira (2009, p. 119) a qualidade dos indicadores “*depende da disponibilidade de dados, com requisitos de comparabilidade, que também lhe confirmam fiabilidade.*” O autor considera que num modelo de agregação de dados, a comparabilidade assenta em três pilares fundamentais: (1) partilha de uma linguagem classificada na identificação dos diagnósticos, intervenções e resultados; (2) partilha da mesma parametrização de conteúdos nos sistemas de informação de enfermagem; e, (3) partilha de um conjunto de procedimentos comuns para a produção dos indicadores.

Refere ainda o autor que o erro nos dados é um aspeto que pode enfraquecer a sua fiabilidade e que os erros que podem decorrer de “erros no diagnóstico” ou de “dados sem sentido” que resultam de falhas na documentação.

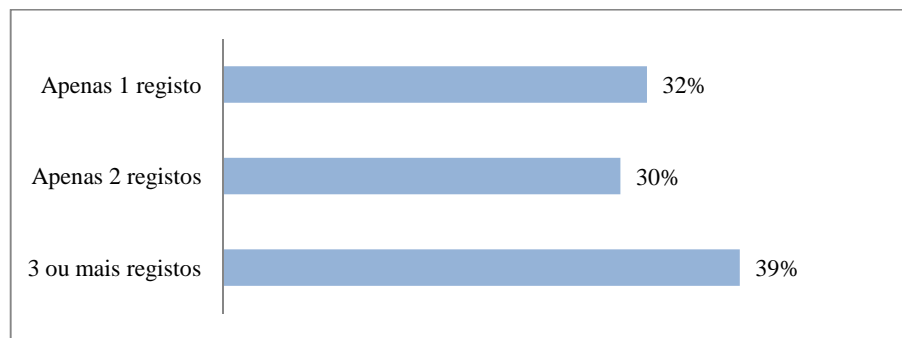
Nesta fase tornava-se relevante a constatação de alguns aspetos inerentes à documentação que, a não serem garantidos poderão invalidar o processo de gerar informação válida. Procurou-se centrar a análise e o debate, na validação dos procedimentos adotados para garantir a fiabilidade da informação e, na eliminação de falhas que possam impedir o acesso a informação válida traduzida em indicadores de resultado.



No sistema de informação utilizado no contexto clínico, os resultados de enfermagem decorrem da comparação entre dois registos relativos ao diagnóstico, realizada em dois momentos diferentes de tempo, permitindo desse modo a constatação da modificação no estado de diagnóstico.

Pudemos, deste modo, apresentar ao grupo o gráfico abaixo, procurando perceber argumentos, para o facto de que em 28% dos diagnósticos de enfermagem documentados, no período em análise, foi realizado apenas um registo. Este facto inviabiliza a produção de indicadores de resultado a partir da informação documentada.

Por exemplo, o diagnóstico de enfermagem “Alimentar-se dependente” foi identificado em 277 episódios de internamento. Para se obter informação que permita inferir a modificação no estado deste diagnóstico, seria necessário idêntico número de registos do diagnóstico (dois ou mais registos), identificados em data posterior. No exemplo apontado, em 82 episódios de internamento apenas existe um registo, o que não permite a comparação e conseqüentemente, não permite inferir as modificações ocorridas no estado do diagnóstico.



**GRÁFICO 6 – FREQUÊNCIA DOS REGISTOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM TODOS OS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO, NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1**

Importava compreender este facto que guardava proximidade com o processo de documentar, e eventualmente, algumas regras de funcionamento interno aceites pela equipa e nunca colocadas em causa.

“...temos situações em que o diagnóstico, quando o doente tem alta ainda se mantém e por isso, não damos termo. Por exemplo, nas situações que envolvem o prestador de cuidados, são identificados os diagnósticos mas depois este não chega a aparecer ou o doente vai para os cuidados

*continuados e acabamos por não dar termo (E21). Ou nas situações de óbitos, em que não se acrescenta qualquer registo” (E20).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

A ocorrência de tais factos não é perceptível, quando não existe um mecanismo que permita a fácil análise desta informação. Quando a melhoria contínua da qualidade, que se pretende desenvolver, se baseia na reflexão sobre informação válida traduzida em indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, a existência de, pelo menos dois registos relativos a um problema/diagnóstico de enfermagem, mediados pela documentação de intervenções, constituem elementos centrais para a sua produção (Pereira, 2007, 2009). Tomamos como exemplo os diagnósticos de enfermagem do domínio do autocuidado e que os enfermeiros mais frequentemente utilizam para identificar necessidades em cuidados de enfermagem.

Os focos de atenção de enfermagem: alimentar-se, autocuidado higiene, autocuidado: uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se, e a que os enfermeiros associam como juízo clínico – a “dependência” representam um número significativo de situações em que apenas existe um registo, o que inviabiliza a produção de indicadores, porque não é possível avaliar a evolução, no tempo, do estado do diagnóstico de enfermagem.

**TABELA 8 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM 1 REGISTO**

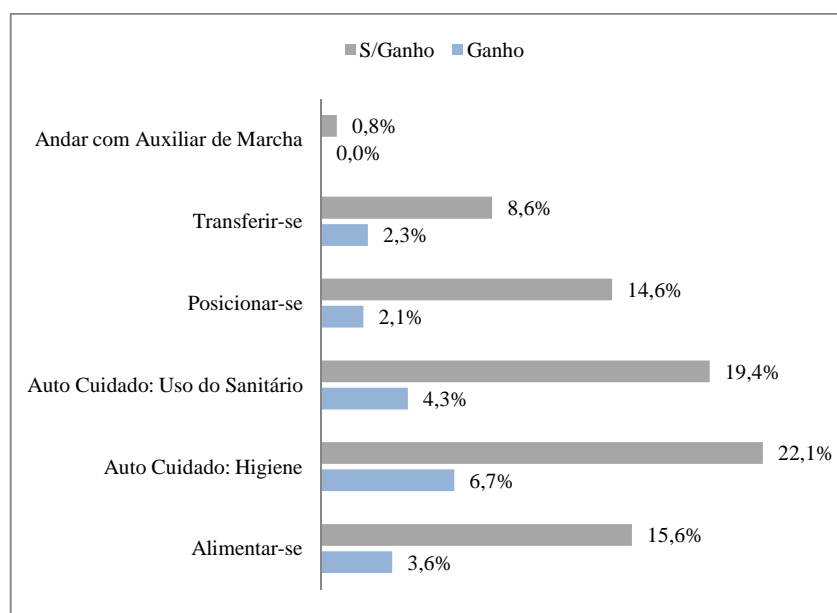
<b>Focos de atenção de enfermagem</b>	<b>Total de episódios de internamento em que foram identificados diagnósticos a partir do foco</b>	<b>Documentados apenas com 1 registo em todo o episódio de internamento</b>	
<b>Alimentar-se</b>	<b>277</b>	<b>82</b>	<b>30%</b>
<b>Auto Cuidado: Higiene</b>	<b>363</b>	<b>93</b>	<b>26%</b>
<b>Auto Cuidado: Uso do Sanitário</b>	<b>321</b>	<b>99</b>	<b>31%</b>
<b>Posicionar-se</b>	<b>216</b>	<b>51</b>	<b>24%</b>
<b>Transferir-se</b>	<b>158</b>	<b>55</b>	<b>35%</b>

A existência de procedimentos comuns e partilhados pelos enfermeiros para dar resposta a tal necessidade carecia de revisão para garantir uma produção mais rigorosa de informação.

### 3.2.2. A INFORMAÇÃO VÁLIDA ENQUANTO PRETEXTO PARA A IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO

A documentação traduz os aspetos que os enfermeiros entendem como relevantes para a ação. No entanto, a intenção dos enfermeiros pode apresentar diferentes perspetivas

para a obtenção de diferentes resultados. Podendo o enfermeiro confrontar-se com a intenção de circunscrever a sua ação à determinação precoce de complicações que decorrem da condição de doença do cliente, apesar da reconhecida dependência para o autocuidado, a ação do enfermeiro em nada contribuirá para os ganhos em autonomia ou independência. Quando na documentação essa intencionalidade se perde poderemos inferir que os indicadores de resultado não expressam os reais ganhos para a saúde dos clientes. Assim, no gráfico abaixo, observam-se modificações na condição dos clientes nos seus níveis de dependência para os autocuidados – higiene, alimentar-se, transferir-se, posicionar-se e usar o sanitário.



**GRÁFICO 7 - MODIFICAÇÕES NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM - DEPENDÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO HIGIENE; DEPENDÊNCIA PARA SE TRANSFERIR; DEPENDÊNCIA PARA SE ALIMENTAR; DEPENDÊNCIA PARA USAR O SANITÁRIO; DEPENDÊNCIA PARA SE POSICIONAR, DEPENDÊNCIA PARA ANDAR COM AUXILIAR DE MARCHA, NO PERÍODO EM ANÁLISE - MOMENTO 1**

O gráfico apresenta as modificações positivas traduzidas como “ganhos” e as situações “sem ganhos” que traduzem aquelas, em que não se verificam modificações, no sentido de melhoria, no estado do diagnóstico de enfermagem, mas que não significam necessariamente um agravamento no estado desse diagnóstico, pode apenas não ter existido qualquer evolução no diagnóstico de enfermagem. Tomemos como exemplo a dependência para o autocuidado higiene: nos 199 casos (77%) que se apresentam como “sem ganhos” cerca de 91% correspondem a situações em que o grau de dependência para o autocuidado higiene no primeiro momento de identificação da necessidade de cuidados é igual à última avaliação realizada durante o episódio de internamento. Os restantes 9% correspondem a clientes que apresentaram agravamento no estado do

diagnóstico de enfermagem entre a primeira vez que foi documentado o diagnóstico, e a última vez, em que existiu novo registo desse mesmo diagnóstico.

A informação apresentada pressupõe que os clientes no momento de admissão no serviço, apresentam determinados graus de dependência para o autocuidado e que no decurso do internamento, esta dependência não sofre alteração significativa, podendo daqui ponderar-se duas possibilidades: 1) que em algumas condições o cliente antes de recorrer ao hospital já poderia apresentar esse grau de dependência para o autocuidado, dado que a média de idade dos clientes que estiveram internados neste serviço, no período em análise ronda os 69 anos e que do total de clientes cerca de 48% têm idades iguais ou superiores a 75 anos, e por isso, o internamento pode não resultar em qualquer modificação no grau de dependência no autocuidado; 2) que em algumas situações, o motivo de internamento conduz a modificações na condição de saúde dos doentes o que se traduz em dependência para o autocuidado, e que durante o episódio de internamento não se verificam alterações nesse nível de dependência, o que nos leva a perceber que estes doentes terão, após a alta, necessidade de um prestador de cuidados.

Esta segunda explicação coloca no grupo a dúvida: em que condições estas pessoas regressam a casa? Serão transferidas para outros contextos de saúde?

|| *Nós fazemos muitas vezes os ensinamentos que às vezes nem documentamos (E4).*  
Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

O regresso a casa de pessoas em situação de dependência reporta-nos para a relevância da preparação de um membro da família prestador de cuidados e na expressão acima transcrita, evidencia-se no discurso essa relevância. No modelo exposto fica claro que a preparação do regresso a casa é primordial.

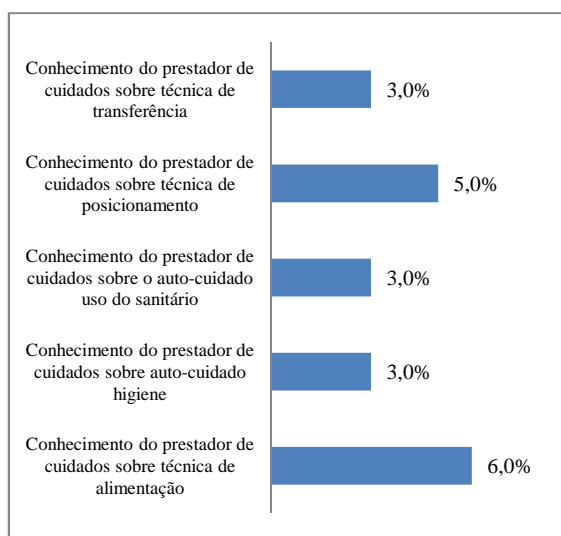
Continuando no exemplo da dependência para o autocuidado higiene, do total de casos em que este diagnóstico foi documentado, apenas em 10 casos foi associado o juízo “Conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados de higiene não demonstrado” e destes, em 7 casos considerou-se que o “Conhecimento do prestador de cuidados sobre cuidados de higiene” se apresentava “demonstrado”.

Os aspetos que enunciam a preparação para o papel de prestador de cuidados emergem da identificação do **conhecimento** do prestador de cuidados e da sua **aprendizagem de**

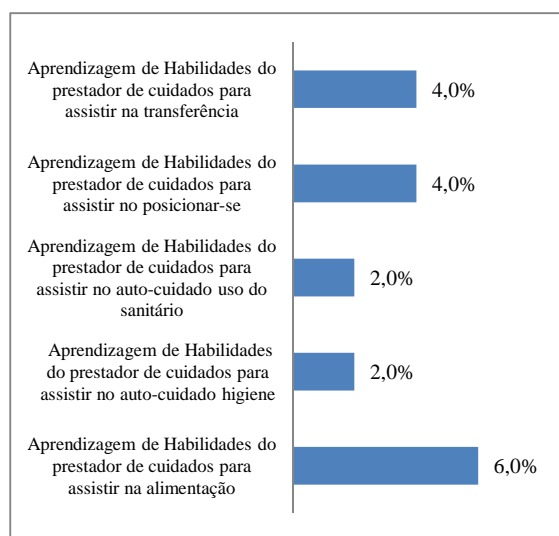
**habilidades**, em clientes que revelam elevados níveis de dependência para os diferentes domínios do autocuidado guardando maior realce as atividades do quotidiano.

Não obstante a documentação não evidenciar a relevância na preparação dos membros da família prestadores de cuidados revela-se, no entanto, alguma tendência para atribuir maior ênfase aos domínios do autocuidado alimentar-se e posicionar-se que se apresentam em aproximação com aspetos inerentes à prevenção de complicações. As intervenções de enfermagem organizam-se em atividades que explicitam os aspetos específicos de cada intervenção. Assim na intervenção de enfermagem “ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação” inclui-se um conjunto de atividades relativas à administração da alimentação através de sonda nasogástrica (ex: verificar a temperatura da alimentação antes de iniciar o procedimento), mas também se associam aspetos relacionados com a prevenção da aspiração (ex: verificar o posicionamento da sonda nasogástrica antes de iniciar a administração da alimentação).

Por outro lado, a ênfase na técnica de posicionamento também guarda proximidade com a prevenção das úlceras de pressão.



**GRÁFICO 8 - PREPARAÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: CONHECIMENTO - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 9 - PREPARAÇÃO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS: APRENDIZAGEM DE HABILIDADES - MOMENTO 1**

Na tabela abaixo apresenta-se a informação que consta da documentação e que se refere à preparação do prestador de cuidados associada à condição de dependência dos clientes, nos diferentes domínios do autocuidado.

**TABELA 9 - COMPARAÇÃO ENTRE O N.º DE CASOS DOCUMENTADOS COM DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TOMAM POR REFERÊNCIA AS COMPETÊNCIAS DO PRESTADOR DE CUIDADOS E OS CASOS ONDE SE VERIFICAM MODIFICAÇÕES POSITIVAS NA OBTENÇÃO DESSAS COMPETÊNCIAS - MOMENTO 1**

Diagnósticos de enfermagem documentados		Total de casos	Casos em que se verifica modificação positiva
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	10	9
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se	8	5
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	5	4
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	6	1
Autocuidado: Uso do sanitário	Conhecimento do prestador de cuidados sobre o autocuidado uso do sanitário	9	5
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado uso do sanitário	8	3
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	16	13
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	16	8
Autocuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado higiene	10	7
	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado higiene	9	4

Interessante será notar que a dimensão do “Conhecimento” do prestador de cuidados adquire maior relevância do que a “Aprendizagem de habilidades”. A ênfase atribuída aos conteúdos do pensamento com base na informação fornecida encontra significado no conceito de “fazer os ensinamentos” a que os enfermeiros recorrem quando pretendem explicitar a natureza da preparação fomentada nos clientes e/ou prestadores de cuidados para enfrentar novas condições de saúde ou de desempenho de um novo papel.

A informação apresentada permite a reflexão em torno dos aspetos que possam tornar-se oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem. A preparação do regresso a casa terá a relevância que os modelos expostos referem? Estar-se-á, neste contexto clínico, a considerar o nível de dependência para o autocuidado enquanto evento gerador de uma transição saúde-doença? Estar-se-á, neste contexto clínico, a considerar os recursos e competências inerentes para o desempenho do papel de prestador de cuidados?

*As altas não são bem programadas. Ficamos a saber que um doente, que precisa de prestador de cuidados, vai ter alta, no próprio dia em que ele tem alta (E12).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

A expressão apela aos aspetos da organização do serviço enquanto condicionante da qualidade dos cuidados de enfermagem. A decisão da alta dos doentes não se enquadra nas competências dos enfermeiros e quando esta acontece apresenta-se aos enfermeiros, frequentemente, como precoce. No tempo que o enfermeiro dispõe, este expressa junto dos clientes, a informação que julga relevante, o que lhe permite supor, o dever cumprido, mas não lhe permite inferir da mais-valia que essa mesma informação possa ter para os clientes.

O regresso a casa dos clientes apresenta-se como uma área de atuação relativamente recente. A lógica de organização dos cuidados de enfermagem transpõe as paredes do hospital, a ação dos enfermeiros prolonga-se e tem efeitos a jusante do momento em que decorreu. A perceção desta realidade gera nos profissionais o reconhecimento de integração de um novo conhecimento centrado nos recursos necessários (conhecimento, habilidades, competências, estratégias) para que os clientes ou os membros da família prestadores de cuidados enfrentem os desafios que a condição de saúde exige.

*Os familiares têm dificuldade para virem cá ao hospital, e por vezes as pessoas que vêm, não são as que vão ficar a tomar conta do doente. É difícil saber quem vai ser o prestador de cuidados e depois com a pressa, é tudo feito a correr (E24). Também mudamos muitas vezes de doentes, o que faz com que não estejamos tão atentas a essas coisas (E25).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

A preparação do membro da família prestador de cuidados apresenta-se como algo a que os enfermeiros procuram dar resposta, sem que se realizem momentos de reflexão e aprendizagem em torno dessas práticas. Deste modo, a necessidade de implementar ações tendentes a preparar o membro da família prestador de cuidados para os desafios que o esperam, é entendida como uma prática profissional complexa que consome muito do tempo disponível dos cuidados de enfermagem.

De modo idêntico, a problemática em torno do autocuidado e da gestão do regime terapêutico, carece de disponibilidade e antecipação na implementação da ação de modo a produzir resultados consistentes com o que seria esperável.

Quando é para fazer os ensinamentos das pesquisas e da administração de insulina é quase sempre no mesmo dia que o doente vai embora (...) é tudo a correr (E22).

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

A preparação do regresso a casa de clientes que iniciam a autoadministração de insulina é considerada como rápida e sem qualquer preparação prévia, pois resulta da decisão do médico quanto à prescrição, decorrendo também daí, o acesso ao equipamento necessário para que o cliente inicie a administração da insulina que é diferente do utilizado nos serviços de saúde. Deste modo, a equipa reconhece a preparação do regresso a casa destes clientes, como algo que requer reconfiguração, garantindo uma melhor preparação.

No contexto clínico onde se desenvolveu este percurso de investigação, os clientes confrontam-se com modificações significativas na sua autonomia para o autocuidado, ou com modificações que decorrem da incorporação no autocuidado de recomendações e regimes terapêuticos complexos. Modificações que integram processos de transição saúde-doença, muitas vezes, em cenários de múltiplas transformações.

As áreas inerentes ao autocuidado e ao papel de prestador de cuidados que integram o *core* da disciplina de enfermagem e que emergem em particular no discurso que traduz o modelo exposto, reportam assim, uma relevância para a identificação de oportunidades de desenvolvimento enquanto forma de tornar a enfermagem com mais significado nos processos de transição dos clientes face aos seus eventos de saúde.

### 3.2.3. A ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO – O MÉTODO DE TRABALHO

A organização e o método de distribuição do trabalho também se apresentam como algo de relativa importância para a qualidade dos cuidados de enfermagem, traduzindo-se na componente estrutura que influencia os resultados.



*Também mudamos muitas vezes de doentes, o que faz com que não estejamos tão atentas a essas coisas [aspetos específicos de conceção de cuidados de enfermagem] (E25).*

Reunião de grupo, Momento 1 – Nov. 2008

O método de distribuição do trabalho em uso no serviço é o método individual, ou seja, cada enfermeiro em cada turno fica responsável por um conjunto de doentes. No entanto, o critério utilizado para efetuar a distribuição do trabalho baseia-se numa sequência listada dos enfermeiros numa ordem específica o que não favorece uma manutenção estável na relação cliente-enfermeiro. Por exemplo, se no dia de ontem estiveram a realizar o turno da manhã os enfermeiros que na lista correspondem à ordem 1.º, 2.º, 3.º e 4.º, a distribuição realiza-se do seguinte modo, 1.º enfermeiro – doentes das camas 1 a 6; 2.º enfermeiro – doentes das camas 7 a 13; 3.º enfermeiro – doentes das camas 14 a 20 e 4.º enfermeiro – doentes das camas 21 a 26. Se no dia de hoje estão a trabalhar os enfermeiros que na lista correspondem à ordem 2.º, 4.º, 6.º, e 9.º; o 2.º enfermeiro que tinha sido responsável, no dia anterior pelos doentes das camas 7 a 13 passa a ficar responsável pelos doentes das camas 1 a 6; e o 4.º enfermeiro que ficou responsável pelos doentes das camas 21 a 26 passa a ficar com os doentes das camas 7 a 13.

Num contexto de grande complexidade de cuidados de enfermagem, como o contexto de um serviço de medicina, a exigência de, em cada turno, dar resposta às necessidades em cuidados de enfermagem dos diferentes clientes pode gerar análises superficiais face a essas mesmas necessidades. Considerando ainda, que no turno da manhã o rácio de doentes por enfermeiro é de 6 a 8, e nos turnos da tarde e da noite é de 9 a 10.

O princípio de que a documentação permite assegurar a continuidade de cuidados de enfermagem é fortemente influenciada pelos modelos conceituais de cada profissional e também da atribuição de significados, que podem ser distintos face a uma mesma condição, quando interpretada por diferentes enfermeiros.

A continuidade na relação cliente-enfermeiro parece ser fator favorecedor da informação necessária, adequada e atempada que conduza a uma preparação mais efetiva dos clientes.

#### 3.2.4. OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO IDENTIFICADAS

A melhoria contínua da qualidade centrada na reflexão sobre a ação a partir da informação válida projeta-se numa aprendizagem orientada por um mapa de desconstrução e reconfiguração do conhecimento que influencia a ação. Uma equipa é um grupo de pessoas que precisam umas das outras para agir, como refere Senge (1990, 2006), e nesta perspetiva, a procura da qualidade resultará do trabalho da equipa.

A identificação de oportunidades de desenvolvimento, num contexto profissional e dentro de uma organização, pressupõe abertura para a construção e reconstrução do conhecimento numa dimensão coletiva muito significativa, pois os resultados das aprendizagens individuais e coletivas coabitam e enriquecem-se mutuamente.

A informação válida a partir da qual se iniciou este trabalho foi apresentada numa tradução real e objetiva da qualidade coletiva do serviço. E este modo de abordar a melhoria contínua da qualidade, permite ao grupo reconhecer-se na competência coletiva, e desta forma construir, a partir das representações individuais, representações partilhadas do rumo a seguir.

A abordagem relativa à documentação apresentou debilidades que podem condicionar a obtenção de informação válida passível de ser traduzida em indicadores. Essa informação apenas se torna possível quando existem no mínimo dois registos relativos ao diagnóstico de enfermagem em cada episódio de internamento, só deste modo é possível determinarem-se diferenças que traduzam modificações no estado do diagnóstico.

Um primeiro aspeto das oportunidades de desenvolvimento estava identificado – a necessidade de **melhorar o processo de documentação**, de modo a ser possível a obtenção de informação válida. A perspetiva comum entre os profissionais de que é importante documentar, reveste-se para efeitos das repercussões na monitorização da qualidade, de novas formas de proceder à documentação de enfermagem.

A organização do trabalho dos enfermeiros pode influenciar a qualidade dos cuidados. Na enfermagem evoluiu-se da organização de trabalho por tarefa, em que cada enfermeiro ficava responsável por um tipo de tarefas, para o método individual, pois o modelo de organização de trabalho por tarefa apresenta-se num paradigma oposto face

àquilo que é a essência da enfermagem. O método individual tomou assim relevo, e as instituições gerem os seus recursos com base nesse método, que pressupõe que um enfermeiro fique responsável, integralmente, por um conjunto de clientes. Até aqui nada a registar de diferente no serviço onde se realiza o estudo.

A atribuição de maior significado e pertinência em determinadas áreas do conhecimento de enfermagem, como a promoção da autonomia do cliente ou a preparação do membro da família prestador de cuidado, são por vezes menos considerados, com o argumento de que “*nós mudamos muito de doentes*”. Quando a partilha de modelos conceituais e de ação são de grande proximidade, a ênfase atribuída ao que se considera mais significativo não encontrará diferenças mesmo que os enfermeiros mudem muitas vezes de clientes. Olhemos como exemplo a administração de medicamentos. Neste particular, independentemente dos clientes, o procedimento é realizado de igual modo, a qualidade apresentada na realização deste procedimento não é influenciada pela mudança, ou não, dos clientes alvo da intervenção.

Uma perspetiva de obtenção de resultados de enfermagem centrada na preparação do regresso a casa - com pessoas melhor capacitadas para lidar com os seus níveis de dependência ou membros da família melhor preparados para o desempenho do papel de prestadores de cuidados - sendo aspetos de reconhecida relevância não adquiriram ainda estatuto de profissionalização, o que se revela na documentação de enfermagem (Petronilho, 2007; Pereira, 2007).

A perspetiva de uma lógica de organização do trabalho mais próxima do modelo de enfermeiro de referência, em que o enfermeiro se responsabiliza por um conjunto de clientes, poderia apresentar-se como favorecedor da qualidade dos cuidados.

O conceito de enfermeiro de referência teve a sua origem nos anos setenta do século passado, nos Estados Unidos da América, e ganhou destaque a partir da divulgação efetuada por Manthey (1970). As vantagens que decorrem deste método de trabalho, e que se mantêm atuais, dizem respeito à mais-valia que a interação entre cliente e enfermeiro pode gerar; aumenta a responsabilidade do enfermeiro; favorece a satisfação dos clientes com os cuidados de enfermagem pela relação pessoal que se estabelece entre cliente e enfermeiro e facilita o trabalho na equipa multiprofissional (Bowers, 1989). Nesta perspetiva, a organização do trabalho em proximidade com este modelo,

mesmo que com algumas adaptações, apresentava-se como favorecedor da continuidade requerida sobretudo na preparação do regresso a casa.

Um segundo aspeto das oportunidades de desenvolvimento estava identificado – a necessidade de **modificar o método de distribuição do trabalho**, de modo a proporcionar uma maior proximidade entre enfermeiro e cliente, retirando desta interação mais-valias significativas para as transições que os clientes vivenciam após um evento gerador de modificações.

*“O exercício profissional de enfermagem evoluiu de uma lógica inicial essencialmente executiva para uma lógica progressivamente mais concetual”* (Silva, 2006, p. 19). A documentação de enfermagem traduziu no primeiro momento de análise, uma ênfase em áreas que se aproximam de uma conceção de cuidados centrada na gestão de sinais e sintomas da doença, num paradigma aproximado do modelo biomédico, que se verificava na relevância que as áreas de atenção do domínio das funções assumem, e na representatividade das intervenções de enfermagem do tipo observar.

A perspetiva de uma *“enfermagem avançada que significa maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizado pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem que têm por “core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão”* (Silva, 2007, p. 18) tornava-se um desafio a empreender no desenvolvimento de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a partir da reflexão sobre informação válida expressa por indicadores de resultado.

Os modelos mentais que enformam a ação resultam de processos arraigados que não são colocados em causa, pois as pessoas perspetivam os modelos como verdades que existem em si desde sempre, podem ser generalizações simples ou teorias complexas, o importante é que são ativos e moldam a forma de agir (Senge, 1990). A análise à informação válida que determina a qualidade através de indicadores elucidava uma perspetiva de enfermagem que se distanciava de uma ênfase no que se considera o *core* da disciplina de enfermagem onde se inscrevem as áreas do autocuidado, do prestador de cuidados e da gestão dos regimes terapêuticos, e que se aproximava de uma perspetiva em maior proximidade com a gestão de sinais e sintomas.

Um processo de melhoria contínua apresenta-se como uma oportunidade de questionamento dos modelos que orientam a ação. A reflexão sobre e para a ação permite, que cada um se observe a partir daquilo que expõe, e simultaneamente, se reveja no que os outros expõem, e neste processo de trazer à superfície os aspetos que influenciam o agir, as mudanças vão acontecendo.

Não obstante o reconhecimento da relevância da promoção da autonomia para o autocuidado e da preparação dos membros da família para prestar cuidados – modelo exposto – a tónica na substituição do cliente ainda predomina – modelo em uso. O contexto de um serviço de medicina pressupõe um conjunto de clientes com patologias crónicas, em situações de agravamento das doenças, com idade avançada, e neste cenário, a perspectiva de substituição que à luz de Henderson (1991) significa fazer pelo doente o que ele não pode fazer, apresenta-se como oportuna. No entanto, o serviço de medicina também recebe doentes com episódios iniciais de doença, que se confrontam com modificações nas suas vidas, e que desconhecem recursos internos a mobilizar. Neste paradigma, o contributo dos enfermeiros será significativo se se vincular numa perspectiva focalizada na transição do cliente ou do membro da família prestador de cuidados.

Um outro aspeto se evidencia, assim, para o conjunto das oportunidades de desenvolvimento identificadas – a oportunidade a partir da reflexão sobre ação de **modificar modelos concetuais que influenciam e orientam a ação** e nessa perspectiva promover a inovação e mudança na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os modelos que orientam a ação podem modificar-se a partir da reflexão, pois esta permite a reconstrução de esquemas operatórios e modelos cognitivos (Le Boterf, 2005), no entanto, um processo de melhoria de capacidades requer uma base de conhecimento que suporte a decisão na e para a ação.

A oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem pressupõe uma recontextualização e reconfiguração do conhecimento utilizado pelos enfermeiros na sua tomada de decisão clínica. Da análise e debate em grupo, dos indicadores apontados como de utilidade para a monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem, encontram-se as áreas que caracterizam a oportunidade para melhorar e que se representam na figura.

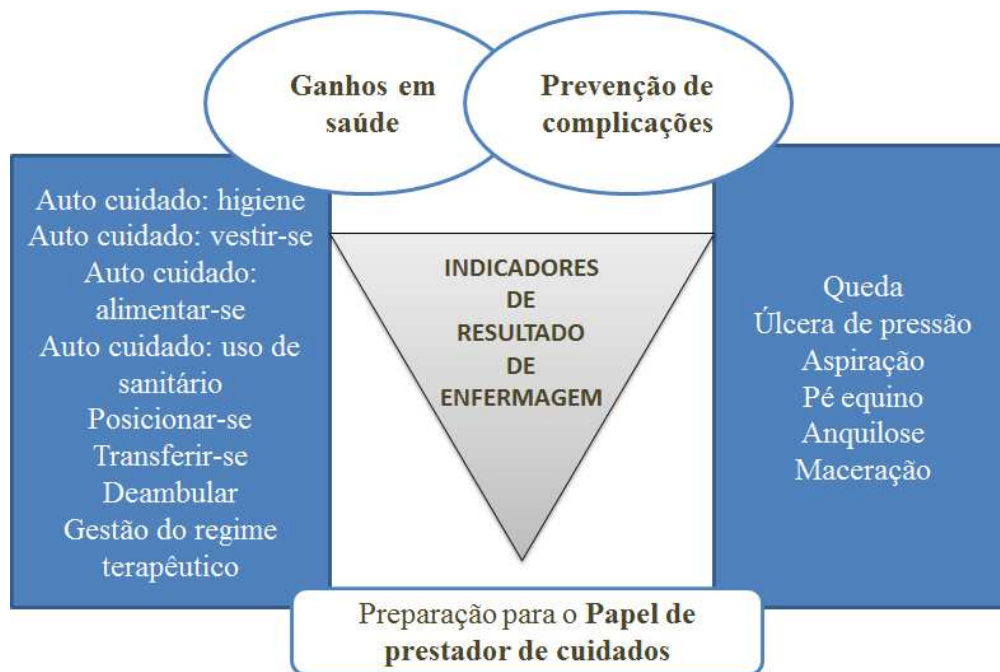


FIGURA 6 - AS ÁREAS RELEVANTES A SEREM INCLuíDAS NO PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE A PARTIR DA REFLEXÃO

A perspetiva colocada na revisão do conhecimento formal em que se baseia a ação profissional, não pressupõe a integração de aspetos novos ou diferentes daqueles que os enfermeiros já conhecem, mas centra-se na recontextualização e reconfiguração desse conhecimento, enquanto modo de conduzir o conhecimento existente para um novo contexto ou dando-lhe uma nova forma. Assim, o conhecimento que não sendo novo, apresenta-se renovado.

As áreas do conhecimento de enfermagem a requerer novas perspetivas, a requerer diferentes abordagens, definiam-se na evidência da sua relevância para a promoção da melhoria contínua da qualidade. No entanto, o modo como esse conhecimento é utilizado, os processos cognitivos inerentes à decisão clínica tornavam-se também pretexto dessa reconfiguração do conhecimento. A revisão dos processos de decisão clínica a partir da reflexão sobre os processos de pensamento permite aferir estratégias, consolidar orientações e partilhar perspetivas relativas à intencionalidade que se manifesta nos resultados que se esperam obter com as decisões dos enfermeiros face às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem.

|| *As dúvidas surgem quando identificamos os diagnósticos, depois as intervenções muitas vezes não são as adequadas para aqueles*

diagnósticos.... limitamo-nos muito às intervenções que são as de rotina (E13).

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

O grupo revê-se na expressão. Nas *dúvidas* quanto aos diagnósticos percebe-se as dificuldades na pertinência dos dados para o diagnóstico, no grau de precisão do diagnóstico, no enunciado que melhor traduza a necessidade de cuidados; as intervenções que não são as *mais adequadas* aos diagnósticos identificados sugerem dificuldades na integridade referencial que é entendida como “*a relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação: e.g. diagnóstico de enfermagem/intervenção de enfermagem*” (Silva, 2006, p. 75). A rotina enquanto prática constante e usual permite uma organização sistematizada, não requerendo uma conotação negativa, nem de oposição ao que é novo, a rotina é necessária e útil. No entanto, na expressão *intervenções que são as de rotina* pode pressupor-se dúvidas semelhantes às aquelas que se apontaram para os diagnósticos, ou seja, prescrevem-se intervenções reconhecidas com padrões de ação adequados mas que podem não ser adequadas na relação que guardam com o diagnóstico de enfermagem ou com os objetivos dos cuidados.

Um novo aspeto se integra nas oportunidades de desenvolvimento identificadas – a oportunidade para **melhorar os processos de decisão clínica em enfermagem a partir da reconfiguração e recontextualização de conhecimento de enfermagem.**

Um programa de melhoria contínua da qualidade pressupõe um processo de modificações, a partir de um suporte sustentado de conhecimentos e de competências e, de uma reestruturação dos processos de pensar, decidir e refletir sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros com impacto na saúde das pessoas.

Em síntese podemos afirmar que as oportunidades de desenvolvimento estavam definidas, e que as áreas que se tornaram o mote dessas oportunidades, emergiu do discurso dos enfermeiros, a partir da reflexão sobre a documentação dos cuidados de enfermagem. As áreas identificadas resultam das categorias temáticas da análise de conteúdo relativa aos momentos de reuniões de grupo, de notas do investigador nessas reuniões e das notas de campo, e que correspondem a: gestão e organização; exercício profissional de enfermagem; modelos orientadores da ação; e tomada de decisão clínica em enfermagem.

Com base nas oportunidades para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem e na assunção consensual da equipa de estarem reunidas as condições para se proceder à mudança requerida, demos por concluída esta fase do processo de investigação-ação.

### 3.3. REFERÊNCIAS

- ARGYRIS, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- BOWERS, B. (1987). Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, pp. 20-31.
- BOWERS, L. (1989). The significance of primary nursing. *Journal of advanced nursing*, pp. 13-19.
- DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- EKWALL, A., SIVBERG, B., & HALLBERG, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced nursing*, 49(1), pp 23-32.
- GUBERMAN, N., GAGNON, E., CÔTE, D., GILBERT, C., THIVIÈRGE, N., & TREMBLAY, M. (2005). How the trivialization of the demands of high-tech care in the home is turning family members into para-medical personnel. *Journal of Family Issues*, 26, pp. 247-272.
- HENDERSON, V. (1991). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education : reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
- ICN. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- INSTITUTE OF MEDICINE. (2000). *To err is human: building a safer health system* (Linda Kohn; Janet Corrigan; Molla Donaldson ed.). Washington DC: National Academie Press.
- LAVOIE, J.-P. (2000). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris: Harmattan.
- LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.



- LÉVESQUE, L., DUCHARME, F., CARON, C., HANSON, E., MAGNUSSON, L., NOLAN, J., & NOLAN, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies*, 47, pp. 876-887.
- LOPES, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Porto: Associação Portuguesa de enfermeiros.
- MARTINS, T. (2006). *Acidente vascular cerebral - Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: Lippincott.
- OREM, D. (1991). *Modelo de Orem: conceptos de enfermagem en la práctica*. Barcelona: Masson.
- PEREIRA, F. (Julho de 2004). Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Ordem dos enfermeiros – suplemento da revista*, pp. 13-21.
- PEREIRA, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PORTUGAL. (2006). Decreto-lei n.º 101/2006. *Diário da República I Série - A*, pp. 3856-3865.
- RIBEIRO, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- SENGE, P. (2006). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende* (22ª ed.). Rio de Janeiro: BestSeller.
- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (1999). *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New York: Random House, Inc.
- SHYU, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32, pp. 619-625.
- SILVA, A. P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].

- SILVA, A. P. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, A. P. (Janeiro/Abril de 2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20.
- SILVA, A. P. (2009). Prefácio. In F. PEREIRA, *Informação e qualidade - do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, N., & LIMA, M. (Julho-Dezembro de 2001). A construção de rotinas defensivas: um estado das deficiências de aprendizagem de uma escola de idiomas. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, pp. 97-128.
- TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.

#### 4. PLANEAMENTO E GESTÃO NA MUDANÇA

A mudança requerida, após identificação das oportunidades a incluir num programa de qualidade em enfermagem, resultará de um planeamento estratégico ponderado, não existindo mudança como um fim mas como um meio que conduz ao desenvolvimento e à transformação dos atores e dos contextos.

As estratégias para essas modificações, que perspetivam uma melhoria contínua da qualidade exigem ser orientadas, para uma ação organizada dos enfermeiros na antecipação de resultados.

Nesta fase do estudo tínhamos identificado as oportunidades de desenvolvimento a incluir no processo de melhoria contínua da qualidade - os aspetos relacionados com a gestão e organização do serviço, que se apresentavam numa lógica de abordagem focada na estrutura (cf. Donabedian, 2003) e que influenciam a obtenção da qualidade. Estamos a referir-nos aos aspetos inerentes ao processo de documentação, como os erros e, sobretudo, o número de registos relativos aos problemas/diagnósticos de enfermagem dos clientes em cada episódio de internamento. Os episódios de internamento em que existe apenas um registo dos diagnósticos não poderão ser considerados para a obtenção de informação válida traduzida em indicadores, o que significa perda de informação essencial.

Ainda no âmbito da gestão e organização, o método de distribuição de trabalho apresentava-se também como aspeto a melhorar. Embora o rácio enfermeiro-cliente não se alterasse, poderiam encontrar-se formas de organização favorecedoras de uma continuidade de cuidados, mais adequada e efetiva.

A melhoria contínua da qualidade apresenta-se também como processo promotor do desenvolvimento dos recursos pessoais dos profissionais envolvidos. A perspetiva de Donabedian (2003) de processo e resultado apresenta-se numa proximidade relevante com as capacidades e recursos dos profissionais. Deste modo, o pretexto para a revisão dos processos de pensamento inerentes à tomada de decisão clínica, a reconfiguração do

conhecimento de enfermagem que integre inovação para a qualidade dos cuidados de enfermagem e a reflexão sobre a ação enquanto processo de distanciamento que gera reconstrução no modo de agir, configuram aspetos centrais para, a partir destes, se definir opções estratégicas impulsionadoras da mudança.

Em síntese, a partir da reunião de grupo realizada na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento emergiram as seguintes categorias de análise: gestão e organização; exercício profissional de enfermagem; modelos orientadores da ação; e tomada de decisão clínica em enfermagem. Na fase de planeamento da ação realizou-se uma nova reunião que permitiu a partilha dos aspetos discutidos em pequenos grupos e da análise de conteúdo desta entrevista de grupo emergem as mesmas categorias temáticas que na fase anterior se tinham reconhecido, a gestão organizacional, os modelos que orientam a ação e os aspetos inerentes à tomada de decisão clínica.

Deste modo, o presente capítulo organiza-se de acordo com estas categorias de análise, nas fases de planeamento e de implementação.

#### 4.1. ESTRATÉGIAS E PLANEAMENTO PARA A MUDANÇA

Nesta fase da investigação, as estratégias definidas e o planeamento da ação apresentam uma relação, de tal modo, unívoca e próxima, que optamos pela sua apresentação conjunta. A estratégia enquanto combinação específica para se obter a mudança pretendida, numa perspectiva de investigação-ação, requer que esta seja partilhada com os participantes e que seja consensualmente aceite por estes. O planeamento relaciona-se com a organização que permite uma consecução oportuna das estratégias definidas.

O processo de mudança iniciou-se no último trimestre de 2008 e planearam-se as fases de definição de estratégias e planeamento para o primeiro trimestre de 2009. As estratégias consolidaram-se em duas vertentes: a gestão e organização do contexto de ação e as competências profissionais baseadas na reconfiguração de conhecimentos e na reflexão sobre a ação que determinasse e influenciasse a qualidade dos cuidados de enfermagem.

#### 4.1.1. GESTÃO ORGANIZACIONAL

Uma organização funciona como um sistema dinâmico, onde um conjunto de pessoas com posições funcionais distintas interage e atua. As organizações de saúde no âmbito da sua missão institucional proporcionam serviços que promovam a saúde, a prevenção e o tratamento da doença, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde das populações.

A gestão de um serviço clínico, na perspetiva de enfermagem como grupo profissional com funções específicas, assume-se como uma parte do sistema que procura definir estratégias de ação e objetivos que promovam a qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste pressuposto, o grupo funciona como um sistema aberto que influencia e permite influências e que por isso, aceita a mudança enquanto estratégia para a obtenção de mais qualidade.

##### 4.1.1.1. O MÉTODO DE DISTRIBUIÇÃO DO TRABALHO

A distribuição do trabalho dos enfermeiros em cada turno foi identificada como elemento dificultador da continuidade de cuidados, nomeadamente nos aspetos inerentes ao processo de transição dos clientes para lidar com novos desafios ou para assumir o desempenho de um novo papel.

A existência do modelo de enfermeiro de referência, enquanto método de distribuição do trabalho, contribuiria para um processo mais facilitado e global da abordagem efetuada a cada cliente, no entanto, o elevado rácio de clientes por cada profissional não permite a existência de tal modelo.

De forma a proporcionar essa continuidade e num esforço de aproximação de diferentes perspetivas concetuais foi ponderada como estratégia a reorganização na distribuição do trabalho dos enfermeiros, com a divisão do grupo em duas equipas de trabalho, de modo a garantir que em cada turno estivesse presente pelo menos um elemento de cada equipa, conforme se apresenta. Na aproximação ao modelo de enfermeiro de referência considera-se uma equipa de referência.

		Equipa A													Equipa B										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Turno	Manhã	1 enfermeiro						1 enfermeiro						1 enfermeiro					1 enfermeiro						
	Tarde	1 enfermeiro						1 enfermeiro						1 enfermeiro					1 enfermeiro						
	Noite	1 enfermeiro						1 enfermeiro						1 enfermeiro					1 enfermeiro						

FIGURA 7 - PLANO DE DISTRIBUIÇÃO DE TRABALHO DOS ENFERMEIROS POR TURNO

O horário mensal de trabalho organizou-se em duas equipas de modo a que aos enfermeiros da equipa A correspondessem os doentes que ocupavam as camas 1 a 13 e que aos enfermeiros da equipa B correspondessem os doentes que ocupavam as camas 14 a 26. A nenhum enfermeiro correspondia um horário fixo a um turno de trabalho, a todos os enfermeiros estavam associados todos os tipos de turno - manhã, tarde ou noite.

A organização das equipas desta forma permitia que o mesmo grupo de enfermeiros fosse responsável por um conjunto de clientes, reduzindo deste modo a dispersão da informação, favorecendo a interação com os clientes, proporcionando condições para que a conceção de cuidados se tornasse mais completa e menos fragmentada. Ou seja, o contacto com os clientes prolongar-se-ia no tempo com os membros de uma mesma equipa, proporcionando condições mais favoráveis para a definição de critérios de resultado a obter com a implementação das intervenções de enfermagem. Permitia ainda a partilha de informação e da intencionalidade dos enfermeiros face aos clientes, o que se podia revestir de particular interesse para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Esta organização pressupunha a intenção de que cada equipa se vinculasse aos seus clientes e aos resultados pretendidos para os mesmos, de modo, a que a partilha e discussão das dificuldades fossem favorecidas. Na impossibilidade de coexistir a organização por enfermeiro de referência, a redução no leque de possibilidades de distribuição dos clientes pelos enfermeiros apresentava-se como um modelo diferenciador que potenciava a discussão inerente à conceção de cuidados.

No diálogo e na partilha de significados consolidavam-se formas de organização do pensamento, estimulava-se a procura de evidências científicas para argumentar e justificar opções de intervenção. Esta perspetiva recolheu o consenso do grupo, por traduzir um lado coletivo no processo de melhoria contínua da qualidade, o que se tornou motivador.

#### 4.1.1.2. O PROCESSO DE DOCUMENTAÇÃO

A informação apresenta-se como um recurso de gestão capaz de melhorar o desempenho das organizações. Nesta perspetiva, “a disponibilidade de informação apoiada em conjuntos de dados válidos e fiáveis é condição essencial para a produção de análises mais objetivas” (Pereira, 2009, p. 53) que permitem a monitorização da qualidade do contexto organizacional.

A existência de sistemas de informação por si só, não assegura a produção de informação válida e útil, a quantidade e a qualidade dos dados produzidos são aspetos determinantes para que essa informação seja uma realidade. Nas reuniões de grupo e nos contactos informais entre investigador e profissionais, a expressão “*nós registamos*”, “*nós documentamos*” é profusamente repetida, significará isso a produção de informação válida?

A relevância de se realizar mais do que um registo relativo aos diagnósticos de enfermagem em cada episódio de internamento apresenta-se como um aspeto a que não é atribuído significado particular. O momento de admissão dos doentes no serviço gera um processo de identificação de diagnósticos para os quais se prescrevem intervenções. As modificações no diagnóstico, verificadas durante o internamento e que geram alteração na intenção dos cuidados ou na prescrição das intervenções são alvo do processo de documentação. Caso a situação não se altere face à primeira identificação dos diagnósticos de enfermagem efetuada e mesmo que no momento da alta clínica ou de transferência de serviço se mantenha igual, não sendo realizado um novo registo inviabiliza a comparação das alterações no estado dos diagnósticos ou a não existência das mesmas, em cada episódio de internamento.

“*Temos situações em que se identifica o diagnóstico e quando o doente se vai embora, se esse diagnóstico se mantém nós não damos termo*” (E21).

Reunião de grupo – Momento 1, Nov. 2008

A perceção dos enfermeiros da importância de documentar centra-se quase exclusivamente no ato de documentar em resposta à continuidade de cuidados e enquanto prova documental, tomando desta forma relevo as ações de enfermagem implementadas.

Deste modo, uma das estratégias apontadas para um programa de melhoria contínua centrada na reflexão passa pela validação dos procedimentos adotados para garantir a fiabilidade dos dados para produzir-se informação válida. Assim, definiu-se como estratégia 1) a revisão do procedimento inerente à documentação dos cuidados de enfermagem procurando garantir-se a realização de pelo menos dois registos em cada episódio de internamento e 2) o apelo ao rigor da documentação dos dados de modo a que se evitem erros. Estes dois aspetos tornam-se de crucial importância processual para a obtenção da qualidade pretendida.

Os dois aspetos no âmbito da gestão e organização do serviço apontados como estratégias passaram por 1) alterar a organização da equipa na distribuição de trabalho em cada turno, medida que foi implementada e 2) pela organização processual na documentação de enfermagem que requeria apenas a atenção e rigor de cada profissional no momento da realização dos registos.

#### 4.1.2. MODELOS QUE ORIENTAM A AÇÃO

Os processos e os modos de conceção de cuidados implementados ao longo de um percurso profissional vinculam a ação dos enfermeiros a padrões de desempenho profissional. Na sua ação os profissionais recorrem a esquemas operatórios internalizados. A recontextualização do conhecimento sendo explícita e de acordo com os modelos expostos, revela-se complexa no seu processo de internalização e no confronto com os modelos em uso de cada profissional.

Ao interagir coletivamente os membros de uma equipa de enfermeiros desenvolvem mapas mentais similares que lhes permitem comunicar e partilhar aprendizagens, conceções, referenciais teóricos ou conhecimento. Mapas mentais são estruturas tácitas de conhecimento, as representações e as ideias que a mente de um indivíduo cria como base para interpretar o ambiente e as situações que vivencia (Vasconcelos & Mascarenhas, 2007). Os indivíduos ao partilhar informações, ao viverem experiências coletivas e ao refletir coletivamente sobre o significado dessas experiências, produzem um novo conhecimento passível de ser utilizado em novos desafios.



Um dos maiores desafios em qualquer organização que pretende orientar-se para a excelência, não se limita a ter visão e valores que conduzam à excelência pretendida. As organizações terão de conseguir sistematizar formas de desenvolver com as pessoas os melhores modelos mentais que permitam fazer frente a qualquer situação que se apresente, num exercício de aproximação entre as teorias em uso e as teorias expostas.

Um processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir de resultados pressupunha que o modo de pensar os cuidados de enfermagem traduzisse efetivamente, as modificações no estado de saúde das pessoas atribuíveis à ação dos enfermeiros.

#### 4.1.2.1. ORIENTAÇÃO CENTRADA NA DETEÇÃO PRECOCE DO AGRAVAMENTO E NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

Uma componente estruturante do exercício profissional dos enfermeiros está associada à implementação de intervenções resultantes da prescrição por outros profissionais. A enfermagem enquanto profissão derivou de duas influências: a necessidade de cuidar numa perspetiva de cuidado ao corpo doente; e a necessidade expressa pelos médicos de requererem colaboradores que coadjuvassem o seu trabalho (Collière, 1999; Soares, 1997; Machado, 2004).

A vertente de coadjuvar o trabalho de outros profissionais, nomeadamente os médicos, marcou o passado da enfermagem numa estreita relação com um modelo concetual baseado nas práticas médicas. A ênfase atribuída aos diagnósticos médicos e às alterações que a partir daí decorrem influenciaram durante décadas o exercício profissional dos enfermeiros. Até aos anos 90 do século XX o ensino decorria das intervenções de enfermagem que emergiam a partir dos diagnósticos médicos (Machado, 2004).

Na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento tornou-se evidente uma abordagem centrada na deteção precoce de agravamento da condição dos clientes, a inferir-se a partir da prescrição de intervenções de enfermagem centradas essencialmente, em vigiar, monitorizar e avaliar, o que se revelou na maior percentagem de intervenções de enfermagem implementadas pertencerem ao tipo de ação Observar.

O enfermeiro no desempenho do seu exercício profissional utiliza os seus órgãos dos sentidos para uma primeira análise de dados, e por isso, através da visão, avalia; através da audição, interpreta; através do tato, julga.

A perspetiva desta primeira avaliação às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem estimula a procura de outros dados para a validação ou negação de diagnósticos de enfermagem. No entanto, a ênfase colocada nestas áreas de atenção representa um conhecimento que deriva do conhecimento médico e dos quadros patológicos associados às doenças e, mais do que o processo de decisão em si, revela o significado atribuído a uma conceção de enfermagem orientada para sinais e sintomas das doenças.

Quando se pretende implementar um processo de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem centrada nos resultados, reconhece-se, nas áreas atrás referidas, que as modificações no estado dos clientes derivam, essencialmente, das ações que resultam da tomada de decisão dos médicos. A intervenção dos enfermeiros coloca-se numa extensão da ação dos médicos, no cumprimento de intervenções que resultam de prescrição e na recolha de dados clínicos, que posteriormente serão por estes utilizados.

Do excerto de notas de campo que resultaram da observação do investigador nos momentos de reunião de passagem de turno frequentemente se constatava a ênfase em dados entendidos como relevantes para a continuidade dos cuidados.

“...diz-me só – qual a temperatura? tem dor? qual a saturação de O<sub>2</sub>? tomou alguma medicação em sos?” (N15).

Nota de campo, Jan. 2009

Na constatada preocupação dos enfermeiros em prestar atenção particular a alguns aspetos, não se pretende afirmar a irrelevância destas áreas de atenção pelos enfermeiros, questionamos sim, a atenção vincada em algumas áreas, em detrimento de outras, que a evidência científica justifica como tradutoras do *core* da disciplina de enfermagem.

Os dados que tomam relevo peculiar centram-se, particularmente, na vigilância e na informação que daí decorre, e que se apresentam úteis para a continuidade em que se baseia a ação dos enfermeiros, funcionando como uma espécie de lembretes que permite a organização do trabalho ao longo do turno.

A ação de enfermagem associada a um estatuto de vigilância decorre da perspetiva centrada na prevenção de complicações, sobretudo à condição patológica do cliente. As intervenções de enfermagem orientadas por ações do tipo “observar” podem também, resultar de prescrição, enquanto forma de obtenção de informação que outros profissionais, como os médicos, utilizam na sua decisão clínica.

Da influência da escola das necessidades (Kérrouac et al, 1996) em que a enfermagem se coloca na perspetiva de suplementar ou complementar as atividades inerentes à satisfação das necessidades dos clientes, emerge o conceito de substituição do cliente para os aspetos que este não consegue complementar.

Num contexto de medicina, os clientes apresentam-se com alguma frequência em condições de impossibilidade para a realização de atividades inerentes ao seu autocuidado e desse modo, emerge a perspetiva de substituição ou compensação nessas atividades. Esta perspetiva adota na sua intenção uma orientação focada na prevenção de complicações que se podem apresentar como negativas e nefastas para os clientes. Neste sentido, os enfermeiros identificam as situações de risco ou probabilidade de ocorrências negativas, e no sentido de prevenir ou minimizar os seus efeitos, implementam intervenções capazes de proporcionarem resultados de enfermagem. Estes resultados não se vinculam nas modificações positivas no estado de saúde das pessoas mas integram os ganhos que resultam da prevenção de complicações associadas a esse mesmo estado de saúde.

As perspetivas que referimos centram a sua orientação para a ação: (1) na deteção precoce de agravamento da condição patológica dos clientes; (2) na resposta à prescrição de intervenções inerentes à observação continuada dos clientes e (3) na prevenção de complicações associadas a determinadas condições dos clientes. Estas perspetivas são orientadoras de modelos de ação focalizados na gestão de sinais e sintomas.

Por vezes, as causas de insucesso nos processos de mudança não se baseiam em intenções medianas ou propósitos pouco inovadores, mas sim, nos modelos mentais que moldam a forma de agir das pessoas. Nos modelos mentais, a questão não se coloca no facto de estes estarem certos ou errados, a questão coloca-se quando os modelos mentais se apresentam como modelos tácitos, que existem abaixo do nível de consciência, e que por isso, não são colocados em causa (Senge, 2006) e são dominantes no contexto da ação.

O processo de colocar em evidência, através da reflexão, a ênfase que cada enfermeiro atribui às áreas de atenção que se colocam numa proximidade com os sinais e sintomas das doenças não se apresenta como pretexto de debate fácil e óbvio. Os modelos mentais são representações de tal modo arraigadas que a sua reconfiguração se apresenta como desafio exigente para as organizações que pretendem melhorias concretas e duradoiras, mas tal desafio apresentava-se também como pretexto da reflexão-ação.

#### 4.1.2.2. ORIENTAÇÃO CENTRADA NOS ASPETOS INERENTES AO AUTOCUIDADO

No contexto clínico onde se desenvolveu este percurso de investigação, os clientes confrontam-se com modificações significativas na sua autonomia para o autocuidado; ou com modificações que decorrem da incorporação no autocuidado, de recomendações e regimes terapêuticos complexos, modificações que integram um processo de transição igualmente complexo e, que surge, frequentemente, de modo inesperado.

Centrar a atenção dos enfermeiros na reconstrução da autonomia para o autocuidado apresenta-se, afinal, como algo complexo. A decisão clínica face à dependência para o autocuidado e que se representa na documentação, toma por foco o autocuidado higiene; o autocuidado uso do sanitário; alimentar-se; posicionar-se e transferir-se, de entre os diagnósticos mais vezes documentados.

O défice no autocuidado exprime a relação entre as capacidades de ação dos indivíduos e as suas necessidades em cuidados, como referem Tomey & Alligood, (2004), e que Orem (1991) integra em três sistemas: *totalmente compensatório* pois a pessoa não tem qualquer participação face ao seu autocuidado, necessitando por isso, que seja o enfermeiro a assumir todos os cuidados, numa perspetiva de substituição; *parcialmente compensatório* em que existe partilha entre a pessoa e o enfermeiro pois a pessoa tem capacidade para desenvolver algumas atividades; e o *sistema de apoio educativo e de desenvolvimento* em que a pessoa consegue realizar as ações para o autocuidado mas requer orientação para as realizar de modo mais adequado.

Na fase de identificação de oportunidades de desenvolvimento a ênfase na “dependência” dos clientes foi elucidativa, a informação válida extraída da documentação de enfermagem revelou-se consonante com uma perspetiva de conceção face ao défice no autocuidado

numa aproximação do sistema totalmente compensatório. A influência de modelos de conceção de cuidados orientados para a gestão dos sinais e sintomas das doenças toma repercussões numa abordagem que se centra na substituição do cliente.

Um serviço de medicina que se integra num contexto hospitalar caracterizado por episódios de doença aguda, recebe clientes, em fases de agravamento de quadros patológicos, o que explicará a ênfase na deteção precoce de complicações e na necessária substituição dos clientes face à sua dependência para o autocuidado.

Em algumas situações em que a um cliente é identificada a dependência para alguns domínios do autocuidado, como cuidar da sua higiene, alimentar-se ou posicionar-se, a decisão diagnóstica decorre de dados que se apresentam como fatores que interferem e influenciam as atividades elementares de autocuidado. Assim, a inferência diagnóstica para um grau de dependência resulta de dados que emergem muitas vezes da informação inicial do quadro patológico. Por exemplo, a informação relativa ao motivo de internamento / diagnóstico médico - *Agudização de doença pulmonar obstrutiva crónica*, e os dados que o enfermeiro recolhe, como: a frequência respiratória aumentada, o valor de saturação de oxigénio inferior a 95%, o adejo nasal, a diminuição na profundidade da inspiração, entre outros, permitem-lhe identificar o diagnóstico de dispneia e inferir a partir dessa condição a dependência para o autocuidado. Desta forma, o enfermeiro orienta a sua ação numa perspetiva de substituição do cliente para as atividades básicas do autocuidado. A partir da intervenção por via, essencialmente, de terapêuticas médicas este cliente irá recuperar da situação de agudização -, a frequência respiratória, o valor da saturação de oxigénio voltarão aos valores padrão do cliente, os sinais e sintomas da doença são minimizados e o cliente volta a encontrar o equilíbrio que lhe afetou a sua dependência para o autocuidado higiene.

Como os resultados de enfermagem são medidos a partir da comparação da identificação de um diagnóstico num determinado momento do episódio de internamento e a última vez em que é documentada alteração no estado do diagnóstico, inferem-se daqui modificações positivas no estado do diagnóstico cujos ganhos não são sensíveis à ação da enfermagem, como nos casos em que se promove a adoção de estratégias promotoras da autonomia.

O autocuidado revela-se, na documentação dos cuidados, como área significativa para os enfermeiros. A expressão “*os autocuidados são muito importantes*” foi com frequência

mencionada, a ênfase atribuída representaria a teoria exposta? A ênfase centrava-se na intencionalidade de promover a autonomia ou a relevância decorreria de outra perspetiva?

A abordagem dos clientes com dependências nos diferentes domínios do autocuidado pode apresentar-se enquanto resultado de um evento, frequentemente súbito de doença que introduz modificação na forma e nos recursos a mobilizar para que a pessoa se torne mais autónoma, e em que o contributo dos enfermeiros se coloca pela perspetiva de Orem (1991) num sistema de apoio e desenvolvimento. Uma intencionalidade para a ação focada na promoção de autonomia dos clientes não se evidenciava a partir da documentação, com um número muito reduzido de casos em que se colocava a decisão diagnóstica no conhecimento e aprendizagem de habilidades para lidar com os aspetos do autocuidado que se apresentavam de modo diferente.

Na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento, uma conceção mais focalizada nos processos de promoção da autonomia apresentou-se como área relevante para a reconfiguração do conhecimento de enfermagem, numa oportunidade para serem revistos os dados que influenciam a decisão clínica e, sobretudo, a intenção face à necessidade de cuidados identificada. Na procura de se transitar para um paradigma de menor substituição dos clientes – numa lógica de “fazer pelos doentes”, para um paradigma de promoção da autonomia – de “fazer com” o doente, a estratégia apontada levou à decisão de abordar a temática num processo de desconstrução e reconstrução do conhecimento e do processo de decisão clínica na especificidade dos aspetos inerentes ao autocuidado.

#### 4.1.2.3. ORIENTAÇÃO CENTRADA PARA A PREPARAÇÃO DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS

Ao défice no autocuidado que assenta na ausência total de potencial para a independência ou autonomia dos clientes, novos cenários se apresentam nos contextos de saúde. Perante estas situações, os enfermeiros substituem os clientes nas ações inerentes ao autocuidado, ação que assenta também, numa perspetiva concetual de prevenção de complicações decorrentes da incapacidade ou dependência. A abordagem a estes cenários clínicos requer o envolvimento de membros da família, que possam no contexto domiciliário, desempenhar o papel de prestadores de cuidados.

O membro da família prestador de cuidados define-se como aquele que é “responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família” (ICN, 2005). Perante um evento súbito de doença ou incapacidade, assim como, de um agravamento insidioso de um quadro patológico, resultam modificações que afetam a pessoa que as vivencia, do mesmo modo, que se estendem com maior ou menor expressão sobre a família.

O estudo relativo à problemática dos cuidadores ou prestadores de cuidados iniciou-se nos anos 80 do século passado nos Estados Unidos e no Canadá. Em Portugal, a constatação desta necessidade é mais recente, não apenas pelo aumento da esperança média de vida e o aumento exponencial de doentes com dependência ou incapacidade para o autocuidado, mas também pela reformulação inerente à organização dos serviços de saúde com internamentos progressivamente mais curtos.

O conhecimento formal existente sobre o tema remete para a relevância do suporte informacional, para o treino de competências instrumentais, e para os recursos de apoio existentes na comunidade. Nesta perspetiva, os enfermeiros compreendem e vinculam-se à ideia da preparação do prestador de cuidados, que se integra como reportório das suas teorias expostas.

A preparação da alta orientada por um modelo de proximidade com a perspetiva médica remodela-se na forma e na substância para a preparação do regresso a casa. De uma ênfase centrada quase exclusivamente nas necessidades do cliente dependente, evoluiu-se na atenção para as capacidades e condições de quem vai desempenhar o papel de prestador de cuidados. O destaque atribuído aos conhecimentos e capacidades para o desempenho desse papel apresenta-se por vezes, de tal modo abrangente, que se afigura como uma extensão do trabalho dos enfermeiros (Bowers, 1987).

A decisão clínica relativa à identificação de diagnósticos de enfermagem que tomam por foco de atenção, o membro da família prestador de cuidados pressupõe, a obtenção de dados relativos ao cliente e às suas limitações ou incapacidades para o autocuidado, e por outro lado, um conjunto de requisitos necessários ao membro da família que vai desempenhar o papel de prestador de cuidados.

A relevância vincada nos conhecimentos necessários ao desempenho do papel de prestador de cuidados tem orientado a ação dos enfermeiros, que se reconhece na frequente

expressão de “*fazemos os ensinamentos*”. Na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento, pudemos pensar que a necessidade impressa em “*ensinar*” remete para um conjunto pouco organizado de informação, num conhecimento fragmentado, casuístico e generalista, o que desse modo justificará a sua reduzida documentação mas simultaneamente, remete-nos para uma teoria exposta que se vincula na evidente necessidade de conhecimento específico para o desempenho do papel de prestador de cuidados.

Existe a convicção entre os profissionais, de que o regresso a casa começa desde o início do internamento, mas esta é mais uma ideia que integra o corpo da teoria exposta. Os enfermeiros partilham da perspectiva de que a preparação das pessoas que vão desempenhar o papel de prestador de cuidados é relevante para a obtenção de informação válida traduzida em indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem. A constatação da sua parca documentação resulta no enunciado de prováveis justificações para o facto que se apresentam, nesta fase, como interessantes opções estratégicas para incluir num programa de mudança e inovação.

A preparação do regresso a casa dos membros da família prestadores de cuidados que iniciam o desempenho de um novo papel confronta os enfermeiros, com práticas pouco estruturadas de onde emergem necessidades de conhecimento formal em várias dimensões como se constatou na fase anterior. Como se pode apontar:

- A identificação da necessidade de reconhecer quem vai assumir o papel de prestador de cuidados;
- A identificação dos *timings* adequados para o início da preparação destas pessoas;
- A identificação dos requisitos necessários para o desempenho desse papel;
- A clarificação do limite do papel de prestador de cuidados;
- A clarificação do conhecimento, necessário e útil que permita ao membro da família prestador de cuidados a decisão ponderada e justificada das suas ações.

Estes tópicos seriam integrados na estratégia para o processo de mudança a incluir-se na vertente da recontextualização e reconfiguração do conhecimento.

A preparação do regresso a casa com o envolvimento de um membro da família prestador de cuidados apresentou-se, face à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir de resultados, como um aspeto que recolheu sintonias e uma



disposição para aprendizagem particulares, apresentando-se como algo que iria introduzir mais novidade.

#### 4.1.2.4. SÍNTESE DO TÓPICO

Os esforços empreendidos na mudança que fomentam uma melhoria contínua da qualidade veem repetidamente impedida a capacidade de se gerar modificações profundas a partir deles, mas “*o problema não está nos sintomas óbvios das dificuldades mas antes nas forças*” que impedem os profissionais de tentar soluções para essas dificuldades (Senge, et al, 2000, p.39). Os modelos que orientam a ação, por se colocarem no âmbito dos processos mentais complexos encontram dificuldades acrescidas para se verem transformados.

A perspetiva de conceção de cuidados de enfermagem orientada para a gestão dos sinais e sintomas da doença influencia a decisão clínica. Assim, o enfermeiro perante um cliente com algum grau de dependência para se posicionar pode adotar como intenção mais adequada a substituição do cliente face às limitações que este apresenta fazendo pelo doente aquilo que ele faria caso tivesse a força [ou o conhecimento] necessário (Henderson, 1991) – e esta poderá ser a decisão mais adequada. Mas qual será a intenção dos enfermeiros ao substituir os clientes nas atividades para as quais estes não têm capacidade? Será exclusivamente uma intenção de substituição? Será uma intenção de prevenção de complicações?

Estudos relativos à documentação da decisão clínica dos enfermeiros têm identificado dependência dos postulados biomédicos de centralização na doença e no seu tratamento, o que, conforme Silva (2011), traduz as situações diagnosticadas pelos enfermeiros assim como as intervenções que planeiam e implementam, centradas no domínio da vigilância de sinais e sintomas congruente com uma orientação na e para a doença e não na resposta humana às transições.

A intencionalidade que orienta a ação dos enfermeiros decorre dos dados e das evidências que permitem ao enfermeiro definir as áreas suscetíveis à sua intervenção.



**FIGURA 8 - MODELOS E PERSPETIVAS QUE ORIENTAM A AÇÃO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM**

Na figura pretende-se representar visualmente as especificações que influenciam a decisão dos enfermeiros. As áreas de atenção apresentam-se numa faixa alargada de possibilidades que decorrem da pertinência e rigor na procura das evidências/dados para reconhecimento das situações-problema, sendo também influenciadas pelos modelos conceituais que enformam a ação.

Os modelos que orientam a ação, e se vinculam na identificação de diagnósticos cuja intenção visa a obtenção de ganhos em autonomia dos clientes, colocam-se na perspetiva diametralmente oposta àqueles que se vinculam na identificação de diagnósticos potenciais cuja intenção se centra na prevenção das complicações.

#### 4.1.3. RECONTEXTUALIZAÇÃO E RECONFIGURAÇÃO DO CONHECIMENTO

Os percursos profissionais são constituídos por espaços de evolução permanente. A procura de conhecimentos que dê suporte à ação profissional dos enfermeiros decorre, em primeira instância, da iniciativa individual. No entanto, as exigências inerentes aos contextos e os requisitos relativos ao desempenho profissional apresentam-se como fatores que determinam o grau de envolvimento e empenho de cada enfermeiro na sua (auto)formação.

A preocupação pela formação contínua dos enfermeiros com impacto na qualidade dos cuidados prestados toma dimensão de exigência e obrigatoriedade. À luz das prerrogativas

atuais “a formação (...) assume carácter de continuidade e prossegue objectivos de actualização técnica e científica” (cf. decreto-lei n.º 248/2009 de 22 de setembro).

Nesta investigação que desenvolve um modelo de melhoria contínua da qualidade baseado na reflexão em informação válida, a componente de formação dos profissionais em contextos de ação apresenta-se como opção estratégica, não numa perspetiva apenas de atualização mas sobretudo numa perspetiva de recontextualização e de reconfiguração do conhecimento.

Nos contextos profissionais pode falar-se em recontextualização do conhecimento nas situações de rotina profissional, pois os profissionais podem mobilizar, reorganizar e atualizar em novos contextos conhecimentos/informação, fazendo-o através do sentido interpretativo e explicativo que permite legitimar a ação.

A formação em serviço baseia-se no conceito de melhoria contínua dos profissionais a partir das necessidades com que estes se deparam no seu dia-a-dia profissional. Por vezes, a dinâmica impressa nesta formação nem sempre integra uma perspetiva de melhoria da ação desenvolvida, ancorando por vezes, numa abordagem de revisão de conhecimento formal fomentando e consolidando os modelos expostos. As necessidades de formação, no contexto onde decorreu o estudo, emergiam dos aspetos que os profissionais entendiam como deficitários na prática individual, mas sobretudo nas necessidades que se reconheciam como deficitárias no desempenho coletivo da equipa e que assumiam um carácter iminentemente prático e do domínio processual.

A revisão do modo como os profissionais pensam e decidem os cuidados pressupõe duas opções estratégicas: a reengenharia dos processos de tomada de decisão clínica que contribuiria para a reconfiguração do conhecimento e fomentava a procura de novo; e a reflexão que permitisse clarificar e trazer à superfície modelos de pensamento que orientam profundamente a ação profissional.

#### 4.1.3.1. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A “*reengineering*” é um termo que entrou no léxico da gestão das organizações a partir da obra de Hammer & Champy (1994) quando estes autores apresentaram a ideia de que os processos de mudança deveriam partir do novo, rompendo radicalmente com o instituído,

de modo a promover medidas arrojadas que conduziriam a reformas drásticas mas simultaneamente, desejadas e necessárias para a supremacia do negócio e da empresa.

Ao apontarmos uma visão estratégica para o desenvolvimento de um modelo de melhoria contínua, a noção de reestruturação, de redefinição associado ao conceito de “*reengineering*”, (numa tradução livre para o português por *reengenharia*) parece-nos consentânea com o sentido deste estudo.

A base do conceito de reengenharia pressupõe reinvenção, desafio de práticas instaladas, que não sendo melhoria contínua, se revela como ponto de partida interessante para um programa de melhoria contínua.

A “*reengineering*” representa sobretudo uma ferramenta para a reorganização de processos, e desse modo, a tomada de decisão clínica estando na base dos resultados de enfermagem, determina análise e reflexão sobre a mesma. Não se pretende aqui romper radicalmente com os processos de decisão utilizados e integrados na ação dos enfermeiros, mas sim, um trabalho de revisão, de reestruturação com vista às mudanças pretendidas.

A reengenharia dos processos de tomada de decisão clínica pode apresentar-se como algo utópico e de difícil concretização, uma vez que a tomada de decisão se coloca no campo da complexidade dos processos cognitivos e de pensamento específicos a cada pessoa.

Os processos que implicam mudança poderão decorrer de motivações internas ou externas que facilitam ou prejudicam a sua ocorrência, e a reengenharia necessária para tal, poderá não partir de um pressuposto radical, mas partir de algo mais simples e básico, que gerará a redefinição e a reinvenção necessária para a mudança.

O processo de tomada de decisão clínica em enfermagem enquanto processo de diagnóstico das respostas humanas “*é um processo complexo que envolve a interpretação do comportamento humano relacionado com a saúde*” (Lunney, 2004, p.21). A complexidade e o carácter interativo inerente aos cuidados de enfermagem pressupõem uma rede de processos de pensamento que determina a qualidade dos resultados.

O conceito de processo de enfermagem integrou a linguagem profissional na década de 50 do século passado, teve no seu início, a influência do método de resolução de problemas. A ênfase no ensino da metodologia de solução de problemas centrava-se na recolha sistemática e análise dos dados. Yura & Walsh (1967) descreveram o processo de

enfermagem em quatro fases: recolha de dados, planeamento, intervenção e avaliação. Realçava-se a importância das capacidades intelectuais, inter-relacionais e técnicas consideradas necessárias e essenciais para a prática de enfermagem.

Nessa fase do desenvolvimento da enfermagem, as necessidades em cuidados e os processos de solução de problemas dos pacientes relacionavam-se sobretudo com condições fisiopatológicas médicas (Pesut & Herman, 1999).

Com a primeira conferência para a classificação de diagnósticos de enfermagem, em 1973, marca-se o início da inclusão da etapa diagnóstica no processo de enfermagem. O movimento de identificação de diagnósticos provocou mudanças no pensamento da enfermagem, da ênfase atribuída à identificação e solução de problemas passa a dar-se ênfase ao raciocínio diagnóstico e ao pensamento crítico (Garcia & Nóbrega, 2009).

Tompson & Dowding (2002) referem que o conceito de julgamento e tomada de decisão é usado pelos diferentes autores, com recurso a diferentes expressões, que descrevem um mesmo fenómeno, estes termos incluem, tomada de decisão clínica (Field, 1987; Ford *et al*, 1979; Luker & Kenrich, 1992), julgamento clínico (Benner & Tanner, 1987; Itano, 1989), inferência clínica (Hammond, 1964), raciocínio clínico (Grobe *et al*, 1991) e raciocínio diagnóstico (Carnevali *et al*, 1984; Radwin, 1990), consideram no entanto, como distinção útil, a que foi sugerida por Dowie (1993) que definiu julgamento como “the assessment of alternatives - avaliação de alternativas” e decisão como “choosing between alternatives - escolha entre alternativas”.

Lunney (2004, 2009) referindo-se a diferentes autores como Carnevali e Thomas (1993), Gordon (1994), O’Neill (1995), O’Neill e Dluhy (1997) e Rew (1988), menciona o modo como tem sido descrito o processo de diagnóstico, ou seja, como um processo gradual, um processo iterativo, um processo heurístico e um processo intuitivo.

Os enfermeiros no seu processo de decisão clínica reconhecem evidências a partir de unidades de dados, atribuem significado às evidências e procuram explicações possíveis para essas mesmas evidências dentro do contexto clínico. O processo de diagnóstico é um processo de pensamento dinâmico, por meio do qual os enfermeiros exploram os seus conhecimentos para possíveis explicações de dados. Para Lunney (2004, 2009) o pensamento crítico é uma dimensão da inteligência que é necessária para o processo de diagnóstico de enfermagem.

Na atualidade, o processo de enfermagem entendido como processo de tomada de decisão clínica, evoluiu para um grau de discriminação, de modo a possibilitar a avaliação dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, num modelo de especificação e verificação de resultados - *Outcome-Present State-Test*. Este modelo enfatiza o raciocínio interativo e concomitante com a ação, pressupõe capacidades cognitivas de nível superior, é um modelo fluido e circular e inclui uma perspetiva global, focalizada no porquê e no como se pode atuar, para obter a modificação de um estado atual para o estado desejado (Jesus, 2006).

Nas reuniões de grupo e, particularmente, nos momentos de contacto informal entre participantes e investigador, foram enunciadas algumas dificuldades que em análise se referem ao modo como os enfermeiros pensam e decidem os cuidados: (1) ao significado atribuído às evidências, ao grau de especificação dessas evidências (que dados são efetivamente necessários), ao grau de precisão e rigor na decisão diagnóstica; (2) a clarificação dos objetivos a atingir com a implementação das intervenções, perspetivando resultados significativos para as pessoas – clientes; e (3) a decisão face às intervenções mais adequadas às necessidades de cuidados identificadas.

As teorias relativas à tomada de decisão clínica são diversas mas aquelas que com mais frequência se utilizam na ação baseiam-se na teoria da tomada de decisão analítico-racional e a teoria do processamento de informação (Lauri et al, 1997). O conhecimento da pessoa que toma a decisão tem uma relação com o conhecimento anterior relacionado com a memória e com a capacidade de recuperação da informação armazenada no espaço da memória como referem Lauri & Salantera (1998).

A constatação dos participantes na utilização de aspetos inerentes à decisão clínica e que consideram “rotina” encontra explicação na teoria apresentada por Carnevali & Thomas (1993) que enfatiza que a interpretação e análise dos dados e a comparação com informação armazenada permitem ao enfermeiro fazer inferências sobre os dados desenvolvendo a designada memória de trabalho. Dado que esta tem uma capacidade de armazenamento limitada, por um processo de significação e organização, integra a informação que consta da memória de longo prazo. Este tipo de memória é recuperado sempre que se atribui significado e se reconhecem padrões de acontecimentos semelhantes. As autoras mencionam ainda que a memória de longo prazo agrupa: a memória semântica que relaciona o conhecimento relativo aos conceitos e à linguagem; e a memória

situacional que armazena o conhecimento resultante das experiências organizadas em esquemas ou modelos situacionais.

Concordamos com Silva (2011, p. 32) quando refere que se pode “*afirmar que o repertório individual do enfermeiro/decisor, relativo ao conhecimento anterior (memória semântica) e às experiências vivenciadas (memória episódica / situacional), serão decisivos no seu processo de tomada de decisão.*”

O processo construtivo inerente à reestruturação do conhecimento e da tomada de decisão clínica em enfermagem, a partir da reflexão sobre a ação, num pressuposto de reengenharia, permitiria estabelecer sintonias, harmonizando a adequação aos resultados desejados. Repensar o processo de decisão diagnóstica levará os enfermeiros a rever as evidências e os dados que utilizam para a identificação das necessidades dos clientes.

A estratégia pela reengenharia do processo de decisão clínica pressupunha duas abordagens: (1) explanação dos aspetos inerentes às teorias da tomada de decisão clínica, enfatizando-se as teorias descritivas como forma de elucidar os enfermeiros sobre os seus modos de pensar; e (2) discussões em grupo dos aspetos relevantes da conceção de cuidados, permitindo aos participantes expor o modo como decidem os cuidados, usufruindo da dinâmica de grupo para que cada enfermeiro possa “*observar*” a explanação do seu próprio processo de decisão.

A revisão dos processos de decisão pode não se apresentar como motivadora para a mudança, parecendo representar o regresso ao básico que gera nos participantes a sensação de retrocesso, o que à partida se torna incongruente com a perspetiva de melhoria/mudança, pois esta apresenta-se sempre como uma ideia de progresso. McNiff e Whitehead (2009) referem-se à relevância da interrogação e da desconstrução na investigação-ação, considerando que o processo de interrogação gera desconstrução das formas habituais de pensar, implica descentrar-se do seu próprio eixo de ação.

A reestruturação dos processos de decisão, nesta perspetiva construtivista, permitiria aos participantes reconhecer os modelos mentais que enformam a sua prática clínica e que levam, como considera Senge (2006), a que novas ideias deixem de ser postas em prática por entrarem em conflito com imagens internas profundamente arraigadas que limitam os modos habituais de pensar e agir.

#### 4.1.4. PREPARAÇÃO PARA A MUDANÇA

Identificadas as oportunidades de desenvolvimento, definidas as opções estratégicas, importava planear os aspetos a rever, para se implementar uma fase onde a mudança e a inovação marcassem a qualidade dos cuidados de enfermagem.

O plano de ação integrou os seguintes aspetos:

- Modificação no plano de distribuição do trabalho dos enfermeiros;
- Proceder à documentação dos cuidados de enfermagem garantindo a existência de pelo menos dois registos relativos aos diagnósticos em cada episódio de internamento;
- Momentos de formação com sessões de carácter clássico;
- Organização de pequenos grupos de trabalho para revisão dos aspetos inerentes aos focos de atenção mais frequentemente documentados a serem partilhados com toda a equipa no momento final, prévio à fase de implementação.

Nesta perspetiva estratégica, o horário de trabalho foi dividido em duas equipas – A e B, e o plano de distribuição do trabalho respondia ao estipulado previamente, à equipa A correspondia os doentes que ocupavam as camas 1 a 13 e à equipa B correspondia os doentes que ocupavam as camas 14 a 26. Relativamente à documentação o plano não determinou nenhuma ação específica apenas o consenso generalizado de efetuar uma avaliação face a cada diagnóstico de enfermagem identificado quando se verificava a existência de apenas um registo, garantindo a realização de pelo menos dois registos mesmos que a avaliação fosse semelhante entre ambas.

Foram realizadas três sessões de formação com carácter clássico e centrada na exposição de aspetos das teorias de decisão clínica por se entender relevante o conhecimento relativo aos modelos – normativos e descritivos - de decisão clínica na enfermagem, enquadradas nas categorias teóricas: sistemático-positivista e intuitivo-humanista (Thompson, 1999). Abordamos deste modo, os diferentes modelos explanando sobre as perspetivas centradas em processos de decisão com sentido objetivo, como algo que se reduz a factos e a processos lineares – modelos analítico-rationais (Bandman & Bandman, 1995); ou aqueles que se baseiam na intuição e na decisão intuitiva (Benner, 2005); e os modelos em que a



cognição pode ser vista como existindo num *continuum* cujos polos opostos são: a análise e a intuição (Hammond, 1996).

Esta abordagem de carácter expositivo do conhecimento formal possibilitou a revisão sobre algumas das teorias da tomada de decisão clínica e a sua utilização na enfermagem, permitindo simultaneamente, orientar para a reflexão sobre os processos individuais de tomada de decisão clínica.

O cerne da estratégia coloca-se na cooperação e na aprendizagem em grupo e, dessa forma, estabeleceu-se uma abordagem focada na discussão em grupo. No sentido de favorecer o envolvimento de todos os membros organizaram-se subgrupos, cada um dos quais debatia uma área de atenção de enfermagem contemplada nos indicadores alvo de melhoria, e posteriormente, realizou-se a discussão no grupo alargado.

A discussão em pequenos grupos permitia uma discussão e reflexão que tornaria a reunião com o grupo completo, uma oportunidade para esclarecer argumentos e tornar a reflexão mais aprofundada, dado já ter sido motivo de reflexão num cenário mais restrito.

A divisão dos enfermeiros pelos grupos teve em consideração diferentes níveis de desenvolvimento profissional no contexto do serviço de Medicina, procurando abranger enfermeiros com maior tempo e com menor tempo de experiência profissional naquele contexto. A opção por esta estratégia baseou-se nas explicações inerentes “*aos diferentes autores sobre tomada de decisão e recurso da intuição em enfermagem, [que sublinham] que o reconhecimento de padrões baseado em inúmeras experiências similares anteriormente vividas caracteriza o pensamento intuitivo como apanágio exclusivo dos peritos. Por sua vez, o profissional que se encontra na fase de principiante, por não estar familiarizado com a situação, não tem como actuar antes de pensar, e por isso não usa a intuição, lidando com a situação nova apenas através de uma abordagem analítica e passo a passo.*” (Silva, 2011, p. 33).

Com o trabalho de discussão nos pequenos grupos pretendia-se dar resposta a dois propósitos: por um lado, favorecer o debate num grupo restrito, onde a exposição de argumentos e opiniões se torna facilitada; por outro lado, permitir a revisão dos conceitos inerentes aos diagnósticos e das evidências que podem ser tidas em consideração na sua formulação. Este processo leva a que os participantes reflitam sobre o modo como habitualmente pensam e decidem os cuidados de enfermagem.

A cada um dos subgrupos de trabalho, com cerca de três elementos, foram associadas algumas das áreas atrás referidas, enquadrando-se a discussão e análise no trabalho de formação contínua implementado no serviço. O pretexto para a discussão partiu da organização da informação que influencia a decisão clínica.

Face a determinada área de atenção, os enfermeiros refletiram sobre o modo como habitualmente decidem os cuidados: que informação usam para a identificação do diagnóstico; a que atribuem significado na decisão diagnóstica; que objetivos/critérios de resultado são adequados e que intervenções se associam para dar resposta ao problema (anexo 6).

Cada profissional deverá possuir uma dupla compreensão: a da situação sobre a qual intervém e a do seu próprio modo de agir, o que requer distanciamento. É com base neste pressuposto que se fomentam as discussões e o trabalho nos pequenos grupos, pois a verbalização contribui para organizar e estruturar as práticas profissionais e o distanciamento não significa uma simples observação passiva (Le Boterf, 2005). O trabalho requerido a cada pequeno grupo realizava-se conforme a disponibilidade dos membros, e dada a presença do investigador no contexto da investigação, este apresentava-se como facilitador caso surgissem dúvidas ou questões de pertinência para a consecução do respetivo trabalho.

Foram distribuídos os diagnósticos de enfermagem que se tinham identificado como áreas que requeriam reflexão, mesmo sendo áreas que se identificavam com frequência, no entanto, pretendia-se uma perspetiva de exterioridade e distanciamento que proporcionasse uma análise crítica, uma reestruturação das práticas e a partilha de modelos conceituais, numa aproximação estratégica à aprendizagem organizacional.

Na tabela abaixo referem-se as áreas abordadas e os grupos formados.

<b>Diagnósticos</b>	<b>Grupos</b>
Autocuidado Higiene e Vestir-se	Grupo 1 - EPA
Deambular	Grupo 2 - FAM
Transferir-se	Grupo 3 - MM
Autocuidado Uso do sanitário	Grupo 4 - ELL
Alimentar-se e Risco de Aspiração	Grupo 5 - LAJ
Risco de Queda	Grupo 6 - BBD
Posicionar-se	Grupo 7 - JID
Risco de Anquilose e Risco de Pé equino	Grupo 8 - SMJ
Risco de Úlcera de pressão	Grupo 9 - LDC
Gestão do regime terapêutico	Grupo 10 - BIR

A partir das áreas temáticas, os grupos iriam organizar a informação adequada onde referissem: os dados relevantes para a identificação do diagnóstico, os critérios de diagnóstico a utilizar, a especificação do enunciado diagnóstico, os objetivos e/ou critérios de resultado adequados, e as intervenções a implementar para a resolução da situação problema identificada.

Ao solicitar-se este trabalho não se esperariam modificações substanciais nos enunciados diagnósticos e nas intervenções de enfermagem uma vez que os enfermeiros utilizariam aquelas que se apresentam no sistema de informação em uso no serviço, podendo eventualmente, questionar-se aspetos de adequação referencial das intervenções face aos diagnósticos.

#### 4.1.5. DESCONSTRUÇÃO E RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO

A discussão em torno da especificação dos dados necessários para a identificação dos diagnósticos, assim como o enunciado dos objetivos ou de resultados esperados no cliente, por serem aspetos não visíveis na documentação, apesar de integrarem a decisão clínica, geravam dificuldade na sua explanação por se desviarem do discurso usual.

Na iminência de instabilidade, o grupo aborda os assuntos com os conceitos e significados ancorados ao modo de decisão habitual, em padrões de pensamento que asseguram uniformidade com os modelos em uso e que são implicitamente aceites como adequados a um normal funcionamento do serviço.

##### 4.1.5.1. FOCOS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM

Em resultado das discussões em grupo e na partilha entre os grupos constata-se que em algumas áreas de atenção, que sendo distintas, a(s) intervenção(ões) a implementar eram iguais. Tomemos como exemplo os trabalhos efetuados por um dos grupos relativo a *auto cuidado posicionar-se* e, por outro grupo, relativo a *úlceras de pressão*, e que foi tema de um dos momentos de debate efetuados.

O debate transpõe então os pequenos grupos e alarga-se a toda a equipa possibilitando: aos que já discutiram o assunto, expor argumentos maturados; aos que refletem a partir da reflexão exposta, questionar e ripostar os argumentos.

A intenção dos enfermeiros face a uma condição de dependência para o autocuidado posicionar-se traduzia-se como semelhante face à condição de probabilidade de ocorrência de úlceras de pressão. O que estaria adequado? Os conceitos embora aparentemente distintos estariam tão próximos que se sobrepunham na ação? Ou o que se sobrepunha era apenas a intenção que orienta a ação?

Tomemos o exemplo:

**TABELA 10 – DIFERENTES FOCOS DE ATENÇÃO DE ENFERMAGEM INTENÇÕES SEMELHANTES FACE AOS CUIDADOS**

<b>Auto cuidado posicionar-se</b>		
<i>Diagnóstico</i>	<i>Objetivos/Critérios de resultado</i>	<i>Intervenções</i>
Posicionar-se Dependente  <i>A pessoa não inicia nem completa as atividades sem ajuda de pessoas</i>  <i>A pessoa inicia mas não completa as atividades sem ajuda de pessoas</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir complicações da imobilidade</li> <li>• Prevenir lesões cutâneas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posicionar a pessoa alternando de decúbito.</li> <li>• Vigiar a pele</li> <li>• Massajar a pele</li> <li>• Colocar colchão anti escara</li> <li>• Colocar almofadas nas zonas de pressão</li> </ul>
<b>Úlcera de pressão</b>		
<i>Diagnóstico</i>	<i>Objetivos/Critérios de resultado</i>	<i>Intervenções</i>
<b>Risco de úlcera de pressão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assegurar a integridade do tegumento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar zona de pressão através de almofada</li> <li>• Massajar partes do corpo</li> <li>• Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala de Braden</li> <li>• Posicionar pessoa</li> <li>• Providenciar equipamento para alívio de pressão</li> <li>• Providenciar colchão anti-úlcera de pressão</li> <li>• Aplicar colchão anti-úlcera de pressão</li> <li>• Vigiar sinais de úlcera de pressão</li> </ul>

O exemplo utilizado para análise pretende elucidar a inquietação provocada, entre os participantes, dado que reconheciam nas áreas abordadas diferenças que distinguiriam os resultados a obter; verifica-se também que na documentação realizada, frequentemente, se identificavam ambos os diagnósticos face ao mesmo cliente, uma vez que existiam evidências que justificavam ambos.

Esta constatação gerou discussão entre os participantes e foi reveladora de dúvidas e da instabilidade dos processos habitualmente utilizados para a decisão clínica. Uma atitude tradutora da procura da decisão certa e da errada emergem no comentário:

“Então deixamos de identificar o auto cuidado posicionar-se dependente e identificamos só o risco de úlcera de pressão?”

Reunião do grupo, Momento 1, Mar. 2009

Os modelos que enformam a decisão clínica revelam-se na instabilidade resultante da possibilidade de decisão de diferentes modos, e da constatação das diferentes perspetivas face às necessidades dos clientes em cuidados de enfermagem.

A discussão promotora da reflexão centra-se na definição de qual o foco de atenção a considerar. O resultado da decisão clínica e a sua conseqüente documentação relevam para a obtenção de informação válida passível de se traduzir em indicadores de enfermagem.

O diagnóstico de enfermagem pode basear-se sobre um foco ou sobre uma dimensão (ISO, 2003). As perspetivas concetuais derivam entre os enfermeiros, pois face a um cliente em que as evidências conduzem ao diagnóstico de enfermagem “Posicionar-se dependente”, a decisão pode centrar-se no foco orientando para uma ação de enfermagem de substituição do cliente, na ótica da prevenção das complicações, ou pode basear-se na dimensão relativa ao conhecimento e às capacidades do cliente para lidar com os aspetos a modificar face ao seu autocuidado.

O grupo deixa expresso algumas áreas onde a ambivalência se sobrepõe, áreas estas, que se enquadram naquelas que mais frequentemente foram documentadas pelos enfermeiros. Similar esquema de pensamento orienta a decisão quando o enfermeiro identifica a presença de *paresia* que relaciona de modo inequívoco com a dependência para o *autocuidado higiene* ou a mesma dependência se evidenciará quando o cliente manifesta sinais acentuados de *dispneia*.

A necessidade de clarificação concetual de qual o foco de atenção torna-se fundamental para a produção de informação válida e fiável que possibilite a tradução em indicadores. Caso contrário, incorre-se no risco da documentação se tornar um meio de armazenamento de informação com carácter de utilidade legal mas sem qualquer carácter de utilidade para a gestão da qualidade.

A análise e reflexão em grupo permitem o confronto individual de cada profissional com as suas competências face à tomada de decisão clínica em enfermagem e ao que a documentação, informação válida, expressava dessa mesma decisão. Face às diferentes perspectivas e modos de decidir procuram-se pontos de suporte que permitiriam a cada um, reorganizar-se no “género” coletivo do serviço.

A resposta à questão identificada no grupo encontrou resposta no próprio grupo a partir de discussões e reflexões, em cenários de imprevisibilidade onde cada um, individualmente, iniciou um processo de reconstrução dos seus esquemas operatórios, ancorado nos suportes que o coletivo proporciona.

A disposição para agir é uma relação construída (Le Boterf, 2005). Os profissionais implementam ações a partir de esquemas operatórios que integram diferentes elementos e que possibilitam a mobilização de combinatórias apropriadas de recursos. E desse modo, a capacidade para o agir profissional constrói-se de modo singular, por cada um dos profissionais, numa integração de distintos elementos e não da sua justaposição.

As competências profissionais constroem-se a partir das experiências e das aquisições de cada um mas também em função das orientações que provêm da cultura profissional do meio a que pertencem.

Le Boterf refere os trabalhos de Yves Clot (1999) que distingue o “estilo” pessoal de competência que se constrói em relação a um “género” coletivo, entendendo-se este como *“o conjunto das maneiras de pensar e de agir que são próprias de um meio profissional”* e que *“designa as que são convencionadas, deslocadas, toleradas ou valorizadas”* (Le Boterf, 2005, p. 44).

Considera-se então que o conjunto de atividades desenvolvidas pelos profissionais são atividades pré-organizadas que conferem autoridade ao agir nesse meio profissional e, é na relação e em referência a esse meio coletivo, que o indivíduo organiza a sua ação, não se isolando na elaboração da sua competência.

Até este momento, o trabalho realizado nos subgrupos e o debate que lhe seguiu no grupo alargado, teve como objetivo permitir aos participantes explorar formas de problematizar para se encontrarem estratégias de resolução de problemas.

A melhoria contínua da qualidade origina uma reconfiguração de competências profissionais. Se por um lado, as competências se reconhecem como construções singulares onde cada profissional põe em prática a sua própria maneira de atuar; por outro lado, as referências profissionais coletivas proporcionam a cada sujeito a possibilidade de construir com segurança e pertinência a sua própria “maneira de agir”.

Ao estimular o debate em grupo pretende-se desenvolver uma aprendizagem contextualizada, em que os momentos de “*debriefing*” permitam a análise e a evolução dos conhecimentos e dos esquemas operatórios, permitindo ainda, uma aprendizagem coletiva de cooperação, tornando os membros do grupo com capacidade para atuar em rede (Le Boterf, 2005).

#### 4.1.5.2. RELEVÂNCIA DOS DADOS E INTEGRIDADE REFERENCIAL

Os dados necessários e pertinentes para a identificação dos diagnósticos; e a intencionalidade impressa na ação revelava alguma confusão. Tomemos os exemplos apontados – “*a afasia e a comunicação alterada. Identificam-se os dois? Só um deles?*”

A afasia enquanto defeito ou ausência da função da linguagem para usar e compreender as palavras (ICN, 2005) representa um foco de atenção da prática clínica dos enfermeiros. Sendo uma condição decorrente de uma alteração neurológica, representava no primeiro momento de análise à documentação, aproximadamente 1% na frequência dos focos de atenção utilizados pelos enfermeiros. A comunicação, enquanto foco de atenção, não constava dos focos usados pelos enfermeiros para descrever as necessidades em cuidados.

Os dados utilizados na identificação do diagnóstico - afasia - permitiam com rigor a identificação do diagnóstico. No entanto, a intenção plasmada nas intervenções de enfermagem centrava-se em facilitar a comunicação, não proporcionando qualquer resultado sobre a afasia.

A ação dos enfermeiros não se direcionava à resolução ou melhoria daquela condição mas antes, orientava-se para a adaptação do cliente àquele estado, numa intenção de procurar estratégias que facilitassem a comunicação. Os resultados potenciais para esta situação estavam focalizados na comunicação, e não, na condição que conduziu à sua alteração.

Pelos padrões desenvolvidos pelos enfermeiros ao longo do tempo, a afasia representa um foco de atenção dos enfermeiros e, paralelamente reporta um conjunto de dados que se apresentam como fatores que concorrem para um compromisso na comunicação. O pretexto gerador de dúvidas no interior da equipa, e que é apresentado como algo inerente ao processo de documentação, não se vincula à exterioridade do processo de documentar, mas sim, aos processos internos de pensar e decidir. As dúvidas não se acentuam na relevância dos dados para a identificação dos diagnósticos, mas decorrem da intenção com que cada profissional aborda a situação clínica, orientada para o resultado que pretende obter.

Moorhead et al, (2010) descrevem os resultados de enfermagem como estados do cliente que após a intervenção de enfermagem tenham por esta sido influenciados, ou seja, modificações no estado do cliente atribuíveis à ação dos enfermeiros. No exemplo enunciado, as intervenções de enfermagem orientavam-se para a aquisição de estratégias que facilitassem a comunicação, sem que se verificasse qualquer alteração aos fatores que contribuía para tal alteração.

Deste modo as dúvidas entre os enfermeiros incluía a relevância de integrar a informação relativa à afasia no plano de cuidados, enquanto problema que pressupõe uma solução, ou integrar esta informação na apreciação inicial que reúne dados relevantes para a abordagem ao cliente e que se considera um repositório de informação útil para os enfermeiros.

Outros exemplos foram de igual modo apontados. A identificação de diagnósticos de enfermagem construídos a partir de dados que se constituem como fatores concorrentes para outros diagnósticos de enfermagem, tais como os dados que permitiam identificar a *audição alterada* ou a *visão alterada*, cuja intenção dos cuidados se centrava, respetivamente, em facilitar a comunicação ou prevenir quedas como se depreende a partir do quadro:



**TABELA 10 – INTEGRIDADE REFERENCIAL ENTRE OS ITENS DE INFORMAÇÃO DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Diagnóstico de enfermagem	Intervenção de enfermagem
<i>Afasia</i>	Gerir a comunicação Otimizar a comunicação
<i>Audição alterada</i>	Otimizar a comunicação
<i>Disartria</i>	Gerir comunicação Otimizar a comunicação
<i>Visão alterada</i>	Orientar a pessoa no ambiente Ensinar precauções de segurança

No sistema de informação em uso no serviço os resultados atribuíveis às intervenções de enfermagem inferem-se a partir da modificação no estado de um diagnóstico de enfermagem, num determinado período de tempo. A intencionalidade infere-se a partir das intervenções mas não fica expressa na documentação. Uma vez que os conteúdos que integram o sistema de informação não têm sido submetidos a atualizações, poder-se-ia afirmar que estas, como outras áreas, necessitariam de um processo de reestruturação que (1) integrasse maior rigor na integridade referencial e (2) expressasse a intencionalidade inerente à decisão clínica.

A integridade referencial é entendida como “*a relação adequada e portadora de sentido entre dados de diferentes campos de informação: e.g. diagnóstico de enfermagem/intervenção de enfermagem*” (Silva, 2006, p. 75). O desenvolvimento da enfermagem na sua vertente de investigação e a reflexão em torno da melhoria dos processos de tomada de decisão clínica proporcionaram perspetivas de conceção com diferenças, face aos conteúdos expostos e pré-definidos no sistema de informação.

“*Faz-nos falta que o diagnóstico afasia não conste do plano de cuidados... a comunicação pode estar alterada por outras razões...e se soubermos, quando chegamos junto do doente temos uma abordagem mais adequada.*”

Notas de campo, março 2009

O repositório de informação preferencial dos enfermeiros circunscreve-se ao espaço que reúne os diagnósticos de enfermagem identificados. Ora, a ausência de focos de atenção que se apresentam como tradutores de dados que representam fatores que concorrem para a evidência de outros diagnósticos de enfermagem, removia do quadro documental

preferencialmente, usado pelos enfermeiros, informação que estes consideram como relevante.

Os recursos e esquemas operatórios habitualmente usados pelos enfermeiros confrontavam-se com algo que se apresentava como diferente? Significaria tal constatação, modificações conducentes a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem com base nos resultados?

O sistema de documentação de enfermagem integra um espaço que contempla a informação relativa a apreciação/avaliação inicial, onde ficam reunidos “*dados que permitem inferir a identificação dos diagnósticos de enfermagem e dados que podem afetar o modo de planear ou implementar as intervenções de enfermagem*” (Silva, 2006, p.101). No entanto, o espaço, no sistema de informação, dedicado aos dados de apreciação inicial apresenta uma relevância e utilidade limitadas para os enfermeiros. A informação constante desse espaço era utilizada pelo enfermeiro que a solicitava, deixando-a desse modo documentada, dando também resposta às orientações do serviço.

Deste modo, os enfermeiros centravam o seu repositório de informação preferencial no conjunto de diagnósticos de enfermagem identificados para cada cliente, onde integravam as áreas que não sendo modificáveis pela ação da enfermagem lhes permitia aceder a um conjunto de informação relevante para a compreensão da situação clínica. A necessidade em documentar diagnósticos de enfermagem tradutores de condição do cliente emerge, de um modelo concetual centrado numa orientação para a gestão de sinais e sintomas? Ou constando do conjunto de diagnósticos de enfermagem facilita o acesso rápido a informação relevante?

||| “*Surgem muitas dúvidas na identificação dos diagnósticos... Por exemplo uns identificam ortopneia outros já identificam dispneia funcional*”  
Notas de campo, março 2009

De entre os focos de atenção mais frequentes, o diagnóstico de enfermagem *Ortopneia* representava uma área de atenção recorrente nos clientes do serviço de medicina, de igual modo, o diagnóstico de enfermagem *Dispneia funcional* representava também relevância significativa na frequência dos focos de atenção mais utilizados para descrever as necessidades em cuidados dos clientes. Após a revisão dos processos de tomada de decisão clínica e da reconfiguração de alguns procedimentos que revelassem maior grau de rigor

no reconhecimento dos dados para a identificação dos diagnósticos, ambas as situações continuam a ser identificadas como anteriormente ocorria. No entanto, os aspetos geradores de dúvidas centram-se na atribuição de significado aos dados/evidências observados pelos enfermeiros que gerava interpretações que conduziam a diferentes diagnósticos mesmo que num grau de proximidade elevado como o exemplo apontado na expressão acima.

A forma de “*como mudar*” passa necessariamente pelo desenvolvimento das pessoas, pela capacidade que elas têm e querem disponibilizar para compreender e internalizar os valores da mudança (Senge et al, 1999). Da reflexão em torno do modo como cada enfermeiro decide, da reflexão em torno dos dados relevantes para a identificação dos diagnósticos, a ênfase atribuída ao rigor dos dados, a pertinência entre dados que se podem apresentar como semelhantes quando podem ser perspetivados de formas distintas, criou entre alguns enfermeiros o “desconforto” de estar a decidir algo que outros enfermeiros poderiam interpretar de modo diferente.

O que adjetivamos por “desconforto” poderia também, entender-se como uma preferência dos profissionais pela manutenção dos processos habitualmente utilizados, e que por isso, não geram dúvidas. No entanto, face aos aspetos a melhorar, a justaposição entre aquilo que se obtém e o que se pretende obter, gera uma tensão criativa (Senge, 1990) cuja tendência é a procura da solução.

Senge (1990) refere-se ao domínio pessoal como uma disciplina que integra a aprendizagem organizacional. O domínio pessoal ou capacidade individual é a aptidão fundamental para que uma pessoa possa ampliar os seus recursos internos e encare os desafios numa perspetiva criativa e não reativa, o que implica uma aprendizagem significativa e não apenas aquisição de informação.

#### 4.1.5.3. ACRESCENTAR VALOR NA PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

As áreas de atenção de enfermagem que se constituíram como pretexto para um programa de melhoria contínua da qualidade apontam para indicadores de resultado centrados nas modificações positivas sensíveis aos cuidados de enfermagem relativas ao autocuidado e à preparação do regresso a casa dos clientes e/ou membros da família prestadores de

cuidados e os ganhos centrados na prevenção de complicações decorrentes da situação de doença.

Em algumas áreas, nomeadamente, as que estão numa proximidade marcada com o diagnóstico médico, a recontextualização do conhecimento não exige um evidente aprofundamento, o conhecimento que decorre da experiência profissional, criado a partir de situações inesperadas e complexas que exigem reconstrução desse conhecimento, permitem aos profissionais um grau aumentado de segurança face a essas áreas.

O mesmo não parece ocorrer quando se abordam os aspetos inerentes ao regresso a casa: à identificação do membro da família prestador de cuidados, à sua preparação e sobretudo, ao tempo e ao modo mais adequados para proceder a essa preparação.

A alusão a ações implementadas que não ficam expressas na documentação dos cuidados poderia orientar-nos para um défice de conhecimentos específicos na preparação do regresso a casa, e na sua sistematização, dado se apresentar como algo novo e diferente.

A preparação dos clientes e/ou dos seus prestadores de cuidados traduz-se numa realidade, relativamente recente, com o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, com tempos de internamento hospitalares mais curtos e com condições mais complexas dos clientes no seu regresso a casa e na adaptação a novas condições de saúde. A preparação do regresso a casa torna-se tradutora de algo que requer um processo de profissionalização, pois empiricamente se reconhece a existência de processos pouco sistematizados na abordagem desta área (Petronilho, 2007).

“*Nós fazemos os ensinamentos...mas é muita informação ao mesmo tempo. O prestador de cuidados chega, debitamos tudo e, a maior parte das vezes, nesse mesmo dia o doente vai para casa.*”

Reunião do grupo, Momento 1, Mar. 2009

A preparação do membro da família prestador de cuidados está imbuída por uma perspetiva centrada, quase exclusivamente, no fornecimento de informação relativa ao modo de providenciar os cuidados necessários à condição do cliente: como alimentar, como alimentar através de sonda nasogastrica, como prevenir a aspiração, como dar banho na cama, como colocar fralda, como prevenir a maceração, como executar exercícios musculó-articulares passivos, como aspirar secreções, como executar inaloterapia, como

gerir o regime medicamentoso, como transferir para cadeira, como posicionar, como prevenir as úlceras de pressão ou como prevenir a desidratação.

Não obstante a constatação de deficiências na identificação do membro da família prestador de cuidados e nos requisitos necessários para o desempenho desse papel, a ênfase do interesse da equipa centrava-se em melhorar a qualidade das intervenções de enfermagem. Como preparar melhor os membros da família prestadores de cuidados? Como “ensinar” melhor? Como garantir que o prestador de cuidados havia compreendido o que lhe fora explicado e estava de facto preparado?

Já se havia percebido que implementar todas as intervenções no mesmo turno não era concebível e nem mesmo adequado, no entanto, a realização das intervenções eram implementadas por diferentes elementos da equipa, nos diferentes turnos, resultando daqui a necessidade de aferir o que havia sido realizado e o que havia ainda a realizar, deste modo, e a partir da reflexão sobre a ação entendeu-se criar um instrumento que facilitasse essa informação, por via da validação dos critérios de resultado esperados para cada cliente. Numa fase inicial e para testar o interesse de tal informação, este foi efetuado em suporte de papel, onde constava a informação relativa aos critérios de resultado inerentes aos domínios consensualizados no âmbito do autocuidado. Apresenta-se de seguida um exemplo elucidativo e remetemos todo o documento para o anexo 7.

---

### **Alimentar-se**

---

<i>Conhecimento do PC sobre técnica de alimentação por SNG</i>	<i>Habilidades do PC para a técnica de alimentação por SNG</i>
Descreve a consistência dos alimentos para alimentar por SNG	Exemplifica a técnica de alimentação
Descreve os alimentos a utilizar relacionando com nutrientes essenciais	
Descreve a quantidade de água a administrar/dia	
Descreve o esquema alimentar diário	
Descreve a velocidade de administração	

---

A informação constante neste impresso permitia, após ter sido iniciado o processo de preparação do regresso a casa, perceber o que já havia sido realizado, os critérios de resultado obtidos e o que havia ainda para realizar ou melhorar. A partir daqui, criavam-se condições favoráveis à construção progressiva e permanente de representações partilhadas.

A utilização do impresso em suporte de papel apresentando-se como repositório de informação adicional contribuiu para uma ação congruente entre todos os membros da

equipa e permitiu inferir a necessidade de se ver documentado, estes conteúdos, no sistema de informação de apoio à prática de enfermagem.

Do total de casos clínicos em que este instrumento foi utilizado, em todos eles, se documentava a informação relativa à preparação do membro da família prestador de cuidados no que respeita a alimentar por sonda nasogástrica e a prevenir a aspiração, os restantes aspetos só pontualmente eram alvo de registo, continuando a integrar a documentação do sistema de informação de enfermagem.

Em resultado de uma leitura da realidade do contexto clínico, a equipa de enfermagem verificava com alguma regularidade a admissão de clientes, cujo motivo de internamento se relacionava com o diagnóstico médico de pneumonia por aspiração. A forma como decorria a preparação dos membros da família prestadores de cuidados – *“chega, debitamos tudo e às vezes nesse dia vai embora”* -, a identificação e os requisitos necessários ao membro da família que vai prestar cuidados – *“às vezes, a família ainda nem se entendeu”* -, faziam supor uma relação entre estas práticas e o evento gerador de episódios de internamento.

A ênfase atribuída a estas áreas de enfermagem confrontou o grupo com tal ocorrência e com o motivo gerador da mesma. As práticas inerentes à prevenção da aspiração, em clientes alimentados através de sonda nasogástrica, perspetivavam uma apresentação de conteúdo de conhecimento teórico, que fomentasse no prestador de cuidados, um leque de informação que lhe permitisse tomar decisões. Os cenários hipotéticos com que o prestador de cuidados tem de se confrontar no dia-a-dia face ao modo de proceder para alimentar por sonda nasogástrica e de prevenir a aspiração são diversos, o que requer uma compreensão da informação, de modo a que esta seja mobilizada, e não se centre exclusivamente, na replicação instrumental de alimentar por sonda nasogástrica.

Revela-se como pertinente, na preparação do membro da família prestador de cuidados, o desenvolvimento de competências relacionadas com um “ensinar” a decidir. Neste sentido, os aspetos relativos ao domínio de técnicas de procedimento capazes de poderem ser replicados através da observação, são tidos como base na preparação para o papel de prestador de cuidados. A estas, associam-se explicações adicionais que contribuem para aumentar a concretização das mesmas, numa orientação de comportamento certo ou comportamento errado, sem que a fundamentação que justifique esse comportamento se torne essencial na explicação fornecida.

O regresso a casa de clientes, em condições de saúde mais complexas, pressupõe que os prestadores de cuidados que deles ficarão responsáveis sejam detentores de um conhecimento que lhes permita lidar com a incerteza dos cenários possíveis. Daí que, os aspetos relativos à prevenção de complicações tomem proporções de dificuldade na preparação do membro da família prestador de cuidados.

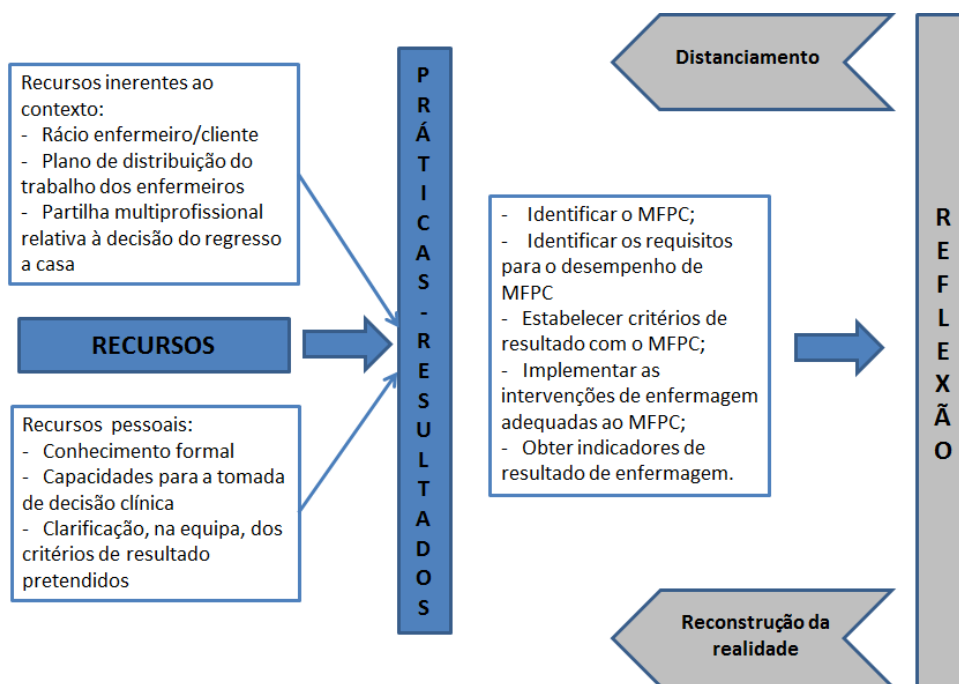
*“Há colegas que explicam, por exemplo, como proceder para verificar o posicionamento da sonda, outros limitam-se a dizer apenas como administrar. Isto cria insegurança nos prestadores de cuidados.”*

Reunião de grupo, Momento 1, Mar. 2009

As diferentes orientações dos enfermeiros que influenciam o modo de preparar o regresso a casa tomam visibilidade na reflexão em grupo, a descrição de critérios de resultado permitiu uma perspetiva de validação dos conhecimentos e das competências adquiridas pelos prestadores de cuidados. Não basta “ensinar”, é necessário validar o que foi adquirido, ou seja, não basta que os enfermeiros estejam preparados para “ensinar” é necessário que os prestadores de cuidados estejam disponíveis para escutar e integrar a informação.

A mudança capaz de gerar impulsos na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, face à preparação do regresso a casa orientava-se para melhorias centradas na ação, na identificação do membro da família prestador de cuidados e os recursos que este apresenta, no grau de envolvimento que manifesta, no rigor da transmissão da informação, na sistematização dos conteúdos abordados, na pertinência do adquirido pelos membros da família prestadores de cuidados, numa perspetiva de responsabilidade profissional pautada pela ideia de executar o melhor possível.

Dos aspetos inerentes à preparação do regresso a casa do membro da família prestador de cuidados e dado o carácter de pouca sistematização neste processo, considerando todas as variáveis que nele interferem, sintetizou-se, no momento prévio à implementação os aspetos que influenciam a mudança numa perspetiva de reconfiguração do conhecimento dos profissionais e que se apresenta na figura abaixo.



**FIGURA 9 – A RECONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS FACE À ABORDAGEM AO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

Senge et al (2000) refere que a mudança profunda que conduz efetivamente à melhoria significativa da qualidade requer investimento de tempo, energia e recursos.

## 4.2. A GESTÃO DA MUDANÇA

A reconstrução exige uma desconstrução das representações ou das conceções que o profissional possui, o que pode gerar sentimentos de insegurança e de incerteza. Já nos referimos em capítulo anterior, à relevância que os profissionais atribuem às normas coletivas, que lhes permitem construir com segurança e pertinência a sua própria maneira de agir.

Senge et al (1999) consideraram que o desenvolvimento de aprendizagem em organizações resulta de um ciclo de aprendizagem em que os membros desenvolvem habilidades e capacidades, que alteram o que podem fazer e compreender com base em novos pressupostos e perspetivas que se vão gerando no processo de desenvolvimento.

Os recursos humanos são fundamentais para que se processem melhorias significativas na qualidade dos serviços. No entanto, a melhoria contínua numa perspetiva de organização em aprendizagem, apresenta-se como *“um grupo social que aprende de forma contínua, o*



*que significa rever sempre os pontos de vista e estar pronto a mudar de direção, os seus membros interagem socialmente, questionam a realidade e negociam significados para desenvolver, em conjunto, serviços que agreguem valor para a comunidade.”* (Vasconcelos & Mascarenhas, 2007)

A melhoria da qualidade não se verifica exclusivamente pelo aumento do número efetivo de profissionais mas revela-se significativamente nos recursos individuais intrínsecos a cada profissional e a capacidade de interação para criar valor para (e com) os clientes.

Le Boterf (1995, 2010), Rebelo (1996) referem que as competências profissionais tradutoras de percurso de profissionalização decorrem da interseção de três campos que influenciam a ação: 1) intrínseco ao sujeito marcado pela história, pela biografia e singularidade de cada um; 2) inerente à profissão e ao percurso da formação e da experiência, de onde emergem e se constroem os modelos de ação; e 3) o que diz respeito à organização onde se materializam as experiências concretas de trabalho. Neste enquadramento, Le Boterf (2005) enfatiza os fatores que envolvem o desenvolvimento de competências por via respetivamente, de querer agir [intrínseco ao sujeito]; de saber agir [inerente à profissão/formação] e o poder agir [inerente à organização].

As competências profissionais resultantes da dinâmica colocada na ação derivam de três dimensões: (1) a dimensão dos recursos disponíveis como o conhecimento, as capacidades cognitivas, competências comportamentais, entre outras, que os profissionais mobilizam para agir; (2) a dimensão da ação e dos resultados que o profissional produz, ou seja, as práticas e o desempenho profissionais; e (3) a dimensão da reflexividade, ou seja, o distanciamento em relação às duas dimensões anteriores (Le Boterf, 2006).

A dimensão mais clássica é reconhecida nos recursos disponíveis que se apresentam de um modo duplo: recursos intrínsecos à pessoa e recursos disponíveis no contexto em que o profissional se insere, e a que este, pode recorrer quando necessário. A dimensão das práticas é vinculada pela exigência e imperativos de um desempenho profissional competente. A dimensão da reflexividade que pressupõe uma capacidade de distanciamento e que permite ao profissional *“marcar uma separação entre o próprio e as suas práticas, e entre o próprio, os recursos pessoais e os recursos exteriores disponíveis”* (Le Boterf, 2006, p. 63) não conduz a uma reprodução de como se agiu, mas antes, a uma reconstrução da realidade.

Os recursos pessoais e do contexto de ação que os profissionais mobilizam, influenciam e, de igual modo, tornam evidente uma prática profissional competente, com resultados em consonância com o mandato legal de cada profissão. Por outro lado, a capacidade de distanciamento, requerida pela reflexividade e que gera reconstrução nos modos de ação, influencia os recursos internos da pessoa e através do seu retorno reflexivo leva a repercussões nos resultados e práticas profissionais.

Em síntese, poderemos referir que os aspetos do domínio da ação referidos por Senge et al (1999), que integram e se enquadram na aprendizagem organizacional, poderão reconhecer-se como base onde se enquadram as competências referidas por Le Boterf (2006), que reconhecemos encontrar consonância com o perfil deste trabalho, a reflexão a partir da e para a ação, preconizado por Argyris & Schön (1982), que elucidamos no esquema seguinte:



ILUSTRAÇÃO 1 - EIXOS ESTRUTURANTES E COMPETÊNCIAS REQUERIDAS NA MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

As ideias norteadoras inerentes à melhoria contínua da qualidade estavam delineadas; a partir da informação produzida pelos enfermeiros tornavam-se claras as áreas de atuação que reportam maior grau de reflexão e, conseqüentemente, de melhorias. A inovação e infraestrutura que a melhoria contínua da qualidade requer, e que deriva dos recursos, nomeadamente, os recursos pessoais, enquanto competências intrínsecas a cada profissional desenvolviam-se a partir de exercícios de distanciamento que permitem o retorno reflexivo, e com este retorno encontrar o sentido da qualidade e os meios que suportam a direção a seguir. A forma que a mudança acarreta tem uma ligação estrita com os recursos pessoais dos profissionais e com todos os recursos do contexto que estes mobilizam para agir com competência, evidenciando-se desse modo, nos resultados das

práticas profissionais. Reuniam-se as estruturas para se dar início à fase de implementação do ciclo de investigação-ação.

#### 4.2.1. CONTINGÊNCIAS DURANTE O PROCESSO DE MUDANÇA

A investigação-ação é um método que assenta num paradigma de mudança, no decorrer deste estudo e a partir da reflexão sobre a ação a partir dos modelos de ação de tipo II (Argyris & Schön, 1982) foram sendo criadas as condições para se operarem modificações integradoras de um programa de melhoria contínua da qualidade. Como a investigação decorre no contexto de uma organização que se estrutura num sistema aberto, que influencia mas que também é influenciado, podem emergir conjunturas e variáveis que condicionam o normal processo da investigação-ação. Deste modo, podemos afirmar a ocorrência de aspetos que condicionaram a mudança:

- Alargamento do número de camas enquanto medida da Instituição para responder às especificidades decorrentes da infeção pelo vírus H1N1;
- Integração de novos elementos na equipa;
- Proatividade da equipa de gestão de altas face às situações de doentes a requerer tratamento de cuidados clínicos de reabilitação;
- Envolvimento de elementos adicionais à equipa que se revelaram facilitadores do processo de melhoria contínua.

O início do ano de 2009 foi de grande complexidade para as organizações de saúde, dado o aparecimento do vírus H1N1, que exigiu por parte de todas as instituições do país e em particular, as instituições de saúde, medidas de prevenção e controlo da contaminação por esse vírus e que teve repercussões específicas naquele contexto.

Como já referimos anteriormente, o serviço de Medicina 1 onde decorreu o estudo foi designado responsável por receber os doentes com diagnóstico médico de gripe A ou com sinais e sintomas que indicassem a sua probabilidade. Assim, o serviço estendeu-se a mais uma ala com doze camas, o que requereu a admissão de novos elementos (oito novos elementos) para a equipa de enfermagem. Dadas as circunstâncias particulares do momento, a integração destes elementos com pouca ou nenhuma experiência profissional, teve de ser efetuada num curto e rápido período de tempo.

Este tópico introduziu-se no programa de melhoria contínua de modo inesperado, e foi coincidente com a fase prévia à implementação, numa fase de planeamento pelo que estes elementos foram também integrados nos pequenos grupos de trabalho e participaram já na última reunião prévia à implementação. Foi realizada uma sessão de formação orientada pelo investigador com o objetivo de elucidar estes enfermeiros com o modelo de organização da informação no sistema de documentação de enfermagem, considerando os aspetos conducentes à produção de informação válida e os princípios orientadores inerentes à utilização de linguagem classificada requerida pelo sistema.

Em simultâneo a estas circunstâncias, a equipa de gestão de altas, na qual se incluía um médico do serviço, adquiriu face aos princípios orientadores da rede nacional de cuidados continuados integrados, e naquele contexto, um carácter proactivo face aos clientes em condições de dependência mas com critérios para integrarem um programa de reabilitação no contexto das unidades de convalescença.

Nas fases de planeamento e implementação da investigação, a presença de elementos, que sendo enfermeiros, participavam na ação do serviço enquanto estudantes de formação pós-graduada e que desenvolviam os seus projetos de estágio, assumiu um carácter de particular relevância. Ambos os estudantes tomaram como referência para o seu estágio a preparação do regresso a casa centrada no membro da família prestador de cuidados. O interesse destes enfermeiros, em simultâneo com o que de novo se apresentava à equipa enquanto pretexto de melhoria contínua assumiu contornos de relevância para a concretização de aspetos inerentes às opções estratégicas definidas.

#### 4.2.2. PERSPETIVAS NA CONSTRUÇÃO DA MUDANÇA

A implementação que se inicia após a fase de planeamento e que decorreu entre março e julho de 2009, apresenta-se como um período onde o investigador, apesar de se encontrar no contexto, não tem um papel ativo mas de facilitador e orientador na reflexão simultânea à implementação (Streubert & Carpenter, 2002).

O processo inerente à melhoria contínua da qualidade baseado em informação válida orientou-se pela revisão dos processos de decisão clínica em enfermagem, contribuindo para a realização de modificações que fomentassem maior rigor na documentação

processada e que em simultâneo expressasse uma orientação concetual de enfermagem focalizada nas respostas humanas à transição.

#### 4.2.2.1. RELEVÂNCIA DOS DADOS E DA INFORMAÇÃO

A reestruturação dos processos de decisão clínica centrou-se nas modificações face à pertinência dos dados necessários para a identificação do diagnóstico, na ponderação relativa à intencionalidade inerente aos cuidados, no rigor da integridade referencial entre os diferentes itens de informação, o que provocou na equipa algum grau de incerteza que se tornava elemento desestabilizador da dinâmica da ação.

“*Está uma grande confusão... enquanto não estiver tudo “protocolado”...é melhor fazermos como fazíamos...* (N2).

“*Parece que antes, estávamos, mais de acordo uns com os outros*”(N4).

Notas de campo, Maio 2009

Silva (2011) refere que os enfermeiros tomam decisões a partir da interpretação e análise dos dados que em comparação com informação armazenada permitem fazer inferências que conduzem a hipóteses diagnósticas. Este processo desenvolve-se através da designada memória de trabalho que dado possuir uma capacidade de armazenamento limitada, se organiza na designada memória de longo prazo.

O recurso à memória de longo prazo acontece sempre que se reconhecem padrões de acontecimentos semelhantes que permitem aos enfermeiros, a partir dos dados inferir um conjunto de hipóteses face às necessidades em cuidados de enfermagem que o cliente possa vir a apresentar. Com base neste processo de pensamento os enfermeiros aumentam o seu reportório de experiências que lhes permitem desenvolver competências e capacidades profissionais.

As experiências, por si mesmas, não criam aprendizagem, pois só se aprende quando se é capaz de refletir sobre a ação experienciada, e refletir, traduz um esforço intencional de procurar explicar conexões entre as ações e os consequentes resultados (Antonello, 2006). A desestabilização reconhecida em muitos elementos da equipa resultava da insegurança face a cenários que exigiam um conhecimento e a obtenção de dados que careciam de tempo para serem integrados nos repositórios da memória de longo prazo.

Se os meios utilizados para a decisão clínica se baseiam nos padrões retidos na memória de longo prazo, garantindo a existência de um padrão de decisão, mesmo não sendo alvo de reflexão e, por isso de aprendizagem, concretizava as exigências do contexto organizacional, onde os profissionais se “protegem” por premissas inquestionáveis cuja validade se torna frágil a partir dos argumentos utilizados e que Argyris (2005) designa como raciocínio defensivo.

A introdução de conceitos que exigiam uma reestruturação dos processos de decisão clínica apresentava-se como complexa, e tendencialmente desmotivadora de muitos dos membros da equipa, não se generalizando no entanto, ao grupo coletivamente.

||| *“Na identificação dos diagnósticos.... vem um e põe uma coisa depois outro  
chega e já não concorda e muda... (N3).*

Notas de campo, Maio 2009

As dúvidas já identificadas na fase de planeamento e estabilização do processo de investigação-ação e entendidas, nessa fase, como naturais e intrínsecas à própria mudança manifestam-se de igual modo na fase em que já decorre a implementação. Sabemos que a investigação-ação que conduza a transformações no contexto de ação, embora incorporada num desenho linear de fases subsequentes, confronta-se com retrocessos e avanços que integram em si a mudança.

A melhoria contínua passa necessariamente pela aprendizagem e pela reflexão a partir da ação, de modo a que se incorpore novo conhecimento, que por vezes não sendo de todo novo, se apresente reconfigurado. As dúvidas e incertezas que decorrem de processos de mudança, mais do que sintomas de resistência podem ser entendidas como forças que entram em ação quando se identificam incoerências entre o que se pretende atingir e aquilo que se constata. Representa o que Senge (1990) designa por tensão criativa e que é primordial para os processos de transformação que ocorrem no domínio pessoal de cada membro do grupo, e do mesmo modo, quando uma nova perspetiva é partilhada entre todos os membros do grupo e se verificam divergências.

A partilha entre os elementos do grupo, das dificuldades ou dos aspetos adquiridos com a mudança, permite uma aprendizagem em grupo promotora da incorporação de novo conhecimento e permite captar sinergias que conduzam à internalização desse mesmo conhecimento.

A gestão da mudança nos processos da ação quotidiana dos enfermeiros ressaltava no que se atribuía aos processos de decisão clínica e consequente documentação, numa perspetiva que se traduzia mais em comportamentos centrados em problemas/dificuldades do que em comportamentos centrados em soluções.

#### 4.2.2.2. ORIENTAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO

A rede nacional de cuidados continuados integrados introduziu no mapa organizacional da saúde novas perspetivas e consequências. Decorrente do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, surgiram novas necessidades de saúde e sociais que requeriam novas respostas. O aumento gradual do número de camas disponíveis e uma proatividade da equipa de gestão de altas neste contexto clínico, tornou possível a transferência dos doentes, particularmente os que requeriam cuidados de reabilitação, para unidades de convalescença.

A conjuntura proporcionou oportunidade para que um elevado número de clientes acesse a essa tipologia de serviço clínico. Neste contexto, o desenvolvimento com os clientes, de estratégias potenciadoras da recuperação da autonomia nas diferentes ações de autocuidado, apresenta-se como pouco motivadora, numa assunção de que “para fazer pouco é preferível nada fazer”.

A orientação dos cuidados centra-se então, num sistema parcialmente compensatório, permitindo ao cliente desempenhar as atividades para as quais, este revela capacidade e substituindo-o nos aspetos a que não consegue dar resposta, sem que desta relação de cuidados se infira uma intenção de promoção da autonomia.

“Os doentes que estão à espera para ir para os cuidados continuados muitas vezes até são ajudados pelos auxiliares com a nossa supervisão. Temos muitos doentes a necessitar muito mais de nós, porque requerem mais vigilância dado estarem muito instáveis”(N5).

Notas de campo, março 2009

A reorganização dos serviços de saúde provocou modificações significativas em alguns contextos, nomeadamente, a redução substancial de dias de internamento dos clientes com

potencial de recuperação da autonomia; por outro lado, um menor tempo de contacto com o cliente poderá ter fomentado algum grau de desmotivação para a obtenção de resultados de enfermagem centrados na reconstrução da autonomia.

“*Os autocuidados são áreas muito importantes*”, foi uma expressão repetida no início do percurso de investigação e orientadora para a identificação de oportunidades de desenvolvimento, nesta fase a expressão poderia representar o quê? A relevância arraigada em modelos orientados para a substituição dos clientes? E não em modelos orientados para a reconstrução da autonomia.

A reflexão do grupo deriva para diferentes explicações que vão de encontro com os modelos que influenciam a ação. Um modelo de orientação dos cuidados de enfermagem voltado para a gestão de sinais e sintomas interfere com a perspetiva e a intencionalidade face ao défice no autocuidado. Os modelos que influenciam o modo como enfrentamos as situações do quotidiano, e que partem de imagens e generalizações demasiado internalizadas, são ativos e moldam o nosso modo de agir.

Dos trabalhos realizados em grupo foi notório perceber que os dados utilizados pelos enfermeiros face ao juízo de dependência para o autocuidado, nos domínios mais frequentemente identificados - alimentar-se; autocuidado higiene; autocuidado uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se – se baseavam, essencialmente, em condições que concorriam para a dependência como são exemplo a parésia ou a alteração de consciência e não nos dados que permitem definir efetivamente o grau dessa dependência.

A atribuição de significado às evidências identificadas pelos enfermeiros tinha uma abordagem que se orientava para a prevenção de complicações decorrentes da condição de dependência e que não se centrava nas evidências que orientam a ação dos enfermeiros para a promoção da autonomia.

A perspetiva centrada na deteção precoce de agravamento e na prevenção de complicações apresenta um relevo dominante, aspeto que foi motivo de reflexão. Na fase inicial dos trabalhos em grupo, no sentido de se proceder à reconfiguração do conhecimento, discutiam-se quais os dados relevantes para a identificação do diagnóstico de enfermagem “Posicionar-se dependente” e o que de imediato se reconhecia como relevante era “*ter em conta a patologia*”. A continuidade do trabalho permitiu a discussão e reflexão face à relevância dos dados e os aspetos mais específicos que permitiam aumentar a precisão na



identificação dos diagnósticos foram integrados na sistematização que resultou da reflexão coletiva.

A resposta positiva para os clientes com potencial de recuperação acederem à rede de cuidados continuados tornou os aspetos inerentes a uma intencionalidade dos enfermeiros centrado na promoção da autonomia como de menor relevância. O tempo que mediava a transferência dos doentes para a unidade de convalescença respetiva, não era linear em resultado das vagas disponíveis, o que poderia significar a oportunidade para iniciar processos tendentes à promoção da independência.

“... é mais fácil dar de comer ao doente do que estar a ajudá-lo a utilizar equipamento adaptativo para comer, demora muito tempo” (N16).

Notas de campo, março 2009

A expressão ilustra algum grau de resistência face aos aspetos a mudar. Alterar modos que determinam uma ação profissional sistematizada em formas que introduzem novidade e diferença, quando se espera que o doente seja transferido para um contexto cuja atuação é diferenciada, reverte em favor da desmotivação face à mudança.

Com base no modelo de ação de tipo 1 (Argyris & Schön, 1982) as pessoas defendem os seus propósitos numa perspetiva de controlo unilateral, de modo, a não sentirem a sua competência colocada em causa. A reflexão individual e coletiva capaz de fazer emergir modelos enraizados pressupõe um processo lento e sucessivo de desconstrução e reconstrução.

#### 4.2.2.3. ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM FOCADA NO DESEMPENHO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS

“- Hoje vem cá a prestadora de cuidados do(a) senhor(a) x... tenho que fazer tudo? Os ensinamentos todos?”

Notas de campo [reunião de passagem de turno], Abril 2009

A identificação da necessidade de implicar um membro da família na prestação de cuidados decorre da condição do cliente, que se apresentará com elevado grau de dependência para o autocuidado, requerendo na maior parte dos casos, substituição total. Na iminência da decisão médica de alta clínica, a necessidade de identificar o membro da

família que assume a responsabilidade de prestar os cuidados adequados, torna-se óbvia. Deste modo, qualquer membro da equipa de enfermagem inicia o processo, transmitindo à família essa necessidade e espera que a família determine e nomeie esse membro. O que é congruente com o estudo de Petronilho (2007) que conclui ser o envolvimento da família na preparação do regresso a casa, resultado de iniciativas individuais dos enfermeiros, sendo, dessa forma, “*um processo ainda pouco sistematizado*” (p. 181).

Um evento gerador de modificações desta natureza provoca na família uma inesperada mudança para a qual, eventualmente, nenhum membro estará preparado. A natureza dos acontecimentos afeta a forma com a família se adapta, quando este evento tem um carácter antecipatório, a família tem oportunidade para se preparar, estabelecer estratégias, identificar recursos, quando o acontecimento é inesperado as famílias têm menos tempo para se reorganizar e preparar (Campos, 2008).

O reconhecimento da importância atribuída ao regresso a casa centra-se essencialmente, na preparação dos membros da família prestadores de cuidados, considerando os conhecimentos e capacidades para o desempenho do papel de prestador de cuidados. Deste modo, os enfermeiros colocam nas famílias a decisão de identificar quem será o membro prestador de cuidados, não antevendo qualquer necessidade de se colocarem como suporte para uma decisão familiar consentânea com os requisitos para esse desempenho.

As perspetivas concetuais e os resultados esperados para os clientes na decisão da alta clínica, entre os diferentes profissionais, remetem para cenários onde se evidencia a falta de comunicação e de decisão partilhada.

A reflexão em grupo, sobre a ação, e conseqüentemente, os resultados que destas derivam, permitiu o distanciamento necessário para se enunciarem um conjunto de aspetos apresentados como causas para a não obtenção de resultados significativos nesta área de atenção de enfermagem, na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento.

A capacidade de distanciamento que permite ao profissional “*marcar uma separação entre o próprio e as suas práticas, entre o próprio, os recursos pessoais e os recursos exteriores disponíveis*” (Le Boterf, 2006, p. 63), conduz a uma reprodução da ação que não traduz mais o modo como se agiu, mas antes, uma reconstrução da realidade.

A perceção pela equipa, da relevância desta área de atenção – o desempenho do papel de prestador de cuidados – para a disciplina de enfermagem, reconhecendo-se na ação a

necessidade de melhorias que tornem visível a qualidade pretendida, cria uma forte sinergia para o estabelecimento de objetivos comuns que fomentam uma aprendizagem coletiva, indutora de mais-valias para o desenvolvimento de competências profissionais.

A introdução de um elemento (enfermeiro) que realizou no serviço um estágio no âmbito da formação pós-graduada, cujo objetivo se centrou essencialmente na preparação do regresso a casa com o envolvimento do membro da família prestador de cuidados tornou-se, ainda na fase prévia à implementação, de particular interesse. A intervenção deste elemento externo à equipa permitiu compreender necessidades inerentes à organização do serviço, pois permitiu ensaiar um modo de proceder que facilitava a comunicação no seio da equipa de saúde.

Este enfermeiro por estar focalizado nas situações que requeriam ou indiciavam requerer o envolvimento de um membro da família prestador de cuidados, interagiu com a equipa médica no sentido de harmonizar intenções clínicas face aos clientes, iniciando de forma gradual a preparação da pessoa que iria assumir o papel de prestador de cuidados. Os períodos dedicados a preparar o membro da família prestador de cuidados eram realizados de forma planeada, com vários momentos de interação entre este enfermeiro e o prestador de cuidados. A atenção particular deste elemento à preparação do regresso a casa de pessoas que têm de lidar com o desempenho de um novo papel, numa fase em que a equipa discutia os aspetos relevantes para esta preparação tornou-se fonte de modelação e contribuiu para a identificação de um conjunto de critérios de resultado a obter na preparação do membro da família prestador de cuidados.

A presença deste elemento que antecedeu a fase de implementação deu contributos significativos que se centraram sobretudo, no teor dos conhecimentos necessários para o desempenho do papel de prestador de cuidados, na forma gradual que a aprendizagem destas competências requer e no planeamento oportuno das mesmas. Revelou-se também, nesse momento, que a existência de um elemento que perante a equipa multiprofissional se apresenta como **referência** favorece o planeamento do regresso a casa.

De uma lógica centrada em fornecer informação aos membros da família prestadores de cuidados acerca dos aspetos inerentes aos cuidados de uma pessoa com elevado grau de dependência para o autocuidado, começa a evoluir-se para uma lógica de identificação mais precoce, da necessidade do envolvimento do prestador de cuidados e da validação da informação facultada.

O recurso a um instrumento em papel que permitia a validação dos critérios de resultado a considerar para efeitos do conhecimento e aprendizagem de capacidades do membro da família prestador de cuidados, definido como opção estratégica e incluído no planeamento, permitiu durante a fase de implementação a sistematização da informação fornecida ao membro da família prestador de cuidados.

||| “*Nós temos noção de que gostaríamos de fazer melhor mas não temos tempo.*”  
||| (E20).  
|||

Notas de campo, junho 2009

O empenho dos profissionais exprimia-se no reconhecimento da preparação dos prestadores de cuidados mas oscilava na distância que medeia um nível de excelência e a realidade contextual.

Numa fase posterior do percurso de investigação surgiu a oportunidade de envolvimento de um outro elemento, também enfermeiro que se encontrava a desenvolver uma etapa da sua formação pós-graduada e que também se centrou na preparação do regresso a casa com o envolvimento de membros da família prestadores de cuidados e que de igual modo, se perspetivou como facilitador da aprendizagem da equipa neste domínio de competência profissional.

No entanto, nesta fase do desenvolvimento da investigação, a ênfase voltava-se para a identificação do prestador de cuidados e os requisitos necessários para o desempenho desse papel. O grupo evoluiu da reflexão em torno da sistematização do conteúdo do conhecimento necessário para o desempenho do papel de prestador de cuidados. À medida que as competências profissionais melhoravam a este nível evoluía-se para um outro nível de competências

||| “*Às vezes as famílias ainda nem se entenderam bem... ainda não decidiram como se vão organizar*” (N21).  
|||

Reunião de grupo, março 2009

O suporte à família, na decisão relativa à identificação do membro da família prestador de cuidados, apresenta-se aos enfermeiros como algo que ultrapassa a sua esfera profissional. Poderão, os enfermeiros, integrar estes aspetos no âmbito da sua competência?

A presença de um enfermeiro com estatuto de estudante a desenvolver o seu estágio em turnos específicos para o efeito, e que era também membro da equipa, permitia aos restantes membros enunciar dúvidas e incertezas que a proximidade facilitava. Era alguém que conhecia por dentro toda a dinâmica do contexto clínico e do processo de mudança em curso.

A identificação mais precoce do membro da família prestador de cuidados que começava a ser uma realidade adquire então uma nova perspetiva, o enfermeiro incluiu na sua decisão clínica aspetos que aumentavam a precisão do diagnóstico, como os recursos cognitivos, instrumentais e de decisão da pessoa que vai prestar cuidados, a disponibilidade revelada pelo membro da família para prestar cuidados, o envolvimento demonstrado face à complexidade da situação de cuidados, a identificação de fatores dificultadores na preparação do regresso a casa. Por outro lado, fornecia contributos na adequação das intervenções a implementar. Procedia à prescrição de um conjunto de intervenções que planeava ao longo de diferentes momentos, orientando a ação dos enfermeiros que davam continuidade aos cuidados. Tornava-se um elemento facilitador, na medida em que interpelava os colegas, orientava na decisão clínica, orientava no momento oportuno e adequado para a implementação de determinada intervenção. Revelava na ação uma perspetiva do enfermeiro face ao membro da família prestador de cuidados de quem está disposto a ensinar, se for o caso de o membro da família prestador de cuidados apresentar disponibilidade para aprender.

A perspetiva de abordagem face ao membro da família prestador de cuidados apresentou-se então, diferente da existente, reconhecendo-se como novo a atribuição de relevância a aspetos como a disponibilidade para aprender, o reconhecimento de significados face ao papel a desempenhar, o envolvimento ou a consciencialização.

Numa focalização muito orientada para dotar os membros da família dos conhecimentos e habilidades instrumentais para prestar os cuidados adequados, e do processo que decorre entre reflexão e ação, o grupo apresenta maior abertura e capacidade para perspetivar a introdução de novidade.

O primeiro contacto com os membros da família prestadores de cuidados não se centra tanto em ensinar mas em conhecer o membro da família prestador de cuidados e em reconhecer as suas capacidades, os fatores facilitadores e os dificultadores para o

desempenho do papel, permitindo a estas pessoas um espaço de partilha de dúvidas, de inquietações e de significados atribuídos ao evento.

|| “A prestadora de cuidados disse tantas coisas, queria falar ainda de mais coisas e eu fico sem saber o que é que interessa no meio daquilo tudo” (N22).  
Notas de campo, 2010

A expressão aponta para a disponibilidade apresentada pelos profissionais para introduzir novidade nas práticas, no entanto, esta mudança requer recursos pessoais e profissionais para os quais nem todos estarão preparados. O envolvimento de membros na equipa mais focalizados na identificação e preparação de membros da família prestadores de cuidados apresenta-se benéfica face aos contributos que daqui poderão emergir. Podemos mesmo afirmar que a existência de um membro da equipa de enfermagem, que se apresenta como **referência** para os clientes e simultaneamente, desenvolve com a equipa um trabalho conjunto no sentido da obtenção de modificações positivas no estado dos diagnósticos, promotoras de uma enfermagem com mais significado para os clientes, é inegável.

#### 4.3. SÍNTESE DO CAPÍTULO

Na investigação-ação o objetivo de aprender ao longo da ação permanece dominante (Sreubert & Carpenter, 2002). A análise e reflexão prévias ao planeamento e à implementação da ação permitiram a identificação de um conjunto de áreas relevantes para se constituir como pretexto gerador de modificações das práticas em torno do conceito de melhoria contínua da qualidade.

A decisão das estratégias a definir e o planeamento da ação convergem num mesmo sentido e sobrepõem-se entre si. Em síntese, podemos afirmar que as opções estratégicas se centraram essencialmente na revisão dos processos de decisão clínica mobilizados; na recontextualização do conhecimento formal de enfermagem; na revisão dos processos de documentação em uso; e na promoção da aprendizagem em grupo a partir da reflexão-ação.

As estratégias consideradas repercutem-se no planeamento estabelecido que se organizou do seguinte modo:

- Realização de um módulo de formação centrado nas teorias da tomada de decisão clínica;
- Divisão das áreas representativas dos indicadores para análise e discussão em pequenos grupos de trabalho (3-4 elementos), estabelecendo-se linhas orientadoras;
- Debate e reflexão em equipa de cada uma das áreas desenvolvidas pelos subgrupos a considerar para efeitos da obtenção de informação válida.

A fase de preparação prévia à implementação revela uma dinâmica particular, pois os momentos de reflexão sobre os aspetos identificados como oportunidades de desenvolvimento adquirem um carácter de intensidade face ao desempenho rotinizado dos profissionais. A reflexão que gera um distanciamento face à ação proporciona o reconhecimento de modos de agir que conduzem a mudança, ou pelo menos, à identificação da sua necessidade.

Na primeira parte deste capítulo referimo-nos às opções estratégicas e ao seu planeamento, os aspetos relativos à reconfiguração do conhecimento de enfermagem assumiu entre os profissionais diferentes estatutos, ora centrado nas bases teóricas que suportam a ação, ora, orientado para a sua aplicação prática. Tudo parecia apresentar relevância. Este facto interpretou-se como fator de motivação dos participantes e a perceção de que a qualidade se obtém a partir de bases de conhecimento mais consolidadas.

Deste interesse de toda a equipa, gerou-se a sistematização de conhecimentos a integrar na documentação enquanto forma de produção de informação válida que pudesse impulsionar a melhoria contínua da qualidade de enfermagem. Do resultado dos trabalhos em grupo, da aferição dos processos de decisão clínica – a relevância dos dados, a perspetiva centrada no foco ou na sua dimensão, o rigor do enunciado diagnóstico, os objetivos dos cuidados -, da organização de conteúdos estruturantes para a ação (anexo 6), convergimos para a fase de implementação.

A fase de gestão da mudança revela um dinamismo diferente da anterior, o que se apresenta como novidade tende à sua instalação e integração nas práticas. Os momentos de dúvidas são mais evidentes, a incerteza e o desconforto colocam-se como tónicas que repercutem efeitos negativos para a mudança.

Ao longo desta fase observaram-se várias tendências da natureza e do desenvolvimento da competência individual e coletiva, Le Boterf (2005) refere que a evolução testemunha a

necessidade de sistemas integrados que funcionam com equipas que se autorregulam para desenvolver uma eficácia coletiva, não se pretendendo segmentar as competências por indivíduo mas fazer uma construção coletiva.

Na fase de implementação da mudança constata-se elementos que interferem e influenciam a mudança, elementos inerentes ao contexto organizacional, elementos que decorrem de decisões institucionais, elementos que se enquadram como facilitadores da mudança – uns com efeitos mais negativos outros com repercussões positivas, determinam a mudança possível em coerência com um ciclo de investigação-ação.

A avaliação e identificação do que foi adquirido com o processo de mudança permite encerrar um ciclo de investigação-ação que abordamos no capítulo que se segue.

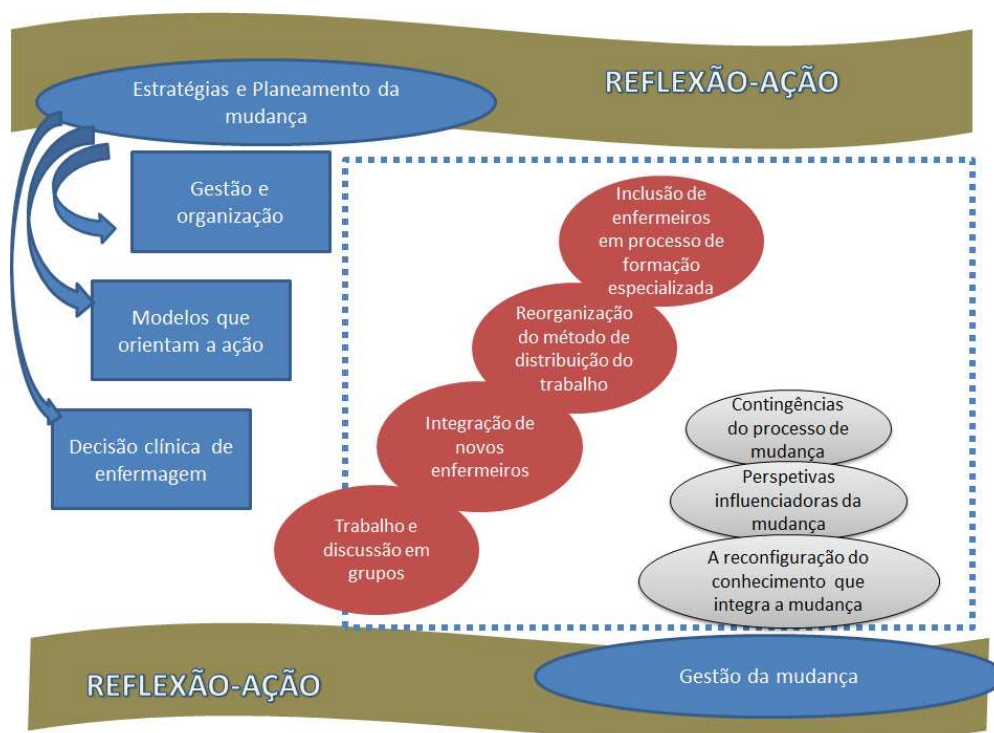


FIGURA 10 - ESQUEMA SÍNTESE DO CAPÍTULO

#### 4.4. REFERÊNCIAS

ANTONELLO, C. S. (2006). Aprendizagem na ação revisitada e sua relação com a noção de competência. *Comportamento organizacional e gestão*, 12, pp. 199-220.



- ARGYRIS, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- BANDMAN, E., & BANDMAN, B. (1995). *Critical thinking in nursing*. Norwalk: Appleton & Lange.
- BENNER, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- BOWERS, B. (1987). Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, pp. 20-31.
- CAMPOS, J. (2008). *Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - impacte da acção do enfermeiro no processo de transição*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde: [s.n.].
- CARNEVALI, D., & THOMAS, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- COLLIÈRE, M. F. (1999). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- GARCIA, T., & NOBREGA, M. L. (Jan - Mar de 2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Revista de enfermagem - Escola Anna Nery*, Vol. 13, pp. 188-193.
- HAMMER, M., & CHAMPY, J. (1994). *Reingenieria: Olvide lo que sabe sobre como debe funcionar una empresa !Casi todo esta errado!* (J. C. Nannetti, Trad.) Spain: Editorial Norma.
- HAMMOND, K. R. (1996). Upon reflection. *Thinking and reasoning*, Vol.2 (2/3), pp. 239-248.
- HENDERSON, V. (1991). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education : reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
- ICN. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- ISO/FDIS 18104 (2003). Health informatics – Integration reference terminology model for nursing *Internacional Standard*. Geneva: International Standard ISO.
- JESUS, É. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., & MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.

- LAURI, S., & SALANTERA, S. (1998). Decision-making models in different fields of nursing. *Research in nursing & health*, 21, pp. 443-452.
- LAURI, S., SALANTERA, S., BILD, H., CHALMERS, K., DUFY, M., KIM, H. S., MASON, D. (Abril de 1997). Public Health Nurses' Decision Making in Canada, Finland, Norway, and the United States. *Western Journal of Nursing Research*, Vol 19 (2), pp. 143-165.
- LE BOTERF, G. (Abril de 1995). Savoir agir et compétence collective. *Entreprises formation*.
- LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.
- LE BOTERF, G. (Junho de 2006). Avaliar a competência de um profissional. *Pessoal*, pp. 60-63.
- LE BOTERF, G. (2010). *Professionnaliser: Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. Paris: Editions Eyrolles.
- LUNNEY, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: Estudos de caso e análises*. (R. Marques, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- LUNNEY, M. (2009). *Critical thinking to achieve positive health outcomes: nursing case studies and analyses*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- MACHADO, N. (2004). *A evolução do exercício profissional de enfermagem 1940-2000 - Análise numa perspetiva histórica*. Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: [s.n.].
- McNIFF, J., & WHITEHEAD. (2009). *Doing and writing action research*. Thousand Oaks: SAGE.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M., & SWANSON, E. (2010). *Nursing outcomes classification*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- OREM, D. (1991). *Modelo de Orem: conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona: Masson.
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- PESUT, D. J., & HERMAN, J. (1999). *Clinicalreasoning: the art and science of critical and creative thinking*. London: Dermal Publishers.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- PORTUGAL. (2009). Decreto-lei n.º 248/2009. *Diário da República I Série*, n.º 184, pp. 6761-6765.
- REBELO, T. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: contributo para a análise das representações sociais de enfermagem*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa: [s.n.].
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.

- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (1999). *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New Iork: Random House, Inc.
- SENGE, P. (2006). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende* (22ª ed.). Rio de Janeiro: BestSeller.
- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (1999). *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New Iork: Random House, Inc.
- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (2000). *La danza del cambio: Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje*. Colombia: Editorial Norma, S.A.
- SILVA, A. P. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, M. A. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde: [s.n.].
- SOARES, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa.
- STREUBERT, H., & CARPENTER, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o imperativo humanista*, Lisboa: Lusociência. Lisboa: Lusociência.
- THOMPSON, C. (1999). A concept treadmill: the need for "middle ground" in clinical decision making theory in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), pp. 1222-1229.
- THOMPSON, Carl, & DOWDING, D. (2002). *Clinical decision making and judgement in nursing*. USA: Elsevier Health Sciences.
- TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
- VASCONCELOS, I., & MASCARENHAS, A. (2007). *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson Learning.
- YURA, H., & WALSH, M. B. (1967). *The nursing process*. Norwalk: Appleton-Century-Crofts.



## 5. IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRIDO

A perspetiva de um modelo de promoção da qualidade a partir da reflexão sobre informação válida constituiu-se como ponto de partida para este percurso de investigação.

A partir da informação produzida pelos enfermeiros iniciamos a identificação de oportunidades de desenvolvimento que se constituíssem como fatores influenciadores de mudança e de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A reflexão em torno da informação de enfermagem permitiu a identificação das áreas de enfermagem, que em consonância com as áreas que constituem o *core* da disciplina, se apresentam como aspetos passíveis de serem traduzidos em indicadores de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Das reuniões com o grupo de enfermeiros que se constituíram como material de análise de conteúdo, emergiram categorias de análise que se assumiram como aspetos orientadores do processo de mudança e que foram transversais a todas as fases do processo de investigação-ação. Os temas que emergiram correspondem a: gestão e organização do contexto clínico, exercício profissional de enfermagem, modelos orientadores da ação e tomada de decisão clínica em enfermagem. Com base nestes temas estabeleceram-se estratégias que fomentassem a mudança inerente ao processo de melhoria contínua da qualidade: 1) melhorar o processo de documentação de enfermagem; 2) modificar o método de distribuição do trabalho dos enfermeiros; 3) modificar modelos concetuais que influenciam e orientam a ação e 4) melhorar os processos de decisão clínica em enfermagem a partir da reconfiguração e recontextualização de conhecimento.

Na implementação da mudança decorrente das oportunidades de desenvolvimento assomam fatores que interferem no processo: dinâmicas organizacionais como a abertura de uma ala com mais doze camas, a integração de oito novos profissionais na equipa, o trabalho proactivo da equipa de gestão de altas para integrar os clientes com potencial de

recuperação da autonomia para o autocuidado em unidades de reabilitação, representaram contingências que condicionaram o processo de mudança.

Ao terminar um ciclo de investigação-ação, identificamos o que foi adquirido a partir desse ciclo, as diferenças poderão ser discretas, ténues ou pequenas, no entanto, já nada se apresentará do mesmo modo, a realidade modificou-se porque se modificou a representação dessa mesma realidade. Baseando-nos na ideia visual de que o processo de melhoria contínua da qualidade é consonante com uma espiral crescente, em que os intervenientes adquirem novo conhecimento, novas perspetivas, poderemos assumir que a perceção da realidade face àquela que se partilhava no início se apresenta, agora, reconfigurada.

Após a identificação de oportunidade de desenvolvimento, com base na perspetiva da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem baseada na reflexão a partir de informação válida, até à identificação do que foi adquirido a partir dessas oportunidades, um ciclo de investigação-ação se completou.

A qualidade em saúde resulta de várias dimensões e intervêm na sua obtenção uma variedade de múltiplos profissionais. O plano nacional de saúde 2004-2010 identificou no contexto da qualidade em saúde em Portugal, uma escassa cultura de qualidade, défices organizacionais, quase inexistência de informação válida e fiável que suporte as decisões estratégicas na saúde. A qualidade em saúde requer inovação e mudança que a conduza a níveis mais elevados de uma forma sustentada e perene. A introdução nos contextos organizacionais de medidas, que revelem melhoria da qualidade passível de ser monitorizada, é muitas vezes interpretada pelos profissionais como processos específicos de julgamento de competências profissionais. No contexto da saúde onde os serviços proporcionados decorrem na interação cliente e profissional de saúde, o caráter avaliativo e de julgamento integra o próprio ambiente profissional. Deste modo, a qualidade em saúde decorre da disseminação de uma cultura de melhoria contínua nos contextos clínicos.

Na atual realidade, os contextos de saúde detêm já, medidas que permitem uma avaliação efetiva da qualidade, como a avaliação da satisfação dos clientes, e a existência de um conjunto de indicadores relacionados sobretudo, com a estrutura e o processo.

Os trabalhos em desenvolvimento pelo departamento da qualidade em saúde orientam para a segurança do doente, a segurança da administração de medicamentos, a segurança

inerente aos procedimentos cirúrgicos, o controlo de infeções, a política de antibióticos, a notificação de incidentes e eventos adversos, a prevenção de úlceras de pressão, a prevenção de quedas e de lesões por queda, entre outros. A perspetiva da enfermagem coloca-se face a estas prioridades numa lógica orientada para a prevenção de complicações e de uma execução rigorosa de procedimentos.

O desenvolvimento de um modelo de gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir de informação válida traduzida em resultados, no âmbito de uma investigação-ação, permitiria uma confrontação com os níveis de qualidade percebidos pelos atores do contexto e iniciar-se-ia uma aproximação a níveis mais elevados da qualidade naquele contexto clínico.

As oportunidades de desenvolvimento foram identificadas a partir da documentação de enfermagem, e essencialmente, pela discrepância reconhecida entre os modelos expostos de enfermagem e os modelos em uso. As respostas humanas à transição apresentaram-se como pretexto de uma reconfiguração concetual e de conhecimentos que proporcionasse aos profissionais, aceder a um nível superior de recursos a mobilizar na ação, que fomentasse uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

A partir da informação válida produzida pelos enfermeiros foram estabelecidos, de acordo com o projeto de melhoria contínua do serviço, recorrer aos indicadores de resultado de enfermagem que serviram de ponto de partida para a reflexão sobre a ação e que foram consentâneos com as tipologias: *“frequência dos diagnósticos de enfermagem”*, *“indicadores orientados para a prevenção de complicações”* e *“indicadores orientados para as modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem”* de acordo com o estudo de Pereira (2007). Deste modo, partimos para um percurso de reflexão, reestruturação e mudança, suficientemente agregador, para conduzir à melhoria contínua da qualidade a partir de informação válida.

O processo de mudança decorre frequentemente da necessidade de melhorar ou corrigir algo, no entanto, pautando a perspetiva da melhoria contínua da qualidade, numa base construtivista, a correção como forma de obter modificações nos resultados não se apresenta consentânea com o pretendido, que se focou na estratégia de reflexão-ação a partir do modelo II de Argyris & Schön (1982).

A reflexão sobre e para a ação, que orientou e guiou todo o percurso, traduzia a perspetiva de oportunidade para a melhoria da qualidade a partir de informação válida produzida pelos enfermeiros. A informação utilizada para efeitos de avaliação do adquirido decorreu da documentação produzida entre abril e julho de 2009. Depois da análise à documentação procedeu-se a duas reuniões com os enfermeiros no sentido de se identificar o adquirido, que se orienta desde logo, para a identificação de novas oportunidades de desenvolvimento, estas reuniões decorreram entre fevereiro e março de 2010.

### 5.1. INFORMAÇÃO PRODUZIDA PELOS ENFERMEIROS

A documentação produzida pelos enfermeiros é de crucial importância para a obtenção da informação válida passível de se traduzir em indicadores de saúde. Referimos em capítulo anterior que a obtenção de modificações no estado dos diagnósticos decorre da comparação da identificação dos mesmos em pelo menos dois registos.

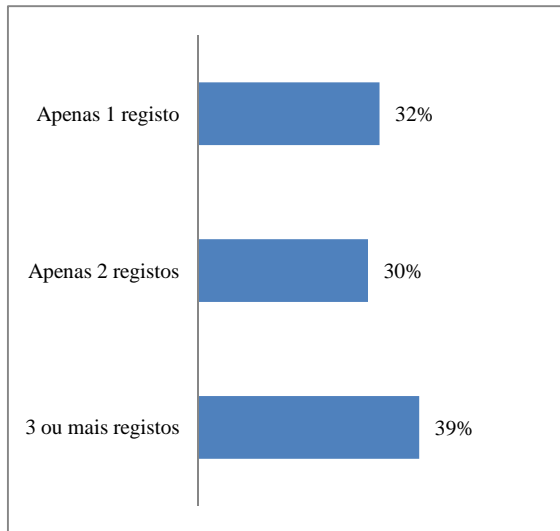
Na fase inicial da investigação este aspeto foi abordado com o grupo, reconheceram-se os eventuais fatores que conduziram à existência de apenas um registo dos diagnósticos de enfermagem e que inviabilizava a produção de indicadores. Enquanto opção estratégica foi considerada a relevância do rigor na documentação e estabelecido como norma procedimental, a documentação de pelo menos dois registos relativos a diagnósticos de enfermagem.

A evidência representada nos dados permitia-nos questionar o comportamento procedimental da documentação de enfermagem. No gráfico abaixo verifica-se um aumento significativo no número de episódios de internamento onde se efetuou apenas um registo de cada diagnóstico de enfermagem. Qual o motivo para se verificar um aumento tão significativo de episódios de internamento com apenas um registo de diagnósticos de enfermagem?

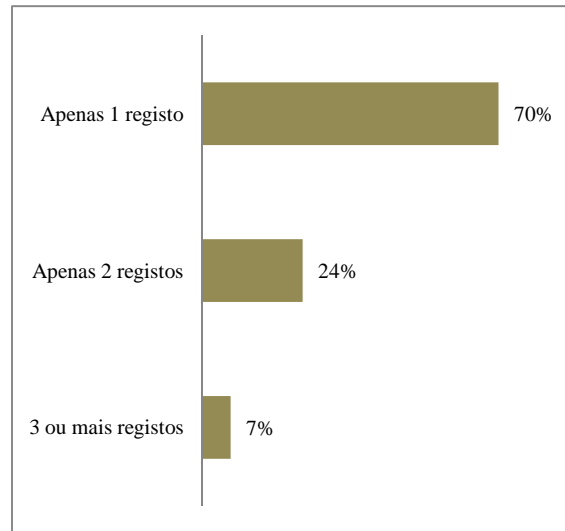
|| *Pode ter sido uma fase com elevado número de doentes internados (E21).*  
|| *Fazemos sempre os registos mas com a pressa podemos ter algumas falhas*  
|| *(E20).*

Reunião de grupo, Momento 2 – Mar. 2010





**GRÁFICO 10 - FREQUÊNCIA DOS REGISTOS RELATIVOS A DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CADA EPISÓDIO DE INTERNAMENTO - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 11 - FREQUÊNCIA DOS REGISTOS RELATIVOS A DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM CADA EPISÓDIO DE INTERNAMENTO - MOMENTO 2**

A natureza dos argumentos explicativos pode ser variável e com legitimidade equivalente. A análise que recai sobre a documentação efetuada num período de tempo já passado e já com alguma distância, permite conjeturas prováveis e os argumentos associados ao contexto organizacional tomam relevo.

A documentação dos cuidados de enfermagem assume-se como uma prática profissionalizada nos contextos de ação, tornando difícil a compreensão dos fatores que possam ter gerado o aumento do número de episódios de internamento com apenas um registro relativo a diagnósticos de enfermagem. À distância de um período de tempo superior a seis meses, as explicações integram aspetos inerentes a processos organizacionais que possam ter condicionado a ação dos enfermeiros. O procedimento relativo à documentação de enfermagem que incorpora a existência de pelo menos dois registros relativos aos diagnósticos de enfermagem em cada episódio de internamento, sendo aceite e compreendido como relevante pelos enfermeiros, pode não ser ainda um processo internalizado, como acontece, por exemplo, com o processo de documentar todas as intervenções que foram implementadas.

A dinâmica inerente ao contexto organizacional pode ajudar a compreender o número de episódios de internamento com apenas um registro, no entanto, os números relativos aos doentes internados durante cada um dos períodos em que se efetuou análise da documentação não permite pressupor a relação entre o aumento do número de episódios de internamento com um registro e um elevado número de doentes internados. O número de

doentes internados foi menor no período que corresponde à análise do momento 2, quando comparado com o momento 1, como se apresenta na tabela abaixo.

**TABELA 11 - COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO / NÚMEROS DE REGISTOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM REALIZADOS, NOS PERÍODOS DE TEMPO CONSIDERADOS PARA A REFLEXÃO A PARTIR DE INFORMAÇÃO VÁLIDA**

	MOMENTO 1	MOMENTO 2
	1 Jan. a 30 Abr. 2008	1 Mar a 30 Jun. 2009
<b>N.º de episódios de internamento ocorridos, no contexto clínico do estudo e no período em análise</b>	431	325
<b>N.º total de registos de problemas/diagnósticos de enfermagem documentados no período em análise</b>	2290	1644

A redução do número de doentes internados não justifica a redução no número de registos embora possam existir outros fatores que tenham vindo a interferir na dinâmica do serviço e do grupo.

O primeiro semestre de 2009 integrou diferenças na organização do serviço, 1) a abertura de uma ala adicional para dar resposta aos clientes com H1N1 ou com indícios de potencial contaminação, com 12 camas; 2) a integração de oito novos elementos na equipa com um período de integração rápida dada a emergência da situação.

Após a decisão institucional de que a situação provocada pelo risco de contaminação por vírus H1N1 estava debelada, esta ala manteve-se a funcionar como parte integrante do departamento de medicina e dando resposta às necessidades da população. A distribuição dos enfermeiros pelos dois locais procurou dar resposta ao tempo de experiência dos profissionais, como garantia de uma aprendizagem por modelação entre os que haviam chegado e os que já anteriormente exerciam funções naquele contexto clínico.

||| *“São poucos os [enfermeiros] que reconhecem dificuldades e solicitam ajuda aos colegas” (N23)*

Nota de campo, fevereiro 2010

Argyris (2005) enfatiza o equilíbrio que deve existir entre questionamento e defensibilidade, para que exista uma aprendizagem cooperativa. O questionamento que gera demasiada defensibilidade pode contribuir para um acirramento da posição defendida, em nada influenciando os modelos que orientam a ação. Num contexto de elevada

complexidade como é um serviço de medicina, num período onde se exigiu recursos pessoais intrínsecos de adaptabilidade e eficiência, o questionamento, a exigência de rigor em domínios que não se reviam nem se integravam facilmente, pode ter gerado alguma defensibilidade por parte de quem tem menos experiência profissional. Por outro lado, a emergência da integração de novos profissionais no serviço, naquelas condições específicas, também pode gerar naqueles que estão a integrar os novos colegas, o recurso a “saltos de abstração” (Senge, 1990, 2006) e que se refere à passagem rápida de dados concretos para generalizações que impedem a aprendizagem por se tornarem axiomáticas. A rapidez requerida naquela situação de integração pode, sem qualquer intencionalidade por parte de quem a pratica, revelar-se em explicações centradas no resultado do que se pretende obter, não existindo espaço para explicação dos passos que permitem compreender o processo e os conceitos integrantes do mesmo.

Ao completar o ciclo de investigação constatámos que a documentação de enfermagem não revela a informação válida requerida para a produção regular e fiável de indicadores. Ou melhor, a produção é possível mas existe um desperdício de informação documentada que torna a informação produzida como escassa e residual. Na perspetiva da investigação-ação que assumimos, o rigor na documentação para a viabilização da produção de informação válida, apresenta-se assim, como uma oportunidade de desenvolvimento que necessariamente tem de continuar.

A aprendizagem individual não garante a melhoria contínua das capacidades e competências profissionais. A aprendizagem em grupo elabora uma lógica comum de modo a que o resultado das competências do grupo são mais significativas que o somatório das competências individuais (Senge, 1990, 2006) face ao processo de documentação que se traduz num ato individual, a partilha de conhecimentos e a aprendizagem em grupo, não terão reunido condições propícias à reflexão que gera mudanças na ação.

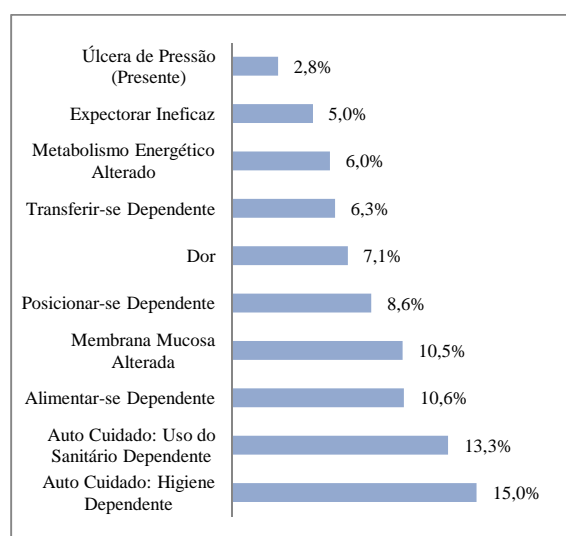
O rigor da documentação de enfermagem decorre de uma ação individual do enfermeiro que regista no sistema de informação os aspetos que relevam da sua decisão clínica. Ao contrário da ação primordial da enfermagem, o ato de documentar não se contextualiza na interação, não se tornando facilmente visível a sua consecução menos rigorosa. Na fase de implementação, as dúvidas colocavam-se a vários níveis, nomeadamente no processo de diagnóstico. O grupo revelava na ação uma preocupação face ao rigor nos conceitos a utilizar, nos dados pertinentes para a composição do enunciado do diagnóstico que se

tornariam visíveis na documentação, não revelam em qualquer momento dúvidas face ao rigor procedimental da documentação. Constataram-se questões relativas ao rigor dos conteúdos a incluir na documentação, mas não na forma como esses conteúdos se transformariam em efetiva informação.

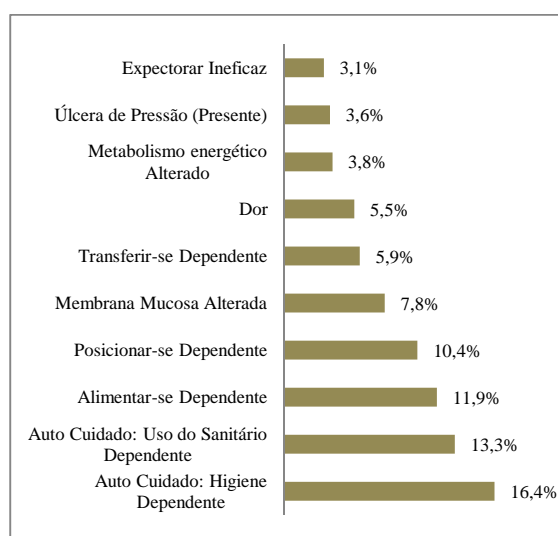
### 5.1.1. INFORMAÇÃO RELATIVA A FREQUÊNCIAS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

A melhoria que pressupõe mudança requer um ponto de partida que sirva de mote à análise e à reflexão. Assim, a frequência dos diagnósticos de enfermagem surge como indicador da orientação concetual e revela a enfermagem dominante naquele contexto a partir de informação fiável.

As áreas que sugeriam a enfermagem daquele contexto clínico mantiveram-se as mesmas, no momento 1 que serviu de ponto de partida, assim como, no momento 2 de identificação do adquirido.



**GRÁFICO 12 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 13 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS IDENTIFICADOS - MOMENTO 2**

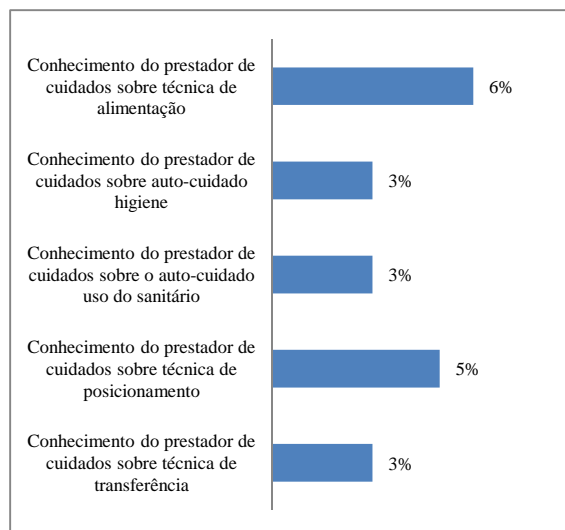
Reconheça-se, que as modificações esperadas não se previam de acentuada diferença face aos focos de atenção de enfermagem (anexo 8) que se representavam nos diagnósticos (anexo 9) reais mais frequentemente identificados no serviço, como se verifica nos gráficos acima.

As frequências dos diagnósticos de enfermagem revelam as principais necessidades em cuidados de enfermagem da população neste contexto clínico. Os diferentes domínios do autocuidado mantêm elevada relevância, como o autocuidado higiene, o autocuidado uso do sanitário, alimentar-se, posicionar-se e transferir-se o que revela o interesse na sua integração enquanto oportunidades de desenvolvimento.

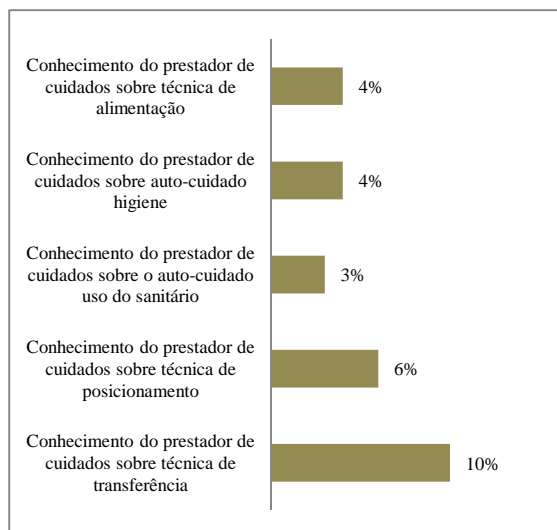
A representação que os diagnósticos - Dor, Úlcera de pressão, Membrana mucosa alterada ou Expetorar ineficaz - possam adquirir revelam a ação de enfermagem focada nos contributos que permitem diminuir, melhorar, favorecer o estado dos diagnósticos. O conceito de metabolismo energético tendo integrado a versão beta da CIPE ® foi excluído nas versões seguintes, refere-se a um conceito específico do metabolismo definido como “*energia celular fornecida pelos nutrientes*” (ICN, 2000, p. 28) e interpretado como tradutor das alterações celulares decorrentes da *diabetes mellitus*, a utilização do conceito já foi entendida como tradutora de uma condição muito específica, sem relevância na conceção de cuidados de enfermagem, no entanto, a cristalização dos conteúdos no sistema de informação não permitiu encontrar um meio simplificado de documentação e a sua visualização no módulo médico dos valores da glicemia capilar. Assim se vai mantendo o conceito na documentação de enfermagem.

Fomos também verificar as frequências dos diagnósticos de enfermagem relativos aos autocuidados mais frequentemente identificados e a que são associados os conceitos de conhecimento e aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados, que apresentamos nos gráficos seguintes e que se comparam com os dados relativos ao momento da identificação das oportunidades de desenvolvimento.

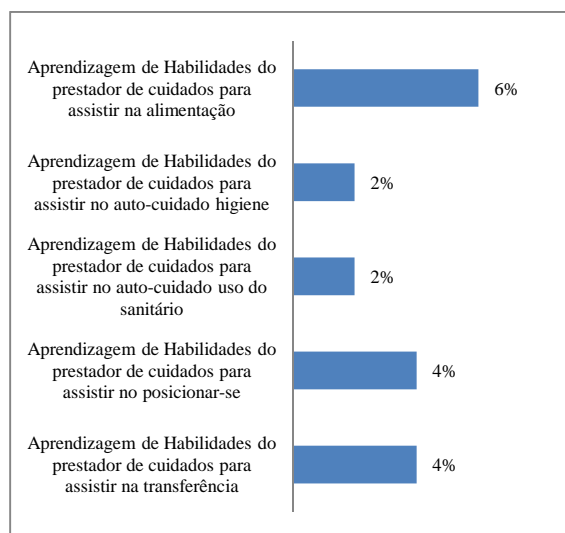
Na globalidade a atenção dispensada aos aspetos relativos à preparação do membro da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados-, conhecimento e aprendizagem de habilidades-, centrado na substituição do cliente face a uma condição de dependência para o autocuidado, representa sinais de melhoria. A ênfase que os aspetos inerentes à preparação do prestador de cuidados tiveram durante o ciclo de investigação-ação, terá gerado as diferenças detetadas.



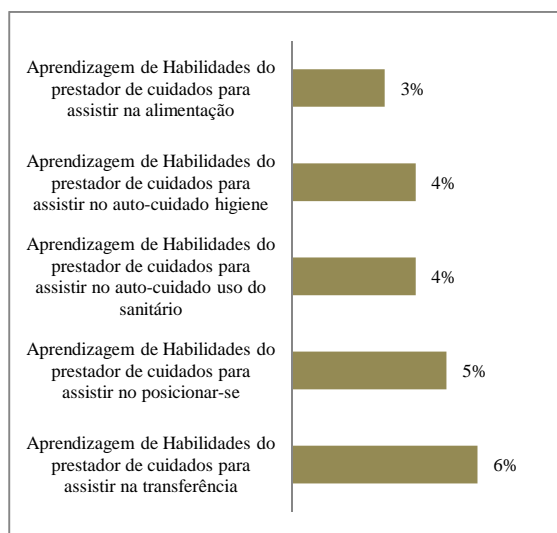
**GRÁFICO 14 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 15 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO O CONHECIMENTO DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 2**



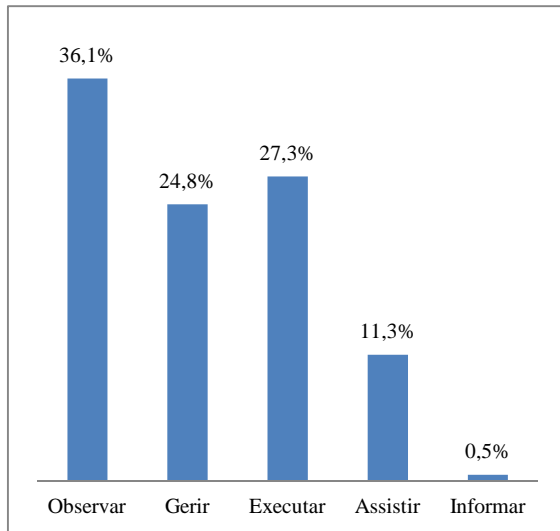
**GRÁFICO 16 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO A APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 1**



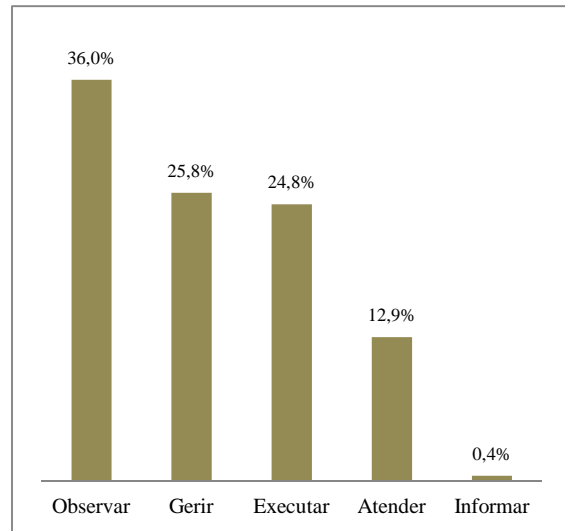
**GRÁFICO 17 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM CONSIDERANDO A APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO PRESTADOR DE CUIDADOS - MOMENTO 2**

As frequências relativas às intervenções de enfermagem (anexo 10) permitem-nos também, a partir do tipo de ação que representam, perceber a intencionalidade inerente à implementação das mesmas. A enfermagem que se concretiza pelas intervenções implementadas traduzem modelos e perspectivas idênticas, mesmo que o olhar sobre estes dados tenham já um novo sentido crítico.

As intervenções de enfermagem mantêm o seu domínio no âmbito das ações inerentes ao observar revelando a ênfase de uma intencionalidade orientada para a prevenção de complicações e para a detecção precoce de agravamento da situação clínica.



**GRÁFICO 18 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DOCUMENTADAS AGRUPADAS POR TIPO DE AÇÃO CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE® - MOMENTO 1**



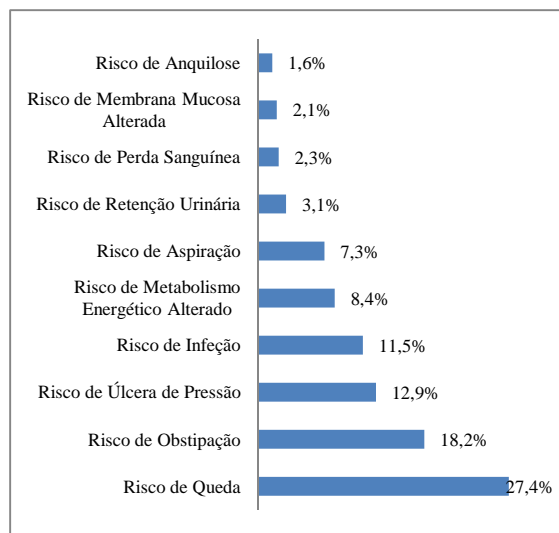
**GRÁFICO 19 - FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DOCUMENTADAS AGRUPADAS POR TIPO DE AÇÃO CONFORME ORGANIZAÇÃO DA CIPE® - MOMENTO 2**

As intervenções de enfermagem, do tipo informar, associadas a uma perspectiva orientada para os recursos cognitivos que a transição para uma nova condição de saúde poderá requerer, revelam também uma frequência pouco significativa.

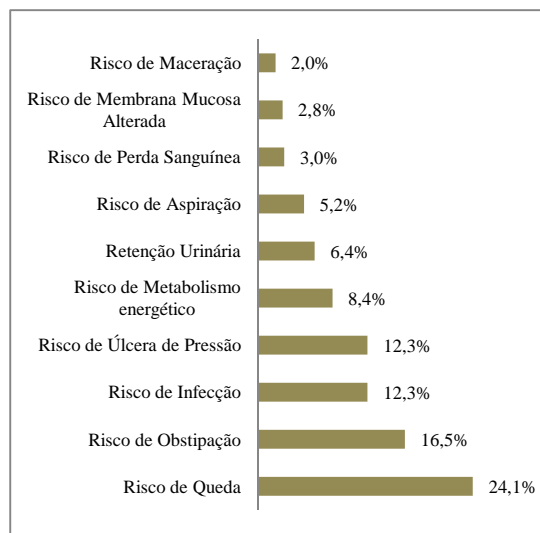
### 5.1.2. INFORMAÇÃO ORIENTADA PARA A PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

A prevenção de complicações toma particular relevância na conceção de enfermagem, como tal os focos de atenção a que os enfermeiros associam um juízo clínico, de probabilidade, representando a identificação de diagnósticos de enfermagem potenciais, não apresentou também, significativas mudanças.

O risco de maceração ganhou relevo e passou a integrar um dos dez focos de atenção considerado para efeitos da prevenção de complicações. Os restantes mantêm a sua atenção nos aspetos inerentes à queda, obstipação, úlcera de pressão, infeção, metabolismo energético, perda sanguínea, aspiração, retenção urinária e membrana mucosa.



**GRÁFICO 20 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM CARÁTER DE PROBABILIDADE MAIS VEZES IDENTIFICADOS - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 21 - FREQUÊNCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM COM CARÁTER DE PROBABILIDADE MAIS VEZES IDENTIFICADOS - MOMENTO 2**

No âmbito dos trabalhos em pequenos grupos que posteriormente foi apresentado e refletido na equipa, debatiam-se os dados/informação relevantes para a decisão clínica de enfermagem. Considerando o foco “Autocuidado uso de sanitário” constatou-se que um dos dados a que os enfermeiros atribuíam mais significado se relacionava com a presença de fralda e as consequências que a sua presença associada a um meio húmido potencia para efeitos de aparecimento de maceração da pele.

||| *“Basta o doente ter fralda que se identifica logo este autocuidado...”*  
 (E55).  
 Reunião de grupo, Momento 1 – mar. 2009

O grupo constatou que a presença da fralda era um dado que associavam a uma dependência para o autocuidado uso do sanitário. E porquê? O trabalho de revisão sobre os dados relevantes para a identificação do diagnóstico permitiu compreender que o significado atribuído à presença da fralda não se relacionava com o grau de dependência para o autocuidado uso do sanitário. A sua presença centrava-se na ênfase atribuída à prevenção de alterações no estado da pele - *“nós estamos preocupados com a pele...para evitar a maceração”* (E3-Momento1) -, devido à presença de agentes agressores como a humidade e a presença da fralda.

A reflexão na fase de planeamento para a ação revelou-se em aprendizagem integrada na decisão clínica dos enfermeiros e terá gerado na informação produzida uma maior focalização na prevenção da maceração. Deste modo, fomos verificar a frequência com que se associava ao diagnóstico de enfermagem “Dependência no Autocuidado Uso do



sanitário” intervenções de enfermagem associadas com a prevenção da maceração. Esta associação verificou-se em cada um dos momentos – no momento 1, prévio à implementação da mudança e no momento 2, na fase de avaliação da mudança. Pudemos verificar que as intervenções centradas em prevenir a maceração e que se associavam com o diagnóstico “Dependência no Autocuidado Uso do sanitário” passaram a ter uma representação menor no momento 2 quando comparado com o momento 1, como se representa no gráfico.



**GRÁFICO 22 - FREQUÊNCIA DE REGISTOS EM QUE A DEPENDÊNCIA PARA O USO DO SANITÁRIO FORAM ASSOCIADAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS COM A PREVENÇÃO DE MACERAÇÃO**

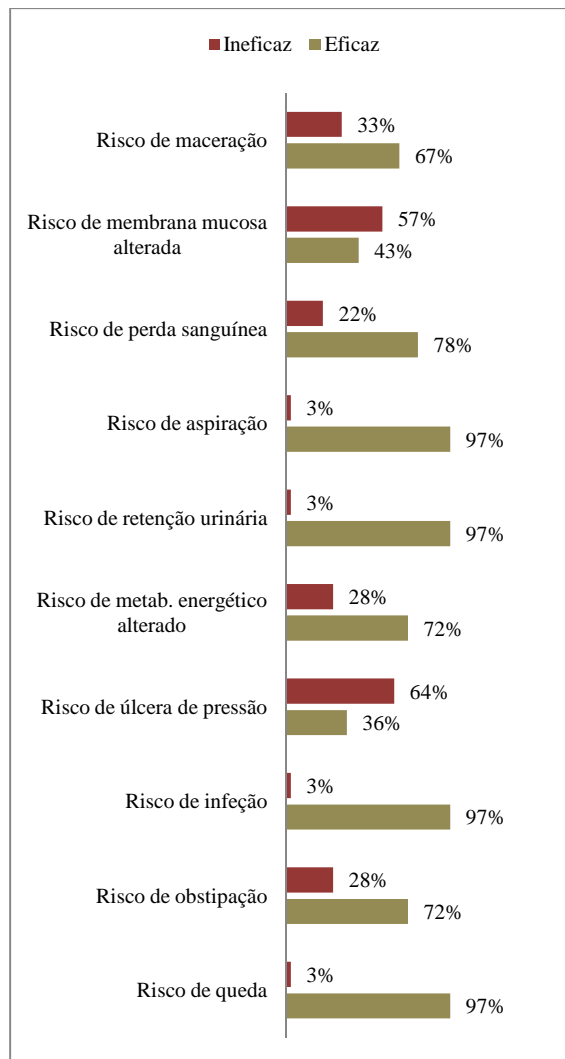
Em síntese, pode afirmar-se que esta ênfase na documentação adquirida pela probabilidade de ocorrência da maceração, resulta de um maior grau de rigor relativa à integridade referencial dos dados e a um reconhecimento da intencionalidade impressa na ação que não se vincula com modificações no grau de dependência para o “autocuidado uso do sanitário” mas antes na prevenção de complicações decorrentes dessa condição.

O rigor na associação entre os diferentes itens de informação passa a integrar a documentação, adquirindo – a maceração - maior relevância nas frequências dos diagnósticos potenciais. De igual modo, adquire projeção os ganhos conseguidos com a prevenção da maceração.

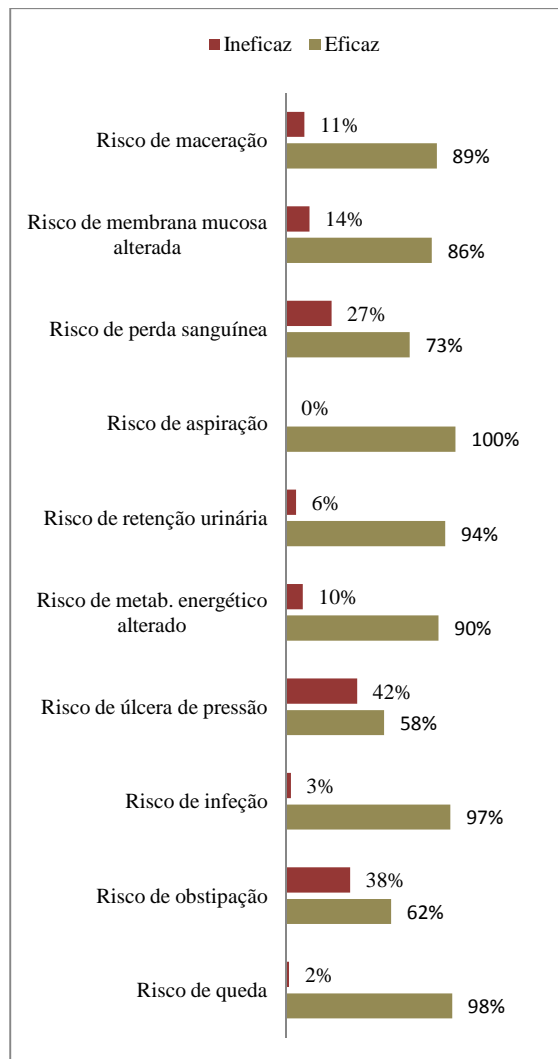
O número de registos efetuados no período da implementação, e que permite a obtenção de informação válida analisada no momento 2, foi seis vezes superior, quando comparada com a informação documentada no momento 1 e que foi pretexto para a identificação das oportunidades de desenvolvimento.

O conceito que reúne os ganhos em saúde relativa à prevenção de complicações traduz-se por eficácia, entendida como a utilização de um padrão de intervenções de enfermagem baseadas na melhor evidência científica e cuja implementação propicia a obtenção de ganhos, em resultado da redução na probabilidade de ocorrência de determinada

complicação. Elucidamos os resultados obtidos, a partir dos diagnósticos de probabilidade mais frequentemente identificados no serviço, e que se apresentam no gráfico seguinte.



**GRÁFICO 23 - EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE IDENTIFICADAS NA DOCUMENTAÇÃO - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 24 - EFICÁCIA NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE IDENTIFICADAS NA DOCUMENTAÇÃO - MOMENTO 2**

Os dados que constam da documentação, permitem constatar que os ganhos são globalmente mais positivos, no momento 2, ou seja, depois da implementação do processo de mudança, e em algumas áreas com resultados significativamente melhores.

Os resultados relativos à prevenção da queda adquirem na informação de enfermagem uma relevância substancial, em ambos os momentos de análise, por ser definida como área de atenção prioritária no que respeita ao processo de acreditação da qualidade implementado na Instituição.

O departamento da qualidade na saúde determinou a prevenção da queda e de lesão por queda como área essencial para a promoção e melhoria contínua da qualidade. Deste

modo, as instituições de saúde desenvolveram estratégias e implementaram medidas que proporcionassem a monitorização dessa informação que se pretende próxima dos níveis de excelência. A documentação de enfermagem é nesse particular, exemplo da qualidade augurada pelas instâncias superiores de saúde.

Por outro lado, o processo de acreditação da qualidade na instituição, organizado e implementado pela Joint Commission International, toma como de particular relevância os aspetos inerentes à prevenção de queda, que se incluem com atenção específica nos processos de auditoria externa implementados por esta entidade.

No contexto da organização de saúde onde decorreu o estudo assim como na grande maioria dos hospitais, foram implementadas medidas que permitissem responder ao repto das entidades superiores de saúde e das entidades acreditadoras da qualidade em saúde. Deste modo, as comissões da qualidade em cada contexto determinaram as opções estratégicas que permitissem a obtenção de informação válida e como medidas implementadas foram integrados procedimentos de atuação obrigatória a aplicar a todos os clientes.

No caso particular do contexto clínico onde decorreu o estudo, a todos os clientes admitidos no serviço é aplicada uma escala que permite a identificação do grau de risco de queda. A decisão clínica relativamente ao foco de atenção – queda - não decorre da relevância dos dados que conduzam a uma hipótese de diagnóstico inerente à queda mas resultam da obrigatoriedade de cumprir um procedimento instituído.

A forma implementada para a obtenção de informação válida transpõe modelos de ação congruentes com o modelo I ou de circuito simples de Argyris & Schön (1982), que se reconhece na ação dos profissionais, entendida como medida de correção a implementar e não permitindo espaço a reflexão e integração de novo conhecimento, mas mantendo-se os valores e padrões organizacionais requeridos.

Relativamente ao foco de atenção – maceração - os resultados inerentes à eficácia na prevenção da sua ocorrência, apresenta ganhos significativos no momento 2 quando comparados com os resultados obtidos no momento 1. As medidas implementadas a partir do modelo II ou de circuito duplo de Argyris & Schön (1982), em que a tomada de decisão clínica decorre da atribuição de relevância dos dados para a identificação das necessidades

em cuidados de enfermagem, o que distingue de modo favorável a relevância da eficácia na prevenção da maceração.

Os restantes aspetos, quando comparados com o momento 1, assumem globalmente modificações compatíveis com um aumento dos ganhos na eficácia da prevenção de complicações.

As opções estratégicas para a implementação de medidas que contribuam para a prevenção de complicações, em contextos organizacionais em que se distanciam os modelos expostos e os modelos em uso, a decisão pela obtenção de informação que assenta na obrigatoriedade procedimental, não conduz a mudança significativa nem permanente porque se baseia em comprometimento externo dos profissionais com a organização que representam.

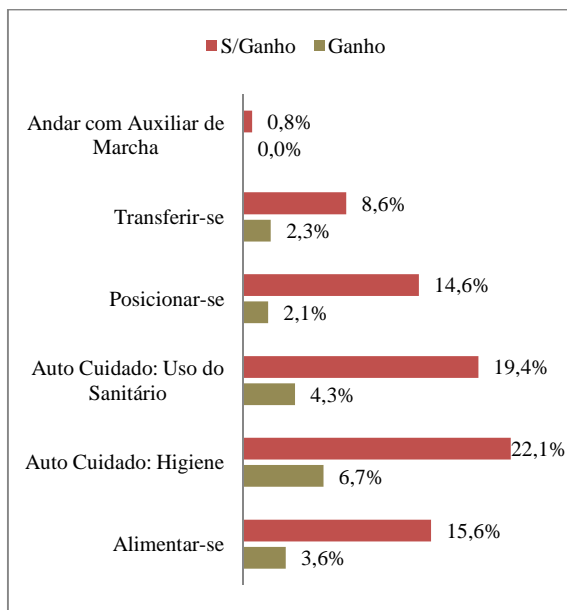
Os modelos mentais que orientam a ação têm uma enorme influência sobre a mesma, são ideias profundamente enraizadas que interferem no modo como se encara uma realidade (Senge, 1990), a modificação de tais modelos requer reflexão e distanciamento, o que exige um comprometimento interno e genuíno com a mudança.

Os modelos que orientam a ação dos enfermeiros decorrem de processos lentos e graduais do desenvolvimento profissional, da modelação a partir de intérpretes significativos, da atribuição de relevância que o grupo coletivamente detém sobre determinadas perspetivas dominantes e da capacidade individual de autoquestionamento, de saber colocar em causa o seu modo de pensar e agir.

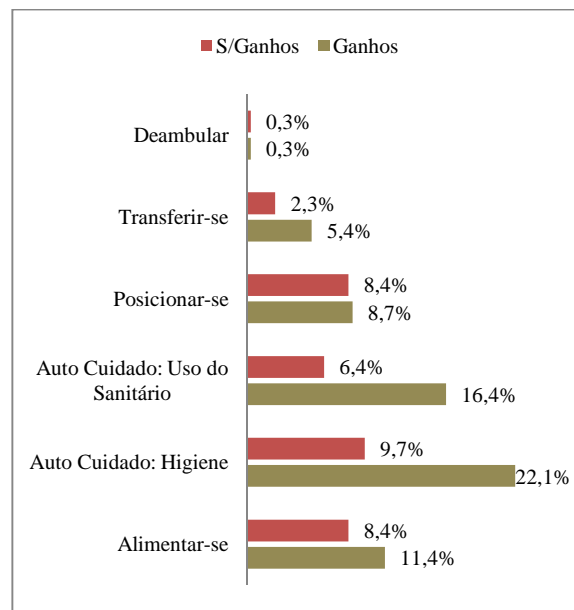
### 5.1.3. INFORMAÇÃO ORIENTADA PARA AS MODIFICAÇÕES POSITIVAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS

A informação válida capaz de traduzir indicadores dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem tornou-se o suporte para o desenvolvimento desta investigação. As áreas que se identificaram como essenciais no contributo dos enfermeiros para a qualidade em saúde corresponderam ao *core* da disciplina de enfermagem que integra o autocuidado e a preparação do membro da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados.

As frequências dos diagnósticos de enfermagem revelam como apresentamos atrás a ênfase em diferentes domínios do autocuidado como: alimentar-se, cuidar da higiene, uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se, a estes domínios do autocuidado associa-se o conceito de dependência. Nos gráficos seguintes apresentam-se os focos de atenção que se constituíram diagnósticos de enfermagem por associação com o juízo clínico “dependência”. Nestes, revelam-se os ganhos, entendidos como modificações positivas no estado dos diagnósticos, e as situações em que não existiram ganhos, que decorrem de agravamento ou manutenção relativa ao estado inicial do diagnóstico de enfermagem.



**GRÁFICO 25 - MODIFICAÇÕES VERIFICADAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TÊM ASSOCIADO O JUÍZO CLÍNICO "DEPENDÊNCIA" - MOMENTO 1**



**GRÁFICO 26 - MODIFICAÇÕES VERIFICADAS NO ESTADO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE TÊM ASSOCIADO O JUÍZO CLÍNICO "DEPENDÊNCIA" - MOMENTO 2**

No momento 2 que corresponde à fase de identificação do adquirido as modificações no estado dos diagnósticos que revelam um caráter positivo são significativamente superiores quando comparadas com o momento 1, onde se realçam os focos de atenção - alimentar-se, autocuidado higiene, autocuidado uso do sanitário, posicionar-se e transferir-se. Estas modificações positivas podem não se relacionar exclusivamente com a ação profissional dos enfermeiros, podendo decorrer também da influência de alterações dos processos fisiopatológicos.

A informação produzida que pudesse revelar as modificações positivas centradas no conhecimento e na aprendizagem do cliente para lidar com novos aspetos do seu autocuidado, e por isso, reveladoras de uma intenção de enfermagem focada na promoção da autonomia, apresenta-se residual ou inexistente.

Reportando-nos especificamente à informação analisada no momento 2, de todos os casos em que se identificaram diagnósticos de enfermagem relativos à dependência para algum domínio do autocuidado, em 8 casos estavam associados juízos focados no conhecimento e habilidades do doente do tipo “não demonstrado”, inferindo-se da decisão clínica uma orientação centrada nos processos adaptativos face às modificações no autocuidado. Destes 8 casos, apenas 1 caso tinha mais do que um registo, o que permitiu a comparação das modificações no estado dos diagnósticos, e neste único caso verificava-se não terem existido ganhos.

Que justificações se apontam para a ocorrência destes dados?

||| *“Não vale a pena estar a ensinar o doente quando ele vai para os cuidados continuados (...) os enfermeiros lá dedicam-se mais a isso” (E9).*  
Reunião do grupo – Momento 2, Mar. 2010

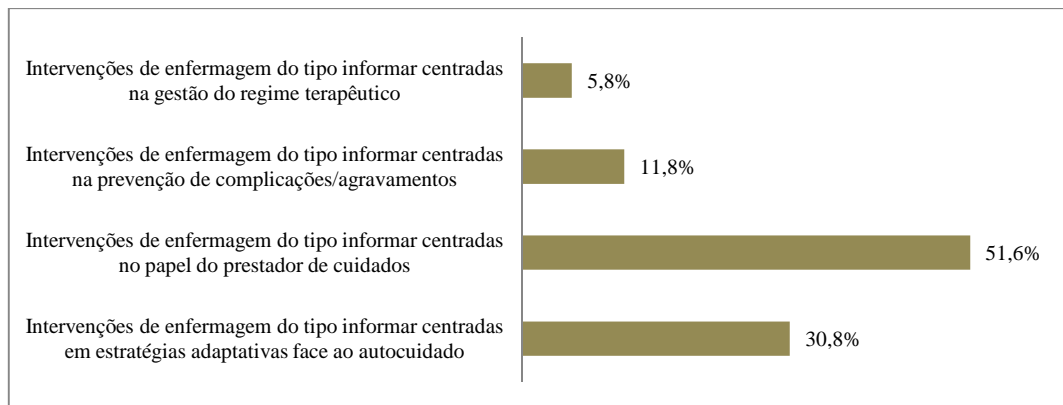
Os aspetos centrados na promoção da autonomia para o autocuidado revelaram, já na fase de implementação, algumas dificuldades que remetiam para o empenho e envolvimento proactivo da equipa de gestão de altas em proporcionar aos clientes com potencial de autonomia, a transferência para contextos que proporcionassem cuidados clínicos específicos de reabilitação.

A desmotivação observada na ação dos enfermeiros durante a fase de implementação, face aos aspetos de promoção da autonomia para o autocuidado assume, a partir dos dados, a perspetiva consensual da equipa de que esta área de enfermagem é orientada para contextos organizacionais específicos.

O serviço reúne estrutura e equipamentos que permitem a promoção da autonomia dos clientes para o autocuidado como são exemplo: sanita com alteador, barras de segurança no chuveiro, talheres de cabo flexível. O recurso a estes equipamentos revela-se pontual, sendo minimizado quando se pressupõe a transferência dos clientes para contextos específicos de reabilitação.

As frequências das intervenções revelam que as estratégias adaptativas para lidar com as situações de dependência para o autocuidado foram prescritas e implementadas, adquirem no entanto, um carácter de desperdício na informação produzida por não se verem reunidas as condições que possibilitam a produção de indicadores. O gráfico abaixo traduz o conjunto de intervenções de enfermagem do tipo informar cuja intenção se focaliza nos

domínios do conhecimento e da aprendizagem de habilidades promotoras de um processo de transição saudável.



**GRÁFICO 27 – FREQUÊNCIA DAS INTERVENÇÕES D ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM POR ALVO DE ATENÇÃO OS PRESTADORES DE CUIDADOS, AS ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS FACE AO AUTOCUIDADO E À GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO E NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES – MOMENTO 2**

Do total de intervenções de enfermagem documentadas do tipo “informar” cerca de 51,6% toma como alvo de atenção o prestador de cuidados, 30,8% toma como alvo a pessoa e as estratégias adaptativas que esta pode integrar para a promoção da sua autonomia e 5,8% considera os comportamentos que viabilizam a gestão do regime terapêutico, as restantes 11,8% dizem respeito aos comportamentos de prevenção de complicações ou que possam contribuir para um agravamento da condição de saúde. A relevância das intervenções de enfermagem associadas à gestão do regime terapêutico assinala uma orientação centrada nos conhecimentos e habilidades dos doentes para lidarem com regimes terapêuticos complexos.

Na preparação dos doentes face a modificações no regime terapêutico: “Às vezes o doente fica até à noite para aprender a administrar a insulina antes do jantar e logo a seguir vai embora...” (E24).

Reunião do grupo – Momento 2, Mar. 2010

A focalização centrada nos processos adaptativos face à gestão de regimes terapêuticos complexos, como é exemplo a autoadministração de insulina, reforça-se nas ações de enfermagem implementadas. No entanto, a ausência de condições para uma nova avaliação dos dados a integrar no diagnóstico de enfermagem deixa um vazio que se repercute na informação válida passível de se integrar em indicadores de resultado, pela existência de apenas um registo do diagnóstico de enfermagem.

Não obstante a constatação da relevância dos aspetos inerentes à promoção da autonomia e à gestão dos regimes terapêuticos na ação de enfermagem, estas áreas são tidas como algo que exige tempos de intervenção que não se enquadram facilmente nas condições do serviço.

|| “Com o serviço da forma que está por mais que a gente queira é impossível  
|| fazer mais“ (E21).

Reunião do grupo – Momento 2, Mar. 2010

O caráter retrospectivo da análise tende a encontrar justificações nas contingências presentes. Embora as circunstâncias se possam modificar, existe a percepção de que a justificação se baseia nos aspetos que permanecem ao longo do tempo – a percepção de um número elevado de doentes, de dinâmicas organizacionais complexas. A percepção de que o tempo disponível para os cuidados de enfermagem é sempre menor, que aquele que os enfermeiros gostariam de dispor para a sua ação profissional.

A ideia que acompanha frequentemente os processos de melhoria da qualidade prende-se com o pressuposto de que, se existisse mais tempo a qualidade seria melhor, se existissem melhores condições organizacionais a qualidade seria melhor, no entanto, o que se pretende é conseguirmos mais com os recursos e as contingências existentes.

O recurso a aspetos que contribuem para o conhecimento e as habilidades dos doentes face à sua dependência no autocuidado toma proporções de insignificância quando em comparação com o leque de possibilidades que podem oferecer os contextos de cuidados continuados de reabilitação. Os enfermeiros podem proporcionar a um doente a utilização de equipamento adaptado para se alimentar, no entanto, não atribuem relevância a essa decisão clínica, ancorando no pressuposto de que para haver ganhos, ou se considera tudo, ou não vale a pena abordar apenas alguns aspetos.

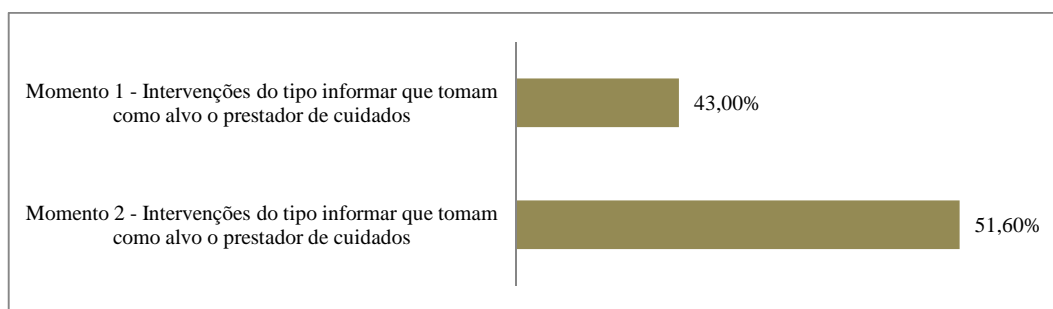
Na expressão “*lá (nos cuidados continuados) os enfermeiros dedicam-se mais a isso (promoção da autonomia)*” deixa antever a atribuição de significado à abordagem específica dos profissionais desses contextos, a quem se reconhece competências e condições privilegiadas para contribuir para os ganhos em independência dos doentes.

Nos casos em que não existem modificações positivas no estado dos diagnósticos, há doentes que requerem inclusão de um membro da família que vai desempenhar o papel de prestador de cuidados.



Considerando que a preparação do membro da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados se focaliza essencialmente no conhecimento e na aprendizagem de habilidades, cuja intencionalidade reside na aquisição de competências, as intervenções de enfermagem integram necessariamente intervenções do tipo informar tais como ensinar, instruir ou treinar.

No conjunto de intervenções de enfermagem do tipo informar implementadas durante o período que foi alvo de análise no momento 1 – identificação das oportunidades de desenvolvimento -, cerca de 43% destas intervenções tomou como alvo o prestador de cuidados, quando no momento 2 – identificação do adquirido – cerca de 51,6% tomaram com alvo da ação o membro da família prestador de cuidados, como se ilustra no gráfico abaixo.



**GRÁFICO 28 – FREQUÊNCIA DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM COMO ALVO O MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

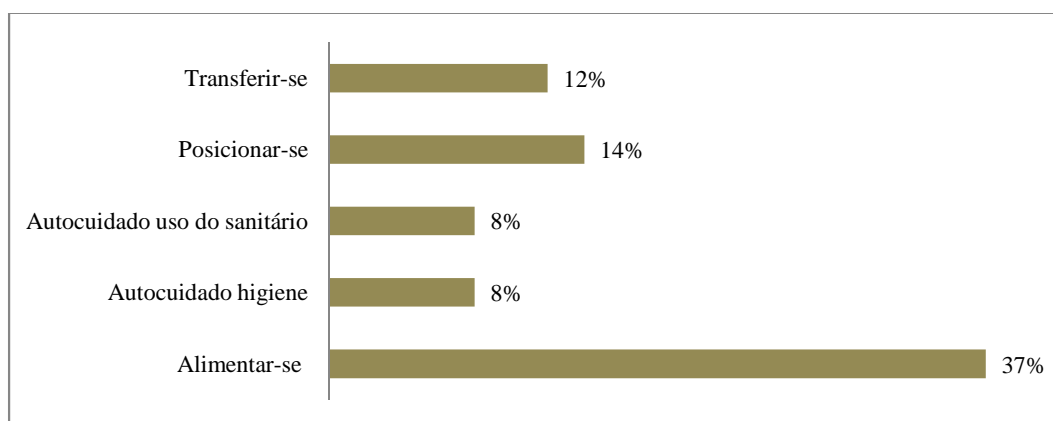
O grupo interpretou os dados a partir da perceção de que a preparação dos membros da família prestadores de cuidados tinha vindo a assumir um carácter de atenção particular e, um envolvimento comum a todos os elementos, para integrar novas perspetivas na abordagem efetuada.

Face à preparação dos membros da família prestadores de cuidados: “*Nós temos noção de que gostaríamos de fazer melhor...*” (E30) “*Ainda estamos muito “básicos”*” (E19).

Reunião do grupo – Momento 2, Mar. 2010

Na expressão “fazer melhor” reconhece-se a perceção de que algumas mudanças propiciaram melhores resultados, no entanto, a perspetiva de se obterem ainda melhores resultados emerge na vontade que aponta para um novo ciclo de investigação.

O conjunto de intervenções do tipo informar que tomou por alvo o membro da família prestador de cuidados relaciona-se com aspetos da dependência em alguns domínios do autocuidado como alimentar-se, cuidar da higiene, usar o sanitário, posicionar-se e transferir-se. No gráfico seguinte apontam-se a distribuição destas intervenções e a sua relação com cada um dos domínios do autocuidado frequentemente identificados na documentação de enfermagem relativa ao momento 2.



**GRÁFICO 29 - DISTRIBUIÇÃO DAS INTERVENÇÕES DO TIPO INFORMAR QUE TOMAM POR ALVO O MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS PELOS DIFERENTES DOMÍNIOS DO AUTOCUIDADO – MOMENTO 2**

Os aspetos inerentes aos conhecimentos que se relacionam com o autocuidado alimentar-se apresentam uma relevância particular e orientam-se para as especificações inerentes à alimentação através de sonda nasogástrica, em que os conteúdos relativos às características dos alimentos e nutrientes adequados se associam com aspetos que permitem prevenir a aspiração durante e após a administração da alimentação por sonda nasogástrica.

Na fase de planeamento da ação, a necessidade de ver organizada a informação, a proporcionar ao membro da família prestador de cuidados, relativa aos aspetos inerentes à alimentação através de sonda nasogástrica revelou uma preocupação crescente no interesse dos enfermeiros para uma sistematização mais consensual entre os diferentes elementos do grupo. Foi criado um documento em suporte de papel que permitisse garantir uma preparação mais planeada e gradual. Do total de casos em que este documento foi utilizado, em todos eles a menção aos aspetos da alimentação pela sonda nasogástrica foi documentado.

Os dados evidenciam modificações positivas no estado dos diagnósticos, no entanto, o número de casos em que é possível verificar-se a comparação entre dois ou mais registos é reduzido. Considerando o número de intervenções documentadas que tiveram como alvo o

membro da família prestador de cuidados e as situações em que não houve modificações positivas, muitas das quais representam até um agravamento no estado dos diagnósticos, leva-nos a ponderar que a associação de informação diagnóstica relativa ao membro da família prestador de cuidados se faria necessária.

Na documentação produzida pelos enfermeiros na fase de implementação da mudança e que é pretexto de reflexão no momento 2 - identificação do adquirido, verifica-se que em 19 casos de doentes foram identificados 103 aspetos associados com o membro da família prestador de cuidados, destes, só 23 reportam ganhos associados com a promoção de conhecimento ou de habilidades do prestador de cuidados e apenas se relacionam com 3 doentes.

Na fase inicial do processo em vários momentos do percurso se referia “*nós fazemos os ensinios mas nem sempre documentamos*” (E23). O conceito de “ensinios” significa numa linguagem “folk”, a agregação dos conteúdos a integrar na informação facultada aos clientes quando se consideram as dimensões do conhecimento e aprendizagem de habilidades nas necessidades em cuidados de enfermagem.

Perante a informação recolhida no momento 2, inerente à fase de implementação, podemos inferir que os “ensinios”, ou seja as intervenções de enfermagem do tipo ensinar, instruir ou treinar foram documentadas, revelando uma preocupação em documentar a ação para a produção de informação válida. No entanto, a informação relativa à modificação no estado dos diagnósticos não se torna possível por ausência de pelo menos dois registos de cada um dos diagnósticos de enfermagem identificados.

De novo voltamos aos aspetos inerentes à documentação. Existe uma preocupação óbvia dos enfermeiros em documentar, mas esta preocupação não revela o mesmo carácter face à produção de informação válida passível de ser um recurso para a melhoria contínua da qualidade.

Tomemos o exemplo do diagnóstico de enfermagem “dependência para se posicionar”. No momento 1 da análise à documentação, do total de casos em que foi identificado o diagnóstico “posicionar-se dependente”, as modificações positivas foram identificadas em 13% dos casos, o que representa cerca de 87% de casos em não existiu qualquer ganho, o que pressupõe a ponderação da necessidade de inclusão de um prestador de cuidados. No

entanto, no momento 1 o prestador de cuidados foi considerado alvo de atenção apenas em 6% do total de casos identificados.

No momento 2, do total de casos documentados com o diagnóstico de enfermagem “posicionar-se dependente” cerca de 50% não obtiveram ganhos, ou seja, não foram observadas modificações positivas no estado do diagnóstico. Do total de casos em que se constatava esta dependência cerca de 16% revelaram a inclusão de um prestador de cuidados.

Apesar de se reconhecer um aumento significativo de casos em que apenas existe um registo, poder-se-á inferir que a tendência positiva dos resultados poderia revelar-se mais significativa caso tivessem sido efetuados pelo menos dois registos, tornando a produção de informação mais fiável e efetiva para efeitos da monitorização da qualidade.

As modificações positivas no estado dos diagnósticos associadas aos indicadores estabelecidos na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento reúnem-se nas áreas particulares de enfermagem que remetem para o autocuidado e para o papel de prestador de cuidados, ao longo da fase de implementação, os aspetos relativos à preparação do membro da família prestador de cuidados foram tomando relevo e os aspetos relativos à reconstrução da autonomia declinados ou deixados para outro plano, para os cuidados continuados.

A preparação dos membros da família prestadores de cuidados adquiriu maior relevância na documentação e a perspetiva dos enfermeiros na abordagem a este clientes tende a modificar-se, deixando de ser meramente informativa e centrada nos conteúdos a reproduzir mas passando a integrar aspetos relativos aos recursos do membro da família para o desempenho do papel de prestador de cuidados. A preparação destes elementos deixa de se centrar no que os enfermeiros têm para “ensinar” e passa a integrar todos os aspetos que podem condicionar a aprendizagem destes membros da família prestadores de cuidados.

|| Face aos dados relevantes na identificação do prestador de cuidados: “A prestadora de cuidados disse-me tantas coisas... fico sem saber o que é que interessa...” (E30).

Reunião do grupo – Momento 2, Mar. 2010

A expressão pressupõe que existe ainda algumas dificuldades na atribuição de relevância aos dados para a identificação dos diagnósticos que tomam por foco o prestador de cuidados, no entanto, a sua enunciação revela abertura e flexibilidade de pensamento para integrar novo conhecimento e novas abordagens.

A identificação do adquirido confronta os elementos do grupo com perspectivas que se distanciam do plano inicial, esta perspectiva que pode adotar um caráter negativo, reforça-se positivamente enquanto alicerce de base para um novo ciclo.

As reuniões que permitiram a identificação do adquirido (realizadas em março 2010) organizaram-se em torno da documentação produzida entre março e junho de 2009, tendo por objetivos: identificar os aspetos que mudaram na orientação concetual de enfermagem; identificar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem das áreas apontadas como relevantes naquele contexto clínico – autocuidado e papel do prestador de cuidados; identificar os fatores inerentes ao processo de documentar que dificultaram ou facilitaram a produção de indicadores; refletir sobre os fatores que influenciaram a produção de informação válida.

A análise ao conteúdo das reuniões de grupo reuniu as categorias temáticas anteriormente identificadas – “gestão e organização” onde se inserem em subcategorias, “o processo de documentação”, e a “organização do serviço”; os “modelos de orientação concetual”; a “decisão clínica de enfermagem”. Estes temas contemplaram os diferentes subcapítulos que organizam este capítulo.

## 5.2. SÍNTESE DO CAPÍTULO

A fase de avaliação e de identificação do que foi adquirido numa perspectiva de melhoria contínua apresenta-se como o encerramento de um ciclo e o início do próximo. A informação válida produzida confronta-se com modos processuais na documentação que inviabilizam a obtenção da mesma. O que permitiu compreender o relevo que o processo de documentação, tanto como o rigor do que se está a documentar, tem perante a obtenção de informação fiável.

As modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem centrada nos processos inerentes aos domínios do autocuidado não revelou particulares mudanças, a perspectiva focada na reconstrução da autonomia não se evidenciou como pertinente para os resultados de enfermagem. A transferência dos clientes, com potencial de autonomia face ao autocuidado, para contextos específicos de cuidados de reabilitação retirou o interesse e motivação dos enfermeiros para se centrarem nessa área porque entendiam como desperdício de tempo o início de processos que pouco ou nada contribuiriam para ganhos em saúde dos clientes.

O papel de prestador de cuidados adquiriu particular interesse no âmbito das mudanças requeridas. Apesar da informação, eventualmente desperdiçada pela falta de rigor na documentação, reconhece-se a este nível sinais significativos de inovação. A inclusão de elementos extraordinários na equipa, centrados na preparação do membro da família prestador de cuidados permitiu maior reflexão em torno desta temática. De uma perspectiva concetual centrada no processo de fornecer informação ao membro da família prestador de cuidados evoluiu-se para uma perspectiva de reconhecer as condições, os recursos e capacidades do membro da família para integrar a informação e os conhecimentos inerentes ao desempenho do papel de prestador de cuidados.

A mudança ocorre a partir de aprendizagem congruente com o modelo II de Argyris & Schön (1982), o que pressupõe a reflexão em torno dos modelos que orientam a ação. A investigação que decorre no contexto da ação é influenciada por múltiplos fatores que podem facilitar ou inibir a inovação e a melhoria das práticas.

O momento de encerrar um ciclo, traduz para o investigador e os participantes do estudo a desilusão que se exprime na constatação de “pequenas” mudanças, mas o que se pode interpretar num sentido negativo acaba por se repercutir na força que impulsiona para a melhoria contínua. Podemos afirmar que se reúnem as condições para se identificarem novas oportunidades de desenvolvimento e dar início a um novo ciclo de investigação-ação.

Ao finalizar este capítulo elucidamos no esquema seguinte a síntese do percurso desenvolvido desde a identificação das oportunidades de desenvolvimento à identificação do adquirido.



FIGURA 11 – ESQUEMA SÍNTESE - DA IDENTIFICAÇÃO DE OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO À IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRIDO

### 5.3. REFERÊNCIAS

- ARGYRIS, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- ICN. (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- PEREIRA, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Porto: [s.n.].
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- SENGE, P. (2006). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende* (22ª ed.). Rio de Janeiro: BestSeller.





## 6. CONCLUSÃO

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão sobre informação válida foi o ponto de partida para o estudo que desenvolvemos. Pretendemos reconhecer a pertinência da informação válida enquanto pretexto de reflexão capaz de influenciar a ação profissional.

A qualidade representa um fenómeno de crescente interesse nos sistemas de saúde e a enfermagem enquanto profissão integrante da equipa de saúde não pode alhear-se dessa relevância. A qualidade em saúde implica a consideração de diferentes atributos intrinsecamente associados aos contextos (Donabedian, 2003) e não se pode avaliar a partir de apreciações subjetivas, requer quantificação objetiva do seu valor. Neste sentido, o acesso a informação válida é essencial para a sua monitorização.

A emergência da documentação dos cuidados, em Portugal, tornou-se uma prerrogativa do exercício profissional de enfermagem há várias décadas, afirmando numa fase inicial a sua relevância enquanto prova documental dos cuidados. Desde então os recursos utilizados na documentação de enfermagem evoluíram e integram os sistemas de informação da saúde e tornam-se repositórios de matéria-prima com elevado potencial para ser possível extrair dela bases empíricas de conhecimento formal e simultaneamente, possibilitar a reflexão a partir de informação válida que gere melhoria na ação profissional dos enfermeiros.

Delinear uma investigação que toma por foco processos que implicam mudança pressupõe métodos que respondam à dinâmica requerida, tendo assim, a reflexão a partir de informação válida assumido carácter central no desenvolvimento deste percurso de investigação.

O desafio da mudança nas organizações não se resolve apenas com a perceção da necessidade de mudar ou inovar mas implica o desafio de encontrar o modo mais adequado de como mudar (Fischer, 2002). A melhoria contínua da qualidade é reconhecida como

processo basilar e relevante no desenvolvimento profissional, mas o modo como se procede para obter esta melhoria contínua é que se torna complexo.

Na informação documentada pelos enfermeiros revelam-se áreas, de particular importância, que se assumem como aspetos a incluir num programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Deste modo, o autocuidado e o papel de prestador de cuidados assumiram um carácter de relevância nos discursos dos enfermeiros, revelando os pressupostos de modelos expostos que importava aproximar dos modelos em uso.

Um processo de melhoria contínua da ação profissional que seja significativo e com repercussões duradouras, decorre do modelo de ação de tipo II de Argyris & Schön (1982) em que os profissionais refletem a partir de informação válida, desenvolvendo novo conhecimento que gera alteração das e nas práticas, com “*a adoção de novos valores, novos critérios de decisão e solução dos problemas*” (Vasconcelos & Mascarenhas, 2007, p.13).

Nesta perspetiva o processo de mudança assumiu os pressupostos da reflexão-ação que decorre da dinâmica entre reflexão a partir da ação e que tem efeito sobre a ação subsequente, neste movimento dinâmico de desconstrução e reconstrução integram-se novas perspetivas de conhecimento no reportório existente (Schön, 2000).

### ***Informação válida e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros***

A documentação de enfermagem, imbuída do sentido de prova documental da assistência de enfermagem e de promoção da continuidade dos cuidados, pretende assumir a sua dimensão de utilidade para a gestão dos serviços de saúde, enquanto meio de monitorização da qualidade dos cuidados de enfermagem. Corresponder aos mais elevados níveis de qualidade profissional, mais do que um dever, é um princípio inquestionável e sustentável na ação dos enfermeiros. Melhorar continuamente o exercício profissional traduz-se também numa prerrogativa indubitável.

A reflexão a partir de informação válida enquanto modo de introduzir melhorias na ação profissional dos enfermeiros apresentou-se como inovadora e deu lugar a reflexão sobre o valor da informação para efeitos da monitorização da qualidade. E nesta perspetiva a

informação válida enquanto tradutora de indicadores, relativa à qualidade do exercício profissional, não é percebida pelos profissionais como relevante.

Os programas de melhoria contínua inerentes ao exercício profissional de enfermagem não se focalizam nos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, regulam-se pelo grau de satisfação dos clientes, pelo rigor na implementação de procedimentos, pela demonstração de conhecimento formal adequado ao contexto clínico enquanto meios que influenciam a qualidade mas que não permitem inferir quais os ganhos em saúde que decorrem da ação profissional dos enfermeiros.

A profissionalização da documentação dos cuidados focaliza-se essencialmente em responder a dois requisitos – como prova documental (o valor legal da informação) e como meio de continuidade para os cuidados. A enfermagem decorre num contexto de ação e de interação, os enfermeiros tomam decisões e implementam ações de forma dinâmica e avaliam o efeito dessa ação nos clientes. Para o profissional, individualmente, este processo pode ser suficiente para representar a qualidade do seu exercício profissional, sobretudo quando associada ao rigor na implementação das ações.

O valor da informação para efeitos de quantificação da qualidade do exercício profissional reverte para discursos mais ou menos distantes dos contextos de ação onde se enfatiza a “visibilidade” do que os enfermeiros fazem. Um sentido mais pragmático remete essa “visibilidade” para o concreto do que é visível na ação, mais do que a partir da documentação. A enfermagem “que se faz” e que se revê na documentação, não detém o mesmo caráter que aquela, que efetivamente, decorre na ação.

Documentar os cuidados apresenta-se como uma prioridade nos contextos profissionais, em resultado de imperativos da organização para a produção da documentação, para corresponder a prerrogativas inerentes à documentação como permitir dar visibilidade ao que os enfermeiros fazem, e para corresponder a valores intrínsecos aos sujeitos face às exigências profissionais. Nesta investigação, para efeito da produção de informação válida a partir da qual se podem inferir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, a documentação dos cuidados não revelou particular atenção.

A produção de informação válida que permita perceber os ganhos em saúde dos clientes sensíveis aos cuidados de enfermagem baseia-se na comparação, de pelo menos dois, registos relativos ao estado dos diagnósticos de enfermagem. Verificou-se pertinência e

rigor, que traduz uma preocupação profissional, em se documentar a identificação das necessidades dos clientes, com dados relativos à apreciação inicial e todas as intervenções de enfermagem implementadas. Se ao longo do episódio de internamento não forem recolhidos dados que permitam a alteração do estado do diagnóstico porque a situação se mantém similar, não é atribuída relevância à realização de um novo registo que possibilite a produção de indicadores.

A preparação do regresso a casa envolve as dimensões de conhecimento e capacidades dos clientes, a dinâmica organizacional gera procedimentos relativos à preparação do membro da família prestador de cuidados ou do cliente demasiado próximos do momento da alta, impossibilitando frequentemente a avaliação do impacto das intervenções de enfermagem face ao conhecimento não demonstrado, o que inviabiliza a produção de um novo registo e consequentemente de informação válida.

### ***O que facilita e o que dificulta a mudança***

O processo de mudança decorre entre fatores que dificultam e fatores que facilitam. O que facilita a mudança? A definição clara do que se pretende obter.

Em cada contexto a definição das ideias norteadoras é de particular relevância agregando a sintonia entre todos os intervenientes. A qualidade resulta da construção coletiva e, por isso, a definição objetiva das linhas orientadoras permite e favorece a organização em torno dos interesses coletivos que se sobrepõem aos interesses pessoais.

Neste cenário, no contexto clínico onde decorreu a investigação, o processo de mudança que revelasse níveis mais elevados de qualidade apresentou-se como motivador. “*Nós podemos fazer a diferença*” traduziu a perceção da equipa para integrar a reflexão a partir da informação válida com efeitos na ação desenvolvida.

Um dos aspetos que facilita o processo de mudança centra-se na abertura à mudança. O reconhecimento de que se pode melhorar os níveis de qualidade com os recursos existentes. A informação extraída a partir da documentação revela tendências dos focos de atenção dos enfermeiros, revela intencionalidade que se infere das ações implementadas, revela o tipo de ações privilegiadas para responder às necessidades dos clientes. Torna-se por isso, reveladora de modelos que orientam a ação.

Perante o que mudar, os aspetos que o grupo assumiu como relevantes para traduzir a qualidade do exercício profissional centram-se no autocuidado e no papel de prestador de cuidados, embora a documentação traduza uma orientação dos cuidados de enfermagem centrada para a gestão de sinais e sintomas. A perceção de que a introdução de melhorias passa pela existência de um equilíbrio entre um modelo de orientação focado na gestão de sinais e sintomas e um modelo focado nos processos de transição que os clientes vivenciam, foi facilitadora da introdução de novas perspectivas concetuais, que se tornam meios de suporte para a decisão clínica.

Os processos de melhoria e, conseqüentemente, de mudança criam momentos de dúvida e hesitação dos profissionais para assumirem perspectivas diferentes no exercício do seu papel profissional, e a existência de recursos de suporte enquadra um aspeto muito favorecedor para a mudança. Que suporte?

O envolvimento de enfermeiros em processo de formação especializada, numa condição de membros adicionais à equipa, apresentou-se como recurso de suporte para o grupo, dando ênfase ao que Senge (1990) considera de conhecimento compartilhado. As mudanças decorrem de decisões individuais dos profissionais que têm relevância na ação, deste modo, a reflexão partilhada da introdução do que é novo, facilita todo o processo de mudança.

A revisão em torno do conhecimento formal no qual se baseia a ação profissional, num processo de melhoria pressupõe distanciamento que permite a reflexão e conseqüentemente, a perceção de novas perspectivas de abordagem. Deste modo, a reconfiguração do conhecimento torna-se facilitada a partir da discussão e análise em grupos de trabalho que favorece a explicitação dos conceitos e dos processos de pensamento utilizados na decisão clínica. A partilha destas atividades em grupo facilita a incorporação de novas perspectivas, que se suportam no grupo e que adquirem um sentido coletivo ao mesmo.

Os aspetos que dificultam podem resultar de duas vertentes. Os aspetos pessoais que se revêm na falta de abertura, na ausência de envolvimento e comprometimento para a mudança, traduzindo-se em atitudes passivas ou circunstancialmente reativas à mesma. Outra vertente que se assume como dificultadora relaciona-se com os aspetos organizacionais do contexto clínico, como: o aumento do número de camas e a inerente integração de novos elementos; a distribuição do trabalho dos enfermeiros; a dinâmica

organizacional na preparação do regresso a casa. São aspetos que adotam uma perspetiva externa ao processo de mudança, que podem ser circunstanciais, mas que influenciam e dificultam o processo de mudança.

### ***O contributo da reflexão-ação na mudança***

Nos contextos de ação onde os profissionais possuem uma perceção da qualidade em níveis elevados, os desafios profissionais pautam-se por maior abertura e capacidade para procurar superar os níveis existentes de qualidade. Nesta perspetiva, a reflexão enquanto forma de colocar em causa modos de pensar e agir, em que os profissionais a partir de informação válida reconfiguram o seu conhecimento, apresenta-se como pretexto motivador da mudança.

No decurso do processo de mudança os profissionais confrontam-se com os seus modelos de ação. Se os profissionais estão envolvidos, internamente comprometidos, as dificuldades são interpretadas como oportunidades para melhorar e inerentes ao próprio processo de mudança. Por outro lado, quando os fatores que conduziram ao comprometimento com a mudança decorrem dos imperativos do grupo ou da vontade dos responsáveis do serviço, assente em motivos externos à pessoa, gera repercussões dificultadoras no processo de mudança. Neste cenário, assume relevo o que Argyris (2005) refere como rotinas defensivas que decorrem de comportamentos de proteção face aos constrangimentos que as dificuldades inerentes ao processo de mudança representam. A defensabilidade em excesso não conduz a aprendizagem significativa, não propicia a reflexão e torna-se dificultadora da mudança.

O conceito de mudança assente na melhoria contínua tem uma forte ligação com o conceito de qualidade e um dos pressupostos em que se baseia a gestão da qualidade assenta na criação de climas organizacionais onde falhas não se aceitam enquanto tal, mas se reconhecem como oportunidades de melhoria.

No paradigma de oportunidade para melhorar, a reflexão-ação encontra um forte sentido de adequação. A informação produzida pelos enfermeiros traduz conceções de cuidados orientada por modelos de ação, a reflexão a partir desta informação permite aos profissionais uma análise num estatuto de exterioridade face à mesma. Este processo de distanciamento permite a reorganização dos modelos de pensamento e de decisão, com integração de novos esquemas operatórios (Le Boterf, 2005).

A reflexão-ação permitiu o distanciamento suficiente para se atribuir relevância aos processos de reconstrução da autonomia dos doentes dependentes para o autocuidado e de preparação do membro da família para o desempenho do papel prestador de cuidados. A reflexão a partir da documentação de enfermagem que refere a identificação dos problemas / diagnósticos de enfermagem e a prescrição das intervenções de enfermagem conduz à necessidade de se rever o conhecimento utilizado pelos enfermeiros no seu processo de decisão e no rigor que expressa cada intervenção de enfermagem

Os processos de decisão clínica de enfermagem, a relevância atribuída aos dados que permitem a identificação dos diagnósticos, a integridade referencial entre os itens de informação: diagnósticos de enfermagem e intervenções de enfermagem, a intencionalidade impressa na prescrição das intervenções, o rigor na documentação enquanto meio de obtenção de informação válida, foram aspetos analisados numa perspetiva reflexiva que pressupõe obter modificação na ação subsequente.

Um modelo de melhoria contínua da qualidade baseado na reflexão-ação e na perspetiva inerente ao modelo II de Argyris & Schön (1982) conduz à mudança necessária, pressupõe no entanto, mudanças lentas e graduais.

A perspetiva da qualidade organizacional decorre de aspetos culturais inerentes à perceção do valor atribuído aos aspetos da qualidade. Deste modo, tomam reconhecimento a introdução de melhorias centradas no modelo I de Argyris & Schön (1982) em que a decisão do profissional decorre da correção ou adequação de procedimentos sem que exista reflexão e por isso, sem integração de novo conhecimento ou novas perspetivas. São exemplo, a obrigatoriedade de proceder a determinados procedimentos. Os profissionais cumprem esses procedimentos, dão resposta ao que lhes é exigido, a Instituição pode assegurar determinados objetivos de gestão mas cria-se espaço para que os modelos em uso se distanciem mais dos modelos expostos.

A reflexão-ação a partir do modelo II de Argyris & Schön (1982) onde se reconhecem também, os princípios inerentes ao modelo de aprendizagem organizacional de Senge (1990), requer uma abordagem organizacional que implica que os gestores assumam nas suas opções estratégicas modelos de ação congruentes, também, com o modelo II de Argyris & Schön (1982).

O recurso à reflexão enquanto meio para melhorar e modificar as práticas implica o reconhecimento dos modelos que orientam a ação e a sua modificação, e neste pressuposto, a mudança não se apresenta rápida e imediata. Requer tempo, requer mais reflexão, requer envolvimento, requer perseverança para se construir uma qualidade com características duradouras.

Os processos de melhoria que implicam modificação nos modelos que orientam a ação apresentam proximidade com aspetos culturais, fortemente enraizados no modo como os enfermeiros percebem o exercício profissional e que ao serem motivo de reflexão são colocados em causa gerando instabilidade que não conduz a mudança com efeitos imediatos.

O percurso de investigação permite-nos assumir:

- O processo profissionalizado de documentar assenta as suas perspetivas no valor legal da informação enquanto prova documental e na continuidade de cuidados, a produção de informação válida passível de se traduzir em indicadores de resultado, e por isso com contributos para a gestão, não se revelou pertinente.
- As áreas relevantes reconhecidas como tradutoras de demonstração dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem foram consonantes com as áreas que traduzem o core da disciplina – o autocuidado e o papel de prestador de cuidados, áreas onde se reconhecem lacunas passíveis de serem integradas em processos de melhoria contínua da qualidade.
- Os modelos orientadores da ação profissional que guardam proximidade com a gestão de sinais e sintomas e se focam essencialmente, na deteção precoce de agravamento no estado dos diagnósticos e na prevenção de complicações, são dominantes no contexto clínico. A atenção reservada aos diferentes domínios do autocuidado assume uma perspetiva focada na substituição do cliente e pouco orientada para a reconstrução da autonomia.
- A preparação do regresso a casa dos membros da família prestadores de cuidados assumiu um caráter de pertinência no processo de melhoria contínua, os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem revelou na fase de identificação do adquirido modificações que traduzem o rigor e a efetividade na abordagem a estas situações.



- A inclusão e o envolvimento de profissionais, que adquirem estatuto de elementos facilitadores na construção da mudança, assumem um relevo particular, dando expressão ao interesse de se fomentar, nas organizações de saúde, a existência de enfermeiros de referência.
- A melhoria contínua da qualidade desenvolvida num único ciclo de investigação-ação não pode representar mudanças significativas, apresenta-se antes como o primeiro, de muitos ciclos de melhoria contínua.

Podemos afirmar que este percurso de identificar um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão a partir de informação válida traduzida em indicadores de resultado de enfermagem se constitui como uma iniciativa com contributos interessantes para se compreender, que as mudanças efetivas são complexas e que só quando se colocam em causa os modelos mentais que orientam a ação dos profissionais se vislumbram transformações significativas.

O percurso de investigação que desenvolvemos permite-nos afirmar o interesse significativo de revelar os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem a partir da documentação produzida pelos enfermeiros. No âmbito da gestão e da prática profissional torna-se relevante focalizar o interesse da documentação, no valor que a informação assume para a produção de informação válida, e não apenas, como prova documental ou para a continuidade dos cuidados.

No domínio da gestão organizacional, a perspetiva de monitorização da qualidade a partir de informação válida torna-se reveladora de um desenvolvimento profissional que se distancia de outros profissionais da saúde, e que ganha representações particulares num cenário multiprofissional.

A reflexão-ação a partir do modelo II de Argyris & Schön (1982) apresenta-se como modo influenciador dos modelos que orientam a ação, tradutor de mudanças com efeitos duradouros, o que se revela interessante para as organizações mas também para a prática profissional. Os profissionais que recorrem à reflexão enquanto modo de melhorar, ou de problematizar esquemas de ação, revelam competências internalizadas com repercussões efetivas para a qualidade do exercício profissional e conseqüentemente para os níveis de qualidade da Instituição.

A perspectiva de melhoria contínua que requer envolvimento, partilha, aprendizagem em grupo é consonante com níveis de satisfação profissional em que os profissionais se consideram membros ativos e influenciadores da qualidade, esta não adquire uma conceção externa e de avaliação, mas reconhece-se como algo intrínseco e inerente aos processos normais de trabalho. E nesta perspectiva as organizações só terão vantagens em fomentar a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem a partir da reflexão-ação.

A perspectiva de melhoria contínua imbuída de reflexão assume também efeitos pertinentes no ensino. A aprendizagem de estudantes em contexto clínico é desenvolvida também a partir de modelos, que influenciam a integração de perspectivas práticas do exercício profissional de enfermagem. Em contextos clínicos onde a reflexão-ação é uma prática comum, os profissionais tendem a comportamentos congruentes com a mesma, o que favorecerá os cenários de aprendizagem e de internalização de modelos de ação.

Para terminar, reconhecemos que este ciclo de melhoria contínua que, em conjunto com a equipa desenvolvemos, foi apenas o pretexto para se iniciar algo que já há muito tempo é pretensão dos enfermeiros. Os modelos mentais que orientam a ação são complexos, não se reconhecem de imediato pelos intérpretes, têm um forte impacto na ação o que gera em nós um sentimento que daquilo que havia para mudar, mudou-se pouco. Esta impressão negativa assentará em ideias que nos fizeram pressupor que todas as mudanças, a haver mudanças, têm de ser “grandes”, o que justifica também alguma reflexão.

## 6.1. REFERÊNCIAS

ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.

FISCHER, R. (2002). Mudança e transformação organizacional. In M. T. FLEURY, *As pessoas na organização* (p. 312). Ed. Gente Liv. e Edit. Lda.

LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.

SCHÖN, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.

VASCONCELOS, I., & MASCARENHAS, A. (2007). *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson Learning.



## 7. BIBLIOGRAFIA

- ALFARO-LEFEVRE, R. (2010). *Aplicação do processo de enfermagem - uma ferramenta para pensamento crítico* (7ª ed.). (A. Thorell, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- ALLARD-POESI, F. P. (2003). *La recherche-action*. Onnaing: E-theque.
- ANA (American Nursing Association). (1980). *ANA social policy statement*. Washington, DC: ANA.
- ANA (American Nursing Association). (1995). *Na emerging framework: data system advances for clinical nursing practice*. Washington, DC: ANA.
- ANTONELLO, C. S. (2006). Aprendizagem na ação revisitada e sua relação com a noção de competência. *Comportamento organizacional e gestão*, 12, pp. 199-220.
- ANTÓNIO, N. S., & TEIXEIRA, A. (2009). *Gestão da qualidade - de Deming ao modelo de excelência da EFQM*. Lisboa: Edições Sílabo.
- ARGYRIS, C. (2005). *Maus conselhos uma armadilha gerencial*. Porto Alegre: Bookman.
- ARGYRIS, C., & SCHÖN, D. (1982). *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- ARTINIAN, B. (1982). *Nursing care plans: An exploratory study*. Los Angeles, CA: LA Country - USC Medical Center.
- ARTINIAN, B., & CONGER, M. (1997). *The intersystem model: Integrating theory and practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- ARTINIAN, B., WEST, K., & CONGER, M. (2011). *The Artinian intersystem model: Integrating theory and practice for the professional nurse* (2nd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- BANDMAN, E., & BANDMAN, B. (1995). *Critical thinking in nursing*. Norwalk: Appleton & Lange.
- BARDIN, L. (2009). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- BARKER, A. M. (2009). *Advanced practice nursing – essential knowledge for the profession*. Canadá: Jones and Bartlett Publishers.
- BASKERVILLE, R. (Oct. de 1999). Investigating information systems with action research. *Communications of the association for information systems*, Vol. 2, Artigo 19.

- BENNER, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- BOGDAN, R., & BIKLEN, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. (M. J. Alvarez, S. B. Santos, & T. M. Baptista, Trans.) Porto: Porto Editora.
- BOWERS, B. (1987). Intergenerational caregiving: Adult caregivers and their aging parents. *Advances in Nursing Science*, pp. 20-31.
- CANAVARRO, J. (2000). *Teorias e paradigmas organizacionais*. Coimbra: Quarteto Editora.
- CARNEVALI, D., & THOMAS, M. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- CARPER, B. (2006). Fundamental patterns of knowing in nursing. In W. K. CODY, *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 19-26). Sudbury - USA: Jones and Bartlett Publishers.
- CHARMAZ, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- CHINN, P., & KRAMER, M. (2004). *Integrated knowledge development in nursing*. St. Louis: Mosby.
- CODY, W., & KENNEY, J. (2006). *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice*. Sudbury - USA: Jones and Bartlett Publishers.
- COLLIÈRE, M. F. (1999). *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- CRUZ, D., & PIMENTA, C. (Maio-Junho de 2005). Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Revista latino-americana de Enfermagem*, pp. 415-422.
- DAVIES, S. (2005). Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry. *Journal of advanced nursing*, 52, pp. 658-671.
- DONABEDIAN, A. (2003). *An introduction to quality assurance in Health Care*. Oxford: University Press.
- EKWALL, A., SIVBERG, B., & HALLBERG, I. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced nursing*, 49(1), 23-32.
- FERNANDES, A. (2007). *Tipologia da aprendizagem organizacional: teorias e estudos*. Lisboa: Livros Horizonte.
- FERREIRA, P. L., & RAPOSO, V. (2006). A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 285-296. Obtido em 14 de Dezembro de 2010, de A governação em saúde e a utilização de indicadores de satisfação: [http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Art\\_Rev/](http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Art_Rev/)
- FISCHER, R. (2002). Mudança e transformação organizacional. In M. T. FLEURY, *As pessoas na organização* (p. 312). Ed. Gente Liv. e Edit. Lda.

- FORTIN, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- GARCIA, T., & NOBREGA, M. L. (Jan - Mar de 2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Revista de enfermagem - Escola Anna Nery*, Vol. 13, pp. 188-193.
- GIBBS, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Artmed Editora S.A.
- GUBA, E., & LINCOLN, Y. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. DENZIN, & Y. LINCOLN, *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage.
- GUBERMAN, N., & MAHEU, P. (2002). Conceptions of family caregivers: Implications for professional practice. *Canadian Journal of Aging*, 21, pp. 25-35.
- GUBERMAN, N., GAGNON, E., CÔTE, D., GILBERT, C., THIVIÈRGE, N., & TREMBLAY, M. (2005). How the trivialization of the demands of high-tech care in the home is turning family members into para-medical personnel. *Journal of Family Issues*, 26, pp. 247-272.
- HABERMANN, M., & UYS, L. R. (2006). *The nursing process*. London: Elsevier Health Sciences.
- HAMMER, M., & CHAMPY, J. (1994). *Reingenieria: Olvide lo que sabe sobre como debe funcionar una empresa !Casi todo esta errado!* (J. C. Nannetti, Trad.) Spain: Editorial Norma.
- HAMMOND, K. R. (1996). Upon reflection. *Thinking and reasoning*, Vol.2 (2/3), pp. 239-248.
- HENDERSON, V. (1991). *The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education : reflections after 25 years*. New York: National League for Nursing Press.
- ICN. (2000). *Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiras.
- ICN. (2002). *Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE versão beta*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- ICN. (2005). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Institute of Medicine. (2000). *To err is human: building a safer health system* (Linda Kohn; Janet Corrigan; Molla Donaldson ed.). Washington DC: National Academie Press.
- ISO/FDIS 18104 (2003). Health informatics – Integration reference terminology model for nursing *Internacional Standard*. Geneva: International Standard ISO.
- JESUS, É. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- JOHNSON, M., MAAS, M., & MOORHEAD, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed.

- KÉROUAC, S., PEPIN, J., DUCHARME, F., DUQUETTE, A., & MAJOR, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Masson.
- KIM, D. (1998). O elo entre a aprendizagem individual e a aprendizagem organizacional. In D. KLEIN, *A gestão estratégica do capital intelectual*. Rio de Janeiro: Qualitymark.
- KIM, D. (1998). The link between individual and organizational learning. In K. David., *The atrategic management of intellectual capital* (pp. 41-62). UK: Butterworth-Heinemam.
- KIM, H. S. (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing* (2rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- KIM, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3rd ed.). New York: Springer Publishing Company.
- KOCK L., A. J. (2004). Action researchin clinical supervision. *Journal of vocational rehabilitation*, pp. 55-58.
- KOHN, L., CORRIGAN, J., & DONALDSON, M. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. USA: National Academies Press.
- LATIMER, J. (2005). *Investigação qualitativa avançada para enfermagem*. (J. T. Menezes, Trad.) Lisboa: Instituto Piaget.
- LAURI, S., & SALANTERA, S. (1998). Decision-making models in different fields of nursing. *Research in nursing & health*, 21, pp. 443-452.
- LAURI, S., SALANTERA, S., BILD, H., CHALMERS, K., DUFY, M., KIM, H. S., . . . MASON, D. (April de 1997). Public Health Nurses' Decision Making in Canada, Finland, Norway, and the United States. *Western Journal of Nursing Research*, Vol 19 (2), pp. 143-165.
- LAVOIE, J.-P. (2000). *Familles et soutien aux parents âgés dépendants*. Paris: Harmattan.
- LE BOTERF, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. (M. D. Garrido, Trad.) Lisboa: Edições Asa.
- LE BOTERF, G. (Junho de 2006). Avaliar a competência de um profissional. *Pessoal*, pp. 60-63.
- LE BOTERF, G. (2010). *Professionnaliser: Construire des parcours personnalisés de professionnalisation*. Paris: Editions Eyrolles.
- LEPROHON, J. (2001). A qualidade dos cuidados de enfermagem. *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros: Melhor Enfermagem, Melhor Saúde*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros Portugueses.
- LÉVESQUE, L., DUCHARME, F., CARON, C., HANSON, E., MAGNUSSON, L., NOLAN, J., & NOLAN, M. (2010). A partnership approach to service needs assessment with family caregivers of an aging relative living at home: A qualitative analysis of the experiences of caregivers and practitioners. *International Journal of Nursing Studies*, 47, pp. 876-887.
- LOPES, A., & CAPRICHIO, L. (2007). *Manual de gestão da qualidade*. Lisboa: Editora RH.



- LOPES, M. J. (1999). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Porto: Associação Portuguesa de enfermeiros.
- LOPES, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- LUNNEY, M. (2004). *Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: Estudos de caso e análises*. (R. Marques, Trad.) Porto Alegre: Artmed.
- LUNNEY, M. (2009). *Critical thinking to achieve positive health outcomes: nursing case studies and analyses*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- MACHADO, N. (2004). *A evolução do exercício profissional de enfermagem 1940-2000 - Análise numa perspetiva histórica*. Porto: Dissertação de mestrado, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: [s. n.]
- MARTINS, T. (2006). *Acidente vascular cerebral - Qualidade de vida e bem estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau.
- MASTERS, K. (2005). *Role development in professional nursing practice*. USA: Jones & Bartlett Learning.
- MÁXIMO-ESTEVEES, L. (2008). *Visão panorâmica da investigação-acção*. Porto: Porto Editora.
- McEWEN, M. W. (2009). *Bases teóricas para enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- McKENNA, G. (Abril de 1993). Unique theory - is it essential in the development of a science of nursing? *Nurse Education Today*, 13, pp. 121-127.
- McNIFF, J., & WHITEHEAD. (2009). *Doing and writing action research*. Thousand Oaks: SAGE.
- MELEIS, A. (2005). *Theoretical nursing: development & progress*. Philadelphia: Lippincott.
- MELEIS, A., & TRANGENSTEIN, P. (1994). Facilitating transitions: re-definition of the nursing mission. *Nursing Outlook*, pp. 255-259.
- MELEIS, A., SAWYER, L., IM, E.-O., MESSIAS, D., & SCHUMACHER, K. (Setembro de 2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, pp. 12-28.
- MEZOMO, J. (2001). *Gestão da qualidade na saúde – princípios básicos*. S.Paulo: Editora Manole.
- MONTI, E.; TINGEN, M. (June de 1999). Multiple paradigms of nursing science. *Advances in nursing science*, pp. 64-80.
- MONTI, E. T. (2006). Multiple paradigms of nursing science. In W. K. Cody, *Philosophical and theoretical perspectives for advanced nursing practice* (pp. 27-42). Sudbury, USA: Jones and Bartlett Publishers.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MAAS, M., & SWANSON, E. (2010). *Nursing outcomes classification*. Rio de Janeiro: Elsevier.

- MORTON-COOPER, A. (2000). *Action research in health care*. USA: Blackwell science.
- NIGHTINGALE, F. (1898). *Notes on nursing - What it is and what it is not*. New York: Appleton and Company.
- NOLAN, M., & NOLAN, J. (1999). Rehabilitation, chronic illness and disability: the missing elements in nurse education. *Journal of advanced nursing*, 29, pp. 958-966.
- NONAKA, I. (November-December de 1991). The knowledge creating company. *Harvard Business Review*, pp. 96-104.
- OE. (Março de 2002). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual; enunciados descritivos. *Ordem dos enfermeiros*, pp. 39-42.
- OREM, D. (1991). *Modelo de Orem: conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona: Masson.
- OREM, D., RENPENNING, K., & TAYLOR, S. (2003). *Self-care theory in nursing: selected papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Publishing Company.
- ORLANDO, I. J. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: Function, process and principles*. New York: Putnam's.
- ORSI, A. (2004). Gestão do conhecimento – os modos de conversão do conhecimento nas incorporações de bases externas. *FACEF PESQUISA*, 7, pp. 91-109.
- PEREIRA, F. (Julho de 2004). Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Ordem dos enfermeiros – suplemento da revista*, pp. 13-21.
- PEREIRA, F. (2007). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar: [s.n.].
- PEREIRA, F. (2009). *Informação e qualidade - Do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- PESUT, D. J., & HERMAN, J. (1999). *Clinicalreasoning: the art and science of critical and creative thinking*. London: Dermal Publishers.
- PETRONILHO, F. (2007). *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau.
- POLIT, D., BECK, C., & HUNGLER, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização* (3ª ed.). Porto Alegre.
- PORTUGAL. (s.d.). *Programa nacional de acreditação em saúde*. Obtido em 27 de Maio de 2011, de Ministério da Saúde - DGS: [http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page\\_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/programanacionaldeacreditacaoemsaude.pdf)
- PORTUGAL. Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010 – Mais saúde para todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. (2006). Decreto-lei n.º 101/2006. *Diário da República I Série - A*, 3856-3865.

- PORTUGAL. (2008). Decreto-lei n.º 234/2008. *DR 1ª série N.º 233 de 2 de dezembro*, pp. 8600-8609.
- PORTUGAL. (2009). Decreto-lei n.º 248/2009. *Diário da República I Série*, n.º 184, pp. 6761-6765.
- PORTUGAL. (2009). Despacho n.º 14223. *DR 2ª série N.º 120 de 24 de junho*, pp. 24667-24669.
- RIBEIRO, L. F. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Lisboa: Sindicato dos enfermeiros portugueses.
- ROCHA, J. A. (2006). *Gestão da qualidade - Aplicação aos serviços públicos*. Lisboa: Escolar Editora.
- SANTOS JÚNIOR, A., BISPO, F., & L., M. (2005). *A gestão da aprendizagem nas organizações*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Pública e Empresas.
- SCHÖN, D. (1998). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et de ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. In J. M. Barbier, *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (2e édition ed.). Paris: Presses Universitaires de France.
- SCHÖN, D. (2000). *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- SCHUMACHER, K., & MELEIS, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 119-127.
- SCHUMACHER, K., STEWART, B., ARCHBOLD, P., & DODD, M. (Jun de 2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research In Nursing & Health*, 23, pp. 191-203.
- SENGE, P. (1990). *A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo: Editora Nova Cultural.
- SENGE, P. (2006). *A quinta disciplina: arte e prática da organização que aprende* (22ª ed.). Rio de Janeiro: BestSeller.
- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (1999). *The dance of change: the challenges of sustaining momentum in learning organizations*. New York: Random House, Inc.
- SENGE, P., KLEINER, A., ROBERTS, C., ROSS, R., ROTH, G., & SMITH, B. (2000). *La danza del cambio: Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje*. Colombia: Editorial Norma, S.A.
- SHYU, Y. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*, 32, pp. 619-625.
- SILVA, A. P. (2001). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar: [s.n.].

- SILVA, A. P. (2006). *Sistemas de informação em enfermagem: uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, A. P. (Janeiro/Abril de 2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 55, pp. 11-20.
- SILVA, A. P. (2009). Prefácio. In F. PEREIRA, *Informação e qualidade - do exercício profissional dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- SILVA, M. A. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem - estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde: [s.n.].
- SILVA, M. I. (1996). *Práticas educativas e construção de saberes*. Lisboa: Instituto de inovação educacional.
- SOARES, M. I. (1997). *Da blusa de brim à touca branca*. Lisboa: Educa.
- SOUSA, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde* (1ª edição ed.). Coimbra: Formasau.
- SOUSA, P. (2006). *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde*. Coimbra: Formasau.
- SOUSA, P., PINTO, F., COSTA, C., & UVA, A. S. (2008). Avaliação da qualidade em saúde: a importância do ajustamento pelo risco na análise de resultados na doença crónica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume Temático*, pp. 57-65.
- SPRADLEY, J. (1980). *Participant observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- STRAUSS, A., & CORBIN, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.
- STREUBERT, H., & CARPENTER, D. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem – avançando o imperativo humanista*, Lisboa: Lusociência. Lisboa: Lusociência.
- THOMPSON, Carl, & DOWDING, D. (2002). *Clinical decision making and judgement in nursing*. USA: Elsevier Health Sciences.
- TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2002). *Modelos y teorías en enfermería* (5ª ed. ed.). Madrid: Elsevier Science.
- TOMEY, A., & ALLIGOOD, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra*. (A. R. Albuquerque, Trad.) Loures: Lusociência.
- TRIPP, D. (Set./Dez. de 2005). Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educação e pesquisa*, 31, pp. 443-466.
- VASCONCELOS, I., & MASCARENHAS, A. (2007). *Organizações em aprendizagem*. São Paulo: Thomson Learning.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem pós-moderna e futura - um novo paradigma*. Loures: Lusociência.

WHITEHEAD, J., & McNIFF. (2006). *All you need to know about action research*. SAGE.

YOUNG, A., TAYLOR, S. G., & RENPENNING, K. (2001). *Conexions: Nursing research, theory and practice*. St. Louis: Mosby.

YURA, H., & WALSH, M. B. (1988). *The nursing process: Assessing, planning, implementing, and evaluation*. Norwalk: Appleton and Lange.

ZAGONEL, I. (Julho de 1999). O cuidado humano transaccional na trajetória de enfermagem. *Revista latino-am.enfermagem*, pp. 25-32.



## ANEXOS

**Anexo 1** – Análise de conteúdo das reuniões de grupo realizadas na fase de identificação das oportunidades de desenvolvimento e na fase de identificação do adquirido

**Anexo 2** – Autorização da Instituição onde decorreu o estudo

**Anexo 3** – Focos de atenção que integram a documentação de enfermagem – Momento 1

**Anexo 4** – Diagnósticos de enfermagem que integram a documentação de enfermagem – Momento 1

**Anexo 5** – Intervenções de enfermagem implementadas – Momento 1

**Anexo 6** – Síntese dos trabalhos realizados em grupo relativo a aspetos da decisão clínica sobre as áreas inerentes ao autocuidado e preparação para o desempenho do papel de prestador de cuidados

**Anexo 7** – Preparação do regresso a casa centrado no desempenho para o papel de prestador de cuidados – critérios de resultado face ao conhecimento e aprendizagem de habilidades do membro da família prestador de cuidados

**Anexo 8** – Focos de atenção que integram a documentação de enfermagem – Momento 2

**Anexo 9** – Diagnósticos de enfermagem que integram a documentação de enfermagem – Momento 2

**Anexo 10** – Intervenções de enfermagem implementadas – Momento 2





**ANEXO 1 – ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS REUNIÕES DE GRUPO REALIZADAS NA FASE DE IDENTIFICAÇÃO DAS OPORTUNIDADES DE DESENVOLVIMENTO E NA FASE DE IDENTIFICAÇÃO DO ADQUIRIDO**

<b>MOMENTO 1 [novembro 2008]</b>				
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Participante</b>	
Gestão e organização	Informação válida/Indicadores	Mostrar visibilidade, é isso?	RG1_E1	
		Os níveis de infeção, por exemplo, são um indicador de qualidade.	RG1_E2	
		Se os nossos doentes não têm úlceras de pressão, também é um indicador.	RG1_E4	
		Não haver quedas no serviço é outro indicador de qualidade.	RG1_E3	
	Informação válida	Nós muitas vezes ensinamos mas não chegamos a documentar.	RG1_E7	
	Organização do serviço	Nós não temos tempo para nada	RG1_E6	
		Temos excesso de doentes.	RG1_E6	
		Nós não temos tempo para nada, o corredor está sempre cheio.	RG1_E6	
		Nós não temos tempo para nada, temos horas a mais.	RG1_E6	
		se começamos com mudanças no meio desta confusão, a qualidade só irá ficar pior.	RG1_E6	
		Nós se não documentamos mais ou melhor é porque não temos tempo	RG1_E7	
		Precisamos de condições para fazer enfermagem como deve ser e não assim, sempre a correr.	RG1_E7	
		Os doentes se não são posicionados é porque falta pessoal suficiente para prestar todos os cuidados.	RG1_E9	
		As altas não são bem programadas	RG1_E12	
		Ficamos a saber que um doente que precisa de prestador de cuidados vai embora já no próprio dia	RG1_E12	
		O doente vai embora no próprio dia claro que depois é muito difícil fazer os ensinamentos todos a correr	RG1_E12	
		Também mudamos muitas vezes de doentes	RG1_E25	
		Quando fico com os mesmos doentes, dois ou três turnos seguidos, acabo por conhecer melhor os doentes	RG1_E25	
		Os turnos da tarde às vezes são muito confusas, com muitas alterações (de terapêutica) para fazer.	RG1_E28	
		Modelo em uso	Com a pressa, e temos muitos doentes, às vezes facilita-se.	RG1_E24
		Rotinas defensivas	As intervenções do tipo ensinar são pouco documentadas mas isso não quer dizer que não fazemos, às vezes até ensinamos.	RG1_E11
		Informação/Documentação de enfermagem	Nas situações em que o doente morre, fica apenas um registo.	RG1_E20

<b>MOMENTO 1 [novembro 2008]</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Participante</b>
Gestão e organização	Informação/Documentação de enfermagem	Temos situações em que se identifica o diagnóstico e quando o doente se vai embora, se esse diagnóstico se mantém nós não damos termo.	RG1_E21
		Por exemplo nas situações em que se identificam os diagnósticos relativos aos prestadores de cuidados e na implementação das intervenções não aparece ninguém e não se dá termo no processo	RG1_E21
		Melhorar a informação documentada de modo a que não seja necessária a identificação de diagnósticos que traduzem a condição do doente. Exemplo: alterações na fala – especificações	RG1_E26
		Só pode ser alterada nas primeiras 24 horas, depois disso não se integram novos dados.	RG1_E26
		É preferível identificar o diagnóstico de condição e quando este deixar de existir ou modificar fazem as respetivas alterações.	RG1_E24
		Nós muitas vezes ensinamos mas não chegamos a documentar.	RG1_E23
		As pessoas fazem os ensinamentos muitas vezes ou não registam ou não se chega a saber o que já foi dito ou feito e o que falta fazer, acho que é uma falha do SAPE, devia-se conseguir arranjar forma de saber o que é que já foi dito ao prestador de cuidados para validarmos se a pessoa já integrou a informação ou não.	RG1_E19
Modelos que orientam a ação	Orientação para a deteção de agravamento e/ou prevenção de complicações.	O risco de queda é obrigatório por causa do processo de acreditação do hospital.	RG1_E15
		A todos os doentes é obrigatório identificar o risco de queda utilizando a escala de Morse.	RG1_E15
		Temos muitos doentes acamados, daí a dependência no autocuidado	RG1_E16
		Preocupação em evitar as úlceras de pressão	RG1_E16
		Temos muitos doentes acamados, a imobilidade leva frequentemente a quadros de obstipação	RG1_E17
		identificamos o metabolismo energético a todos os doentes que têm pesquisa de glicemia capilar	RG1_E18
		A ortopneia é muito frequente pois temos muitos doentes com patologia do foro respiratório	RG1_E19
		Temos muitos doentes que estão a fazer oxigenoterapia.	RG1_E19

<b>MOMENTO 1 [novembro 2008]</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Participante</b>		
Modelos que orientam a ação	Orientação para a deteção de agravamento e/ou prevenção de complicações.	A infeção até identificamos pouco, já deixamos de identificar nas situações em que os doentes têm cateter venoso periférico.	RG1_E20		
		Ainda há serviços que identificam o risco de infeção, nós achamos que não faz sentido pois as normas de procedimento são aquelas que a comissão de controlo de infeção preconiza e faz-se igual para todos.	RG1_E20		
		Identificamos o risco de infeção associada à presença do cateter urinário, permite maior monitorização do número de doentes com algália.	RG1_E20		
		Permite saber quanto tempo o doente tem algália e logo que possível, retiramos.	RG1_E20		
		Isto quer dizer que nós monitorizamos e vigiamos muito, não é?	RG1_E25		
		São as vigilâncias e nós temos muitas...	RG1_E25		
		Os nossos doentes apresentam frequentemente quadros agudos que requerem muita atenção por parte dos enfermeiros.	RG1_E9		
		As intervenções de monitorizar e vigiar acabam por ser implementadas em todos os turnos, todos os dias.	RG1_E25		
		Nestas intervenções incluem-se monitorizar/vigiar os sinais vitais, dor, dejeções, secreções, a pele, características das úlceras de pressão, etc.	RG1_E25		
		Orientação para o autocuidado		O doente ou o prestador de cuidados só sai do serviço depois de ter feito as pesquisas e administrado a insulina pelo menos 1 vez.	RG1_E22
				Quando é para fazer os ensinamentos das pesquisas e da administração de insulina é quase sempre no mesmo dia que o doente vai embora (...) é tudo a correr	RG1_E22
		Orientação para a preparação do membro da família prestador de cuidados		Às vezes ensinamos tudo nesse dia (dia da alta)	RG1_E23
Muitas vezes permitimos que o doente fique mesmo até à noite para ainda dar tempo de vermos o prestador de cuidados a fazer	RG1_E23				
Por vezes há dificuldade para os familiares virem cá.	RG1_E24				
Às vezes as pessoas que vêm cá não são as que vão tomar conta do doente.	RG1_E24				
Se os prestadores de cuidados vêm à tarde já não se pode ensinar a dar o banho.	RG1_E24				

<b>MOMENTO 1 [novembro 2008]</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Participante</b>
Modelos que orientam a ação		À tarde até se pode ensinar a alimentar por sonda	RG1_E27
	Orientação para o autocuidado e ou prestador de cuidados	Quando implementamos intervenções do tipo ensinar/instruir/treinar sendo em menos doentes também se identifica em menos turnos e em muito menos dias.	RG1_E25
Tomada de decisão clínica de enfermagem	Decisão relativa a intervenção resultante de prescrição	Nós temos muitos doentes hipertensos temos que vigiar para administrar a medicação em sos e não deixar a situação chegar a valores que podem pôr em causa a vida do doente	RG1_E9
		Também identificamos muitas vezes febre, e se a temperatura estiver elevada também temos que administrar medicação.	RG1_E9
	Decisão diagnóstica	As dúvidas surgem quando se identificam os diagnósticos	RG1_E13
		Basta o doente ter fralda que se identifica logo este autocuidado	RG1_E31
		Nós não estamos muito habituados a dizer com objetividade quais os dados que usamos para identificar o diagnóstico.	M2_E7
		Nós, pelo diagnóstico médico, e da experiência que temos chegamos rapidamente às dependências no autocuidado	M2_E8
		Chegamos rapidamente às dependências no autocuidado, quando os doentes têm parésias, ou alteração da consciência, ou dificuldades respiratórias	M2_E8
	Decisão relativa a integridade referencial	As intervenções muitas vezes não são as adequadas para aqueles diagnósticos	RG1_E13
		Limitamo-nos muito às intervenções que são as de rotina	RG1_E13
	Decisão relativa a prescrição de intervenções	Nos autocuidados, temos combinado no serviço que quando identificamos um autocuidado em grau reduzido associamos a intervenção incentivar, se for grau moderado já é assistir, se for elevado é substituir, ou seja, dar banho ou alimentar o doente, etc.	RG1_E13
		Podemos melhorar os resultados (no risco de maceração) com a intervenção aplicar protetor cutâneo	RG1_E31
		Quando o doente está melhor vai ao chuveiro com o auxiliar, embora os enfermeiros tenham que supervisionar, é sempre um banho rápido, não há tempo para deixar o doente fazer sozinho...nem pensar.	RG1_E33
	Decisão relativa ao foco	Não se torna necessário identificar a afasia, não porque se tenham intervenções que melhorem o problema mas apenas para dar conhecimento desta condição que determina formas de	RG1_E26

<b>MOMENTO 1 [novembro 2008]</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Unidade de registo</b>	<b>Participante</b>
Tomada de decisão clínica de enfermagem	Decisão relativa ao foco	comunicação diferentes.	
		Ou nas situações de alterações de consciência onde se identifica coma ou estupor para definir a condição.	RG1_E26
Exercício profissional	Modelos em uso	Por vezes deixam-se os doentes mais tempo sem serem posicionados para que os registos fiquem todos feitos.	RG1_E10
		Eu prefiro deixar os registos por fazer mas vou posicionar os doentes.	RG1_E10

MOMENTO 2 [março 2010]			
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Participante
Gestão e organização	Organização do serviço	Com o serviço da forma que está por mais que a gente queira é impossível....são alterações até às 9h da noite quando é que temos tempo para ensinar	RG2_E21
		(Face à preparação do prestador de cuidados) Eu tenho noção que para se fazer as coisas bem feitas é preciso tempo.	RG2_E22
		Não vale a pena estar a ensinar o doente quando ele vai para os cuidados continuados.	RG2_E9
		Os enfermeiros lá têm mais tempo e dedicam-se mais a isso, enquanto aqui, temos um elevado número de doentes e temos doentes a necessitar muito mais de nós, porque têm muitas úlceras ou porque requerem mais vigilância dado estarem mais instáveis.	RG2_E9
		Os doentes que já estão à espera para ir para os cuidados continuados muitas vezes têm a ajuda dos auxiliares nas coisas que vão precisando, por exemplo no banho, eles vão ao chuveiro com os auxiliares, praticamente são eles que lhes dão banho, nós apenas supervisionamos o trabalho e muitas vezes é quando temos tempo, caso contrário aproveitamos para fazer outras coisas como por exemplo preparar a medicação.	RG2_E10
		Os médicos só avisam que o doente vai ter alta, mesmo no dia da alta, depois é uma confusão...é um ensino muito rápido	RG2_E10
		Outro dia foi uma coisa assim do género, eu fiquei na dúvida quanto à preparação duma PC para alimentar por sng, a médica fez questão de dar alta na mesma, eu liguei para o centro de saúde e o colega garantiu que no dia seguinte passaria por casa do doente e avaliaria esses aspectos.	RG2_E29
		O facto de mudarmos muito de doentes faz com que se perca a noção sobre todas as necessidades dos doentes, nomeadamente quando relacionadas com o prestador de cuidados. Quando valorizamos já o doente está quase a ter alta ou já tem alta prevista.	RG2_E34
		Relativamente às reuniões de passagem de turno – estas têm vindo a perder a sua essência, as pessoas passam diretamente umas para as outras, e perde-se muita informação.	RG2_E35

MOMENTO 2 [março 2010]			
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Participante
Gestão e organização	Organização do serviço	Eu sugeria que se tentasse fazer um esquema em que durante um mês, por exemplo; fosse um enfermeiro responsável pela preparação dos prestadores de cuidados, reunia melhor toda a informação, dizia as coisas da mesma forma, talvez fosse melhor.	RG2_E36
		Também se podia tentar passar para escrito a sistematização possível para haver maior sintonia entre as pessoas, maior coerência entre o que todos os enfermeiros dizem.	RG2_E37
		Uma das dificuldades também está no facto de nós mudarmos muito de doentes, às vezes, fico com o doente só no dia da alta e ainda tenho de fazer os ensinamentos todos.	RG2_E20
		Fazemos sempre os registos mas com a <u>pressa podemos ter algumas falhas.</u>	RG2_E20
		Nas fases em que o serviço está mais cheio pode haver mais falhas nos registos.	RG2_E21
		(Face ao aumento do número de episódios apenas com um registo dos diagnósticos) Pode ter sido uma fase com muitos doentes.	RG2_E22
		Modelos que orientam a ação	Orientação para a deteção de agravamento e/ou prevenção de complicações
Nós estamos preocupados com a pele, trocamos a fralda e mudamos a fralda para evitar a maceração	RG2_E3		
Fazemos sempre isso, dizemos sempre a quantidade de água que a pessoa deve fazer e quando, mas nunca documentamos	RG2_E52		
Habitualmente identificamos sempre os dois diagnósticos (autocuidado posicionar-se e risco de úlcera de pressão) sendo a intervenção a mesma quer para a dependência no posicionar-se quer para o risco de úlcera de pressão, ou seja, posicionar o doente.	RG2_E7		
Modelos que orientam a tomada de decisão	Então deixamos de identificar o autocuidado: uso de sanitário e passamos a identificar o risco de maceração?		RG2_E4
Orientação para o autocuidado	(A decisão face a autocuidado uso do sanitário ou risco de maceração) Tudo dependerá dos dados, pois podemos ter um doente que apesar de estar de fralda é capaz de pedir a aparadeira.		RG2_E5
	Mas podemos ter um doente que ficou com uma parésia e este pode precisar de preparação para se tornar mais autónomo neste autocuidado.		RG2_E5

MOMENTO 2 [março 2010]			
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Participante
Modelos que orientam a ação	Orientação para o autocuidado	Proposta de melhorar resultados por via de na intervenção ensinar sobre... referir o alteador de sanita, as barras laterais, utilizar a casa de banho própria para para mostrar ao/treinar o doente.	RG2_E6
	Orientação para o autocuidado e/ou papel de prestador de cuidados	Quando é para fazer os ensinamentos das pesquisas e da administração de insulina é quase sempre no mesmo dia que o doente vai embora, só quando o médico dá alta é que decide se o doente vai fazer insulina em casa ou não, depois tem de passar as receitas, o prestador de cuidados ou família ainda têm de ir comprar a insulina e só depois é que eles podem fazer já com a caneta de insulina.	RG2_E12
		Até podem fazer com as seringas mas é muito diferente por isso nunca ensinamos antes, só quando já tem o equipamento que depois vai usar. A maior parte das vezes fica até à hora do jantar e assim faz pelo menos uma vez mas nós sabemos que está mal.	RG2_E13
	Orientação para a preparação do membro da família prestador de cuidados	Quando é por exemplo para ensinar sobre o banho, ocupa-nos muito tempo, os PC nem sempre estão disponíveis, às vezes as famílias ainda nem se entenderam bem e depois nem vem ninguém ou vêm várias pessoas.	RG2_E14
		Por exemplo a família da D. xx quiseram estar as cinco filhas, o que é que eu ia dizer, deixei-as ficar enquanto explicava as coisas do banho, e a levantar para o sofá. Elas ainda não decidiram quem vai ficar ou se ficam à vez. Claro que se torna mais complicado.	RG2_E15
		Uma das coisas que não está muito bem são os ensinamentos para a alimentação por sng, basta um que diz que no fim tem que dar 30ml de água e o outro que diz 100ml que fica logo uma confusão. São aspetos que parecem não ter importância mas para os prestadores de cuidados causa muita insegurança.	RG2_E16
		Há pessoas que explicam como proceder para verificar o posicionamento da sonda outros limitam-se a dizer apenas como administrar.	RG2_E17
		Às vezes as pessoas parecem ter tantas dúvidas e ficam tão confusas que até preferia que não lhe tivessem dito nada e eu fazia tudo de novo.	RG2_E18
		Nós temos preocupação com a sng porque habitualmente são doentes que já estavam acamados e que a única coisa que têm de diferente é a sonda nasogastrica	RG2_E23



MOMENTO 2 [março 2010]			
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Participante
Modelos que orientam a ação	Orientação para a preparação do membro da família prestador de cuidados	Às vezes o doente fica até à noite para aprender a administrar a insulina antes do jantar e logo a seguir vai embora...	RG2_E24
		Às vezes até em coisas muito simples...por exemplo a pôr a fralda, parece-nos tão simples e outro dia a senhora que eu ensinei viu-me a fazer num dia e percebeu. No dia a seguir quando estava a pôr a fralda ela já não sabia por onde começar.	RG2_E31
		Verificamos que os doentes que vão embora com alimentação por sonda nasogástrica e depois são de novo internados por qualquer motivo, acabam por chegar aqui muito emagrecidos e desnutridos também.	RG2_E48
		De facto podíamos considerar a possibilidade de melhorar esta intervenção incluindo outros profissionais como a dietista ou nutricionista. Podia ficar à partida uma dieta standard quando os doentes tivessem condição nutricional normal. Nas situações em que já existe alterações nutricionais, situações particulares solicitar a colaboração do nutricionista.	RG2_E49
		(Face à preparação do prestador de cuidados) Outro dia estive quase 3 h com uma prestadora de cuidados, eram aquelas coisas todas do banho, posicionar, alimentar...	RG2_E22
		Às vezes é muita informação ao mesmo tempo, a pessoa chega debitamos tudo e muitas vezes, no mesmo dia o doente vai embora.	RG2_E11
Tomada de decisão clínica de enfermagem	Decisão relativa a prescrição de intervenções	(Face ao conceito incentivar) Eu vou ser muito sincera, é mesmo “ande lá tem de comer”, ou coisas assim do género	RG2_E44
		(Face à intervenção ensinar sobre estratégias para se alimentar)É, de facto não é correto dizermos estratégias porque nós podemos ensinar quanto à utilização de equipamento mas não de estratégias neste particular do alimentar-se.	RG2_E45
		(Face à intervenção ensinar sobre valor nutricional) Costumamos dizer algumas coisas, que deve fazer várias refeições, com sopas que podem levar tudo, inclusive peixe ou carne, o leite, os iogurtes mas sem grande pormenor em termos do valor calórico dos alimentos.	RG2_E47
	Decisão diagnóstica	Sempre que temos um doente a ser alimentado por sng e temos dependência para o alimentar-se, temos sempre que	RG2_E50

MOMENTO 2 [março 2010]			
Categoria	Subcategoria	Unidade de registo	Participante
Tomada de decisão clínica de enfermagem	Decisão diagnóstica	identificar o risco de aspiração?	
		Por exemplo temos uma senhora que se alimentava oralmente sem problemas mas como tem varizes esofágicas a médica prescreveu alimentação por sng pelo risco elevado de hemorragia. Esta senhora enquanto não se alimentar sozinha podemos dizer que tem dependência para se alimentar mas pode não ter risco de aspiração porque ela adota comportamentos no sentido de proteger a via aérea, não é?	RG2_E51
		(Face aos dados relevantes na identificação do prestador de cuidados) A prestadora de cuidados disse-me tantas coisas, queria falar ainda mais coisas e eu fico sem saber o que é que interessa no meio daquilo tudo.	RG2_E17
	Tomada de decisão clínica de enfermagem	(Face aos dados relevantes para identificação do diagnóstico) Nesta questão da preparação do prestador de cuidados nós ainda estamos muito básicos.	RG2_E19
		Se tem prescrito repouso no leito quando deixar de ter essa prescrição o doente não tem qualquer dependência neste autocuidado.	RG2_E5
Exercício profissional de enfermagem	Competência profissional	Pois! É a tal coisa, cada um faz como entende.	RG2_E43
	Modelo em uso	(Face às prioridades) É tudo importante. Um doente que vai iniciar um antibiótico tem de começar imediatamente, ou se começa a fazer perfusão com cloreto de potássio, também.	RG2_E26
		As alterações são muito importantes...faz-se o ensino mais à pressa e assim fazemos tudo.	RG2_E27
		A preparação do PC....Implica muito tempo	RG2_E18
	Responsabilidade profissional	(Face à preparação dos membros da família prestadores de cuidados) Mas de facto as pessoas não vão muito bem preparadas e nós temos essa noção.	RG2_E28
		(Face à preparação dos membros da família prestadores de cuidados) Nós temos noção de que gostaríamos de fazer melhor mas não temos tempo.	RG2_E30

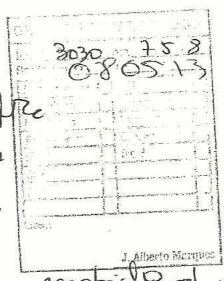
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO ONDE DECORREU O ESTUDO

Natália de Jesus Barbosa Machado  
R. Luís de Camões, nº 76 – 2º Dto.  
4590-596 Paços de Ferreira  
Contacto: 936667851

*Deliberado em reunião do  
Est. de Saúde*

*Al. Anexo autorizado...  
21.5.08...  
18-5-08*

*A' Comiss. de Ética  
10 em favor*



*22-1-08*  
Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do  
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E.

*18-6-08  
Vil. 2*

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um trabalho de investigação sob o tema "Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem – modelo para uma melhoria contínua baseado em resultados".

Em resposta ao Vosso ofício 329/PCA, junto anexamos a apresentação geral do projecto que inclui a finalidade do estudo, perguntas de investigação e metodologia a utilizar.

Juntamos também um documento do orientador que confirma o acordo com este projecto.

Peço deferimento.

Atenciosamente

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
Reunião N.º 23 Em 18/06/08

Penafiel, 7 de Maio de 2008

*Natália Machado*

(Natália Machado)

Da Comissão de Ética (Texto da deliberação em anexo)

- Aprovado o documento do Projeto de estudo e o volume do mesmo que para a instituição e um para o equipamento do centro de saúde não encontrando objecções à sua implementação, salvo o comprometimento dos próprios enfermeiros participantes como entidade e como pessoas na sua vertente, não devendo ser cogidos ou prejudicados os seus direitos e participarem.

Dr. Braga da Cunha  
Presidente da Comissão de Ética

*...at. Presidente de CA  
... 9.4.2007...  
... documento...  
... 14-5-2007*

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
08.06.08 N.º 403/A



**ANEXO 3 – FOCOS DE ATENÇÃO QUE INTEGRAM A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM –  
MOMENTO 1**

<b>MOMENTO 1</b>		
<b>Foco de atenção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Queda	360	7,07%
Auto Cuidado: Higiene	356	6,99%
Úlcera de Pressão	339	6,66%
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	312	6,13%
Metabolismo energético	284	5,58%
Obstipação	271	5,32%
Alimentar-se	253	4,97%
Ortopneia	252	4,95%
Infecção	218	4,28%
Posicionar-se	205	4,03%
Dor	177	3,48%
Febre	163	3,20%
Dispneia Funcional	153	3,00%
Transferir-se	148	2,91%
Retenção Urinária	136	2,67%
Expectorar	125	2,45%
Membrana Mucosa	119	2,34%
Confusão	109	2,14%
Edema	107	2,10%
Aspiração	101	1,98%
Ferida	72	1,41%
Perda Sanguínea	64	1,26%
Hipotensão	62	1,22%
Disartria	52	1,02%
Hipertensão	51	1,00%
Apetite	47	0,92%
Vômito	42	0,82%
Ferida Cirúrgica	40	0,79%
Morte	39	0,77%
Afasia	35	0,69%
Maceração	32	0,63%
Ferida Traumática	31	0,61%
Anquilose	26	0,51%
Convulsão	24	0,47%
Parésia	22	0,43%
Pé Equino	22	0,43%
Náusea	21	0,41%
Coma	17	0,33%
Pele seca	16	0,31%
Estupor	16	0,31%
Deambular	16	0,31%
Tegumento	15	0,29%

<b>MOMENTO 1</b>		
<b>Foco de atenção</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Sonolência	12	0,24%
Gestão do Regime Terapêutico	12	0,24%
Andar com Auxiliar de Marcha	11	0,22%
Insônia	10	0,20%
Hematoma	9	0,18%
Úlcera Venosa	6	0,12%
Audição	6	0,12%
Tossir	5	0,10%
Incontinência Urinária	5	0,10%
Perfusão dos Tecidos	4	0,08%
Hemorragia	4	0,08%
Visão	4	0,08%
Ansiedade	4	0,08%
Arritmia	3	0,06%
Ascite	3	0,06%
Eritema	3	0,06%
Zona de pressão	3	0,06%
Tontura	3	0,06%
Tristeza	3	0,06%
Auto Cuidado: Vestuário	3	0,06%
Pele	2	0,04%
Úlcera Arterial	2	0,04%
Contusão	2	0,04%
Afasia Motora	2	0,04%
Prurido	2	0,04%
Adesão ao Regime Terapêutico	2	0,04%
Deglutição	1	0,02%
Desidratação	1	0,02%
Incontinência Intestinal	1	0,02%
Diarreia	1	0,02%
Eliminação Urinária	1	0,02%
Exantema	1	0,02%
Úlcera	1	0,02%
Escoriação	1	0,02%
Fractura	1	0,02%
Equilíbrio Corporal	1	0,02%
Agitação	1	0,02%
Afasia Sensorial	1	0,02%
Disfasia	1	0,02%
Dor cutânea	1	0,02%
Humor	1	0,02%
Luto	1	0,02%
Precaução de Segurança	1	0,02%
<b>Total</b>	<b>5092</b>	<b>100,00%</b>

**ANEXO 4 – DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE INTEGRAM A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – MOMENTO 1**

<b>MOMENTO 1</b>			
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Auto Cuidado Higiene Dependente	Dependência	969	16,6%
Auto Cuidado Uso do Sanitário Dependente	Dependência	806	13,8%
Alimentar-se Dependente	Dependência	667	11,4%
Posicionar-se Dependente	Dependência	560	9,6%
Úlcera de Pressão	Presente	462	7,9%
Dor	Presente	431	7,4%
Transferir-se Dependente	Dependência	354	6,1%
Metabolismo energético Alterado	Alteração	287	4,9%
Expectorar Ineficaz	Ineficácia	282	4,8%
Membrana Mucosa Alterada	Alteração	218	3,7%
Membrana Mucosa	Alteração	218	3,7%
Apetite	Diminuição	92	1,6%
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	31	0,5%
Deambular	Dependência	28	0,5%
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	26	0,4%
Aspiração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	24	0,4%
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	22	0,4%
Aspiração	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração	21	0,4%
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	19	0,3%
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	18	0,3%
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto-cuidado higiene	17	0,3%
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	15	0,3%
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto-cuidado uso do sanitário	14	0,2%
Visão	Alteração	13	0,2%
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado higiene	13	0,2%
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se	13	0,2%
Perfusão dos Tecidos	Alteração	12	0,2%
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	11	0,2%
Anquilose	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	11	0,2%
Pé Equino	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	11	0,2%

<b>MOMENTO 1</b>			
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado uso do sanitário	11	0,2%
Anquilose	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	10	0,2%
Anquilose	Conhecimento sobre técnica de exercitação músculoarticular	10	0,2%
Audição	Alteração	10	0,2%
Queda	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir quedas	10	0,2%
Anquilose	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de exercitação músculoarticular	9	0,2%
Auto Cuidado: Vestuário	Dependência	9	0,2%
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	9	0,2%
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	8	0,1%
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções	7	0,1%
Úlcera Arterial	Presença (Risco)	7	0,1%
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	7	0,1%
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	7	0,1%
Queda	Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas	7	0,1%
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre auto administração de medicamentos	7	0,1%
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto administração de medicamentos	7	0,1%
Queda	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	6	0,1%
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre auto administração de medicamentos	6	0,1%
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	5	0,1%
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades para auto administrar os medicamentos	4	0,1%
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios músculo-articulares activos	3	0,1%
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	3	0,1%
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre regime medicamentoso	3	0,1%
Tossir	Ineficácia	2	0,0%
Pé Equino	Conhecimento sobre técnica de exercitação músculoarticular	2	0,0%
Ansiedade	Auto Controlo: Ansiedade	2	0,0%
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades para se alimentar	2	0,0%
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	2	0,0%
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para transferir	2	0,0%



<b>MOMENTO 1</b>				
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo diagnóstico</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>	
Deglutição	Compromisso	1	0,0%	
Incontinência Intestinal	Presente	1	0,0%	
Precaução de Segurança	Catéter urinário/algália	1	0,0%	
Gestão do Regime Terapêutico	Ineficácia	1	0,0%	
		<b>Total</b>	5846	100,0%



**ANEXO 5 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADAS – MOMENTO 1**

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso periférico	124970
Vigiar a ação do doente	107313
Monitorizar a dor através de escala de dor	106243
Vigiar a eliminação intestinal	102573
Monitorizar glicemia capilar	100603
Monitorizar temperatura corporal	98590
Monitorizar tensão arterial	87657
Monitorizar frequência cardíaca	87024
Vigiar sinais de úlcera de pressão	72358
Monitorizar conteúdo gástrico antes das refeições	53743
Vigiar a expectoração	42835
Monitorizar eliminação urinária	37852
Vigiar a refeição	32136
Vigiar membrana mucosa da cavidade oral	28582
Vigiar penso da ferida	24365
Vigiar extensão do edema	20353
Monitorizar o conteúdo gástrico	15727
Vigiar a pele	15280
Vigiar perda sanguínea	13431
Vigiar penso da úlcera de pressão	12753
Monitorizar risco de queda através da "Escala de Morse"	12011
Vigiar vômito	11346
Monitorizar a SatO2	10476
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton"	10236
Vigiar maceração	7750
Vigiar convulsões	7705
Vigiar conteúdo gástrico	7276
Vigiar náusea	7024
Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow	5886
Vigiar sinais de infecção urinária	4272
Vigiar a(s) úlcera(s) de pressão	3750
Vigiar ferida traumática	2985
Vigiar sinais de retenção urinária	2985
Vigiar ferida	2949
Monitorizar perímetro do tornozelo direito	2039
Vigiar hematoma	1984

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Monitorizar perímetro do tornozelo esquerdo	1970
Vigiar ferida cirúrgica	1615
Monitorizar entrada e saída de líquidos	1413
Vigiar a eliminação urinária	1045
Vigiar o penso da úlcera venosa	1031
Vigiar o penso da úlcera arterial	944
Vigiar a eliminação de líquido através do dreno	860
Supervisar as atividades da pessoa	703
Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco	659
Vigiar reflexo de tosse	624
Monitorizar peso corporal	622
Vigiar eritema	583
Vigiar o sono	498
Vigiar dor	463
Monitorizar movimento articular do cotovelo	443
Vigiar perfusão tecidual periférica	420
Monitorizar movimento articular do ombro	417
Monitorizar movimento articular das articulações metacarpo-falângicas	397
Monitorizar movimento articular do punho	373
Monitorizar movimento articular do joelho	362
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do cateter	345
Monitorizar eliminação de líquido através do dreno	328
Vigiar a escoriação	304
Vigiar a respiração	254
Vigiar a úlcera arterial	240
Inspeccionar a cavidade oral depois da refeição	179
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do dreno torácico	175
Monitorizar perímetro abdominal	174
Vigiar sinais de úlcera arterial	160
Vigiar sinais de úlcera venosa	158
Vigiar úlcera venosa	131
Vigiar sinais de hipoglicemia	117
Supervisar o auto cuidado: higiene	92
Vigiar dor isquêmica	85
Supervisar o levante	81
Vigiar contusão	80
Vigiar hemorragia	76

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário	54
Supervisar exercícios musculoesqueléticos ativos	50
Vigiar sinais de cetona e glicosúria	42
Monitorizar índice de massa corporal (IMC)	31
Vigiar ansiedade	28
Vigiar movimento muscular	26
Vigiar sinais de hemorragia	24
Vigiar eliminação através de sonda nasogástrica	10
Monitorizar eliminação de líquido através da sonda nasogástrica	10
Supervisar a deambulação	3
<b>Intervenções de enfermagem do tipo OBSERVAR - total</b>	<b>1303761</b>
Otimizar cateter venoso periférico	120213
Gerir o ambiente físico	115096
Manter grades da cama	104877
Otimizar a fralda	94892
Aplicar creme	68291
Otimizar cateter urinário	51226
Otimizar sonda nasogástrica	39367
Gerir a analgesia	34604
Gerir medicamentos antipirético	30008
Providenciar arrastadeira / urinol	28726
Otimizar a comunicação	25893
Gerir a comunicação	25267
Otimizar o ambiente físico	23225
Planear repouso	18948
Manter a pele seca	17136
Limitar atividade física segundo procedimento	13447
Planear a atividade física	12753
Otimizar dispositivo urinário externo	10032
Otimizar roupas de cama	8050
Manter repouso	6705
Manter repouso na cama	5871
Aplicar óleo hidratante	5265
Limitar a ingestão de líquidos antes da refeição	4731
Interromper ingestão de alimentos	4151
Restringir a atividade motora	3380
Gerir o ambiente físico durante a refeição	3040

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Planear a dieta	2718
Aplicar hematoma pomada	2287
Manter medidas de prevenção de contaminação	2276
Otimizar cânula de traqueostomia	1775
Planear ingestão de líquidos	1572
Limitar a ingestão de líquidos durante a refeição	1558
Otimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	1113
Otimizar dreno torácico	1004
Gerir os analgésicos	483
Aplicar colchão anti - úlcera de pressão	462
Gerir oxigenoterapia	410
Restringir o sono durante o dia	404
Otimizar imobilização	391
Referir ao médico	383
Providenciar equipamento adaptativo para deambular	340
Aplicar dispositivo urinário externo	322
Providenciar colchão anti-úlcera de pressão	296
Organizar o ambiente físico	208
Otimizar o vestuário	208
Otimizar aparelho gessado	196
Referir morte ao médico	181
Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	169
Referir febre ao médico	163
Referir dor ao médico	160
Referir hipotensão ao médico	136
Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	106
Planear encontro com o prestador de cuidados	105
Referir dispneia funcional ao médico	95
Aumentar temperatura das extremidades	95
Providenciar equipamento adaptativo	84
Referir edema ao médico	74
Referir confusão ao médico	73
Otimizar cateter central	66
Referir vômito ao médico	59
Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se	57
Referir insónia ao médico	46
Referir apetite serviço médico	41

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Referir hemorragia ao médico	40
Referir convulsão ao médico	38
Referir arritmia ao médico	37
Iniciar medidas de prevenção da contaminação	30
Aplicar frio	28
Referir apetite diminuído ao serviço de nutrição	21
Referir ortopneia ao médico	18
Requerer serviço domiciliário	17
Requerer serviço social	17
Referir hipertensão ao médico	16
Otimizar o dreno	15
Otimizar tração	15
Planear o sono	14
Requerer serviço de nutrição	14
<b>Intervenções de enfermagem do tipo GERIR - total</b>	<b>895630</b>
Posicionar a pessoa	145283
Elevar a cabeceira da cama	98009
Baixar cama	84671
Massajar partes do corpo	72361
Lavar a boca	71918
Executar técnica de arrefecimento natural	65666
Alimentar a pessoa	62706
Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	57789
Executar tratamento no local de inserção do cateter venoso periférico	42169
Posicionar doente otimizando a respiração	33130
Elevar as pernas	30542
Dar banho na cama	23277
Executar tratamento à úlcera de pressão	18785
Posicionar a pessoa depois da refeição	18783
Posicionar a pessoa durante a refeição	18486
Dar banho no chuveiro	11035
Elevar os braços	10316
Transferir a pessoa para a cama	10312
Transferir a pessoa para o cadeirão	10188
Posicionar doente otimizando a limpeza das vias aéreas	9281
Aspirar secreções da cavidade oral	8898
Posicionar o pé	8267

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Aspirar secreções da cavidade nasal	7386
Executar tratamento à maceração	6430
Limpar a pele perineal	6176
Estimular reflexo da tosse	5230
Lavar o períneo	5171
Executar técnica de exercitação musculoesquelética passiva	4696
Trocar cateter venoso periférico	4280
Executar tratamento à ferida traumática	3822
Executar tratamento à ferida	3794
Trocar dispositivo urinário externo	3731
Transferir a pessoa para a cadeira sanitária	3584
Executar tratamento à ferida cirúrgica	2602
Executar técnica de transferência	2113
Colocar dispositivo urinário externo	1430
Estimular a eliminação urinária	1381
Remover cateter venoso periférico	1327
Aspirar secreções pelo traqueostoma	1188
Remover cateter urinário / algália	983
Executar inaloterapia através de inalador	972
Trocar sonda nasogástrica	823
Executar técnica de exercitação musculoesquelética activa-assistida	797
Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração	790
Inserir sonda nasogástrica	776
Elevar o escroto	678
Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	678
Inserir cateter venoso periférico	662
Trocar cateter urinário	595
Executar técnica de posicionamento	550
Executar tratamento à úlcera arterial	368
Executar tratamento ao local de inserção do cateter	368
Executar técnica de 1º levante	351
Inserir cateter urinário	218
Executar tratamento à escoriação	196
Executar tratamento à úlcera venosa	179
Remover material de sutura	151
Executar tratamento ao local de inserção do dreno	142
Remover sonda nasogástrica	112



<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Executar tratamento ao eritema de fraldas	34
Executar técnica de relaxamento	30
<b>Intervenções de enfermagem do tipo EXECUTAR - total</b>	<b>986666</b>
Aliviar zona de pressão através de almofada	56200
Prevenir quedas	54724
Incentivar a pessoa a alimentar-se	46404
Incentivar a pessoa a posicionar-se	38278
Incentivar ingestão de líquidos	35470
Assistir a pessoa a alimentar-se	28466
Incentivar a pessoa a transferir-se	17750
Incentivar a comunicação	16845
Incentivar auto cuidado: higiene	14370
Evitar aspiração através de técnica de posicionamento	12579
Assistir no auto cuidado: uso do sanitário	12526
Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário	12330
Assistir a pessoa no posicionamento	11292
Assistir a pessoa na transferência	11178
Proteger a pele de líquidos orgânicos	8191
Assistir no auto cuidado: higiene	6337
Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda	6115
Assistir a pessoa ao deambular	4455
Incentivar repouso	2334
Incentivar a deambulação	2263
Assistir a pessoa a andar com auxiliar de marcha	2025
Assistir a pessoa no levante	1373
Incentivar movimento articular ativo	1186
Aliviar roupas de cama através de equipamento	1130
Prevenir complicações das convulsões	833
Incentivar a pessoa a executar os exercícios musculoesqueléticos ativos	756
Encorajar a comunicação expressiva de emoções	480
Incentivar o auto cuidado: vestuário	361
Estabelecer relação com o doente	351
Facilitar suporte familiar	241
Incentivar adesão ao regime terapêutico	237
Incentivar a atividade física	206
Incentivar a tossir	173
Encorajar auto controlo: ansiedade	157

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Escutar o doente	157
Apoiar o prestador de cuidados no desempenho do papel de prestador de cuidados	114
Assistir no auto cuidado: vestuário	40
Promover escuta ativa	28
Assistir a pessoa a lavar a boca	26
Assistir a pessoa na técnica de exercitação musculoesquelética ativa	20
Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda no domicílio	14
<b>Intervenções de enfermagem do tipo ATENDER - total</b>	<b>408015</b>
Ensinar sobre equipamento para prevenção de quedas	2965
Orientar a pessoa no ambiente	2684
Ensinar sobre prevenção de quedas	1624
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	392
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	346
Ensinar sobre a dieta	342
Ensinar a pessoa sobre prevenção de tontura	324
Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: alimentar-se	312
Instruir sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: alimentar-se	298
Ensinar sobre precauções de segurança: visão diminuída	272
Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição	250
Instruir técnica de tosse	243
Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	238
Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento depois da refeição	238
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	238
Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento durante a refeição	237
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição	235
Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	219
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição	218
Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição	216
Informar sobre tratamentos	209
Ensinar o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	202
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a aspiração	202
Ensinar sobre sinais de retenção urinária	186
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência	185
Ensinar o prestador de cuidados sobre a preparação/seleção dos alimentos	182
Instruir o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	176
Treinar o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	176
Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão	175

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Treinar a execução de exercícios musculoesqueléticos activos	163
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a úlcera de pressão	151
Ensinar sobre exercícios musculoesqueléticos activos	150
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	142
Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário	140
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	136
Ensinar o prestador de cuidados sobre o papel de prestador de cuidados	132
Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: higiene	131
Ensinar sobre precauções de segurança: membranas mucosas alteradas	128
Ensinar estratégias adaptativas para o transferir-se	127
Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene	127
Treinar o prestador de cuidados a executar os exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	127
Ensinar o prestador de cuidados sobre a aspiração de secreções	125
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa	125
Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: posicionar-se	124
Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento para prevenção de quedas	121
Ensinar o prestador de cuidados sobre exercícios musculoesqueléticos passivos e assistidos	113
Instruir o prestador de cuidados a assistir na transferência	107
Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário	104
Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no posicionar-se	103
Treinar o prestador de cuidados a prevenir o pé equino	95
Treinar o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	95
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	94
Treinar o prestador de cuidados a assistir na transferência	93
Treinar o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	91
Instruir sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: higiene	87
Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas	86
Treinar o prestador de cuidados na prevenção da anquilose	84
Treinar o prestador de cuidados na técnica de posicionamento	84
Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se	79
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	78
Instruir o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	74
Instruir o prestador de cuidados a prevenir o pé equino	74
Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene	74
Treinar o prestador de cuidados sobre auto-administração de medicamentos	71
Treinar o prestador de cuidados a aspirar as secreções	68

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para o pé equino	66
Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se	65
Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção das quedas	65
Treinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico	64
Ensinar sobre a técnica de tosse	63
Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se	63
Instruir o prestador de cuidados sobre como gerir o regime terapêutico	59
Ensinar o prestador de cuidados sobre auto-administração de medicamentos	58
Treinar o prestador de cuidados a utilizar o equipamento para prevenção de úlceras de pressão	57
Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário	56
Ensinar sobre prevenção da aspiração	55
Treinar a utilização de equipamento para prevenir as quedas	55
Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	54
Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a anquilose	53
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	53
Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	52
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações	48
Instruir o prestador de cuidados sobre auto-administração de medicamentos	44
Instruir o prestador de cuidados a aspirar as secreções	38
Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene	38
Ensinar sobre sinais de aspiração	37
Instruir sobre utilização de equipamento para prevenção de quedas	37
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	35
Ensinar sobre condições de risco para a aspiração	33
Ensinar sobre gestão do regime terapêutico	33
Treinar técnica de injeção de insulina	33
Ensinar sobre auto controlo: infeção	27
Instruir sobre como prevenir complicações	27
Treinar a técnica de tosse	27
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	26
Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	26
Ensinar sobre auto-administração de medicamentos	23
Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre inaloterapia através de inalador	20
Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se alimentar	19
Treinar inaloterapia através de inalador	19
Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: uso do sanitário	18

<b>Momento 1</b>	<b>Total</b>
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o transferir-se	17
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se transferir	17
Orientar no uso do equipamento adaptativo para o transferir-se	17
Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	13
Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: uso do sanitário	13
Instruir sobre como auto-administrar os medicamentos	12
Ensinar sobre respostas / reacções aos medicamentos	10
Ensinar sobre tratamentos	10
Ensinar sobre complicações da hipertensão	9
Treinar a auto-administrar os medicamentos	8
Ensinar sobre hábitos alimentares	4
Ensinar sobre hábitos de exercício	4
Ensinar sobre prevenção de complicações	4
Ensinar sobre sinais de complicações	4
Ensinar sobre complicações do excesso de peso	1
Educar sobre hábitos alimentares	1
Educar sobre hábitos de exercício	1
<b>Intervenções de enfermagem do tipo INFORMAR – total</b>	<b>19199</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3613271</b>



**ANEXO 6 – SÍNTESE DOS TRABALHOS REALIZADOS EM GRUPO RELATIVO A ASPETOS DA DECISÃO CLÍNICA SOBRE AS ÁREAS INERENTES AO AUTOCUIDADO E PREPARAÇÃO PARA O DESEMPENHO DO PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS**

<b>ALIMENTAR-SE</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Condições que podem interferir com a capacidade para se alimentar tais como: alteração da consciência, confusão, parésia ou plégia; Na presença de alterações articulares ou musculares num dos membros superiores, sobretudo se for no lado dominante essa alteração - Avaliar se a pessoa consegue: preparar os alimentos para ingerir; se abre recipientes; se consegue utilizar os talheres; se consegue segurar o copo/chávena; se consegue levar os alimentos à boca utilizando talheres/chávena; Apesar das dificuldades que apresenta tem potencial para vir a tornar-se menos dependente de pessoas; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Dependência - grau reduzido	Assistir a pessoa a alimentar-se	
	Incentivar a pessoa a alimentar-se	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento para se alimentar	
Dependência - grau moderado	Assistir a pessoa a alimentar-se	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento para se alimentar	
Dependência - grau elevado	Alimentar a pessoa	
	Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar - Demonstra/Não demonstra	Informar sobre equipamento adaptativo	
	Ensinar sobre técnica de alimentação	
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o alimentar-se	
Aprendizagem de habilidades para se alimentar - Demonstra/Não demonstra	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o alimentar-se	
	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se alimentar	
	Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo	
<b>Objetivos:</b> Assegurar o padrão alimentar adequado; Promover a independência para a pessoa se alimentar com/sem recurso a equipamento		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que a pessoa seja capaz de utilizar equipamento adaptativo tais como: talheres, copos adaptáveis, etc.		

<b>ALIMENTAR-SE</b>		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação - Demonstra/Não demonstra	Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação através de SNG	Explicar qual a consistência dos alimentos para alimentar por SNG
		Explicar qual a velocidade a que se deve administrar
		Explicar quais os alimentos a utilizar relacionando com nutrientes essenciais
		Explicar um esquema alimentar diário
	Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	Explicar qual a consistência dos alimentos
	Ensinar sobre técnica de alimentação	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação/sobre técnica de alimentação - Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	
	Treinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	
	Instruir sobre o papel de PC no auto cuidado: alimentar-se	
	Treinar o papel de PC no auto cuidado: alimentar-se	
<b>Objetivos:</b> Dotar o prestador de cuidados de conhecimentos e capacidades do domínio instrumental para alimentar a pessoa oralmente ou através de sng		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o prestador de cuidados seja capaz de descrever a consistência dos alimentos para alimentar por SNG/oralmente; que reconheça os alimentos a utilizar relacionando com nutrientes essenciais; que descreva a quantidade de água a administrar/dia; que descreva o esquema alimentar diário; que descreva a velocidade de administração da alimentação através da sng.		



<b>ASPIRAÇÃO</b>			
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>			
Alteração de consciência que possa comprometer a capacidade de proteção da via aérea; Presença de SNG quando existe um compromisso na capacidade de proteção da via aérea; Compromisso na deglutição; Outros dados			
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>	
Risco de aspiração	Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração		
	Inserir sng		
	Remover sng		
	Trocar sng		
	Posicionar a pessoa depois da refeição		
	Posicionar a pessoa durante a refeição		
	Evitar a aspiração através de técnica de posicionamento		
	Ensinar sobre prevenção da aspiração		
<b>Objetivos: Prevenir a aspiração</b>			
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração - Demonstra/Não demonstra	Ensinar sobre sinais de aspiração		
	Informar o PC sobre recursos para prevenir a aspiração		
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	Explicar quais as condições de risco para a aspiração (consciência, posição, etc)	
		Explicar qual o posicionamento mais adequado durante e após a refeição	
		Explicar a relação de conteúdo gástrico com probabilidade de aspiração	
Explicar a necessidade de otimizar a SNG			
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação			
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração - Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	Como fixar a sng; manter permeabilidade da sng;	
		Como posicionar durante e após a refeição	
		Verificar localização da sng antes da administração de alimentos/água	
		Como proceder face à quantidade de conteúdo gástrico existente	

ASPIRAÇÃO		
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração - Demonstra/Não demonstra	Treinar o prestador de cuidados a prevenir a aspiração	Treinar o prestador de cuidados a otimizar a SNG
		Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição
		Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição
<b>Objetivos:</b> Dotar o PC de conhecimentos e de capacidades do domínio instrumental que lhe permitam saber como agir para prevenir episódios de aspiração		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o PC seja capaz de: compreender a relação da localização da SNG com a prevenção da aspiração; Descrever a relação entre a quantidade de conteúdo gástrico e a prevenção da aspiração; Descrever a quantidade de alimentos a cada refeição; Descrever o que fazer quando existe conteúdo gástrico; Descrever / executar a posição do doente durante e após a refeição;		

<b>AUTO CUIDADO: HIGIENE</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Condições que podem interferir com a capacidade para o auto cuidado: higiene tais como: alteração da consciência, qualquer tipo de dispneia/dificuldade respiratória, fadiga, alteração nos movimentos articulares, alteração dos movimentos musculares; parésia ou plégia; Apesar das dificuldades que apresenta tem potencial para vir a tornar-se menos dependente de pessoas? Reúne os objetos necessários para o banho; Abre/ fecha a torneira; regula a temperatura e o fluxo da água; lava a parte superior do corpo; lava todo o corpo com exceção das costas; lava todo o corpo com exceção das costas e membros inferiores; seca todo o corpo; seca apenas parte do corpo; penteia o cabelo; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Dependência - grau reduzido	Assistir no auto cuidado: higiene	
	Incentivar para o auto cuidado: higiene	
	Providenciar equipamento adaptativo	
	Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento adaptativo	
Dependência - grau moderado	Assistir no auto cuidado: higiene	
	Incentivar para o auto cuidado: higiene	
	Providenciar equipamento adaptativo	
	Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento adaptativo	
Dependência - grau elevado	Lavar a boca	
	Lavar o períneo	
	Dar banho na cama	
	Dar banho no chuveiro	
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado higiene - Demonstra/Não demonstra	Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado higiene	
	Ensinar sobre equipamento adaptativo	
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado higiene	
Aprendizagem de habilidades para o auto cuidado higiene - Demonstra/Não demonstra	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado higiene	
	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado higiene	

<b>AUTO CUIDADO: HIGIENE</b>		
	Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo	
<b>Objetivos:</b> Assegurar o padrão de higiene adequado; Promover a independência no auto cuidado higiene com/sem recurso a equipamento		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que a pessoa seja capaz de utilizar equipamento adaptativo tais como: esponja de cabo longo, etc.		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto cuidado higiene - Demonstra/Não demonstra	Ensinar prestador de cuidados sobre o papel de prestador de cuidados	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado higiene	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto cuidado higiene - Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado higiene	
	Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado higiene	
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado higiene	
<b>Objetivos:</b> Dotar o prestador de cuidados de conhecimentos e capacidades do domínio instrumental para assegurar o normal/adequado padrão de higiene		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o prestador de cuidados compreenda e exemplifique a mecânica corporal mais adequada para desenvolver as atividades inerentes ao banho na cama; Descreve a relação entre higiene oral e integridade da mucosa oral;		

<b>AUTO CUIDADO: USO DO SANITÁRIO</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Condições que podem interferir com a capacidade para o auto cuidado: uso do sanitário tais como: alteração dos movimentos musculares; Parésia ou plégia; Apesar das dificuldades que apresenta tem potencial para vir a tornar-se menos dependente de pessoas para o auto cuidado uso do sanitário? Tira as roupas; Posiciona-se na sanita ou aparadeira; faz a higiene íntima após defecar ou urinar; ajusta as roupas após higiene íntima; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Dependência - grau reduzido	Assistir no auto cuidado uso de sanitário	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento adaptativo	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado uso do sanitário	
	Incentivar o auto cuidado uso do sanitário	
	Providenciar arrastadeira/urinol	
Dependência - grau moderado	Assistir no auto cuidado uso de sanitário	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento adaptativo	
Dependência - grau elevado		
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para auto cuidado uso de sanitário- Demonstra/Não demonstra	Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado uso do sanitário	
	Ensinar sobre equipamento adaptativo	
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para auto cuidado uso de sanitário	
Aprendizagem de habilidades para auto cuidado uso de sanitário - Demonstra/Não demonstra	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado uso do sanitário	
	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado uso do sanitário	
	Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo	
<b>Objetivos:</b> Promover a independência no auto cuidado uso do sanitário com recurso a equipamento		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que a pessoa seja capaz de utilizar equipamento adaptativo tais como: alteador de sanita, etc.		

<b>MACERAÇÃO</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Alteração de consciência que possa comprometer a capacidade sensitiva e/ou dolorosa; Confusão; Incontinência urinária e/ou intestinal; incapacidade para manter a pele seca; Incapacidade para avaliar a condição da pele em determinadas partes do corpo como por exemplo, pregas cutâneas; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Maceração	Executar tratamento à maceração	
	Vigiar maceração	
Risco de maceração	Vigiar a pele	
	Vigiar a pele periférica ao estoma	
	Optimizar a fralda	
	Optimizar roupas de cama	
	Aplicar creme	
	Limpar a pele periférica ao estoma	
	Limpar a pele perineal	
	Proteger a pele de líquidos orgânicos	
	Ensinar sobre prevenção da maceração	
	Instruir sobre prevenção da maceração	
	Instruir sobre equipamento de prevenção da maceração	
Treinar o uso de equipamento de prevenção da maceração		
<b>Objetivos:</b> Prevenir a maceração		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração - Demonstra/Não demonstra	Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a maceração	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração - Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados a prevenir a maceração	
	Treinar o prestador de cuidados a prevenir a maceração	
<b>Objetivos:</b> Dotar o PC de conhecimentos e de capacidades do domínio instrumental que lhe permitam saber como agir para prevenir maceração		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o PC seja capaz de: compreender e descrever os fatores que contribuem para a maceração; descrever as medidas a utilizar para prevenir a maceração; relacionar a presença de fralda/dispositivo urinário com a probabilidade de desenvolvimento de maceração; descrever as medidas a utilizar na maceração		

<b>AUTO CUIDADO: VESTUÁRIO</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Condições que podem interferir com a capacidade para o auto cuidado: vestuário tais como: alteração da consciência, qualquer tipo de dispneia/dificuldade respiratória, fadiga, alteração nos movimentos articulares, alteração dos movimentos musculares; parésia ou plégia; Apesar das dificuldades que apresenta tem potencial para vir a tornar-se menos dependente de pessoas?; Escolhe a roupa; Veste/despe as roupas na parte superior do corpo; Veste/despe as roupas na parte inferior do corpo; Abotoa/desabotoa as roupas; Usa cordões/fechos/velcros para fechar as roupas; calça/descalça as meias; calça/descalça os sapatos; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Dependência - grau reduzido	Assistir no auto cuidado: vestuário	
	Incentivar para o auto cuidado: vestuário	
	Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário	
Dependência - grau moderado	Assistir no auto cuidado: vestuário	
	Incentivar para o auto cuidado: vestuário	
	Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: vestuário	
	Assistir a pessoa na utilização de equipamento adaptativo	
Dependência - grau elevado	Vestir/ Despir a pessoa	
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado vestuário - Demonstra/Não demonstra	Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado vestuário	
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado vestuário	
Aprendizagem de habilidades para o auto cuidado: vestuário - Demonstra/Não demonstra	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado vestuário	
	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado vestuário	
	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado vestuário	
<b>Objetivos:</b> Assegurar o padrão de vestuário adequado; Promover a independência no auto cuidado vestuário com/sem recurso a equipamento		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que a pessoa seja capaz de utilizar equipamento adaptativo tais como: abotoador, calçadeira, calçador de collants, meias e peúgas, outro equipamento.		

<b>DESIDRATAÇÃO</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Alteração de consciência que possa comprometer a ingestão habitual de líquidos; alteração na percepção da sede como é exemplo a idade avançada; Compromisso na deglutição para os líquidos; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Risco de desidratação	Vigiar sinais de desidratação	
	Monitorizar entrada e saída de líquidos	
	Monitorizar frequência cardíaca	
	Monitorizar peso corporal	
	Monitorizar tensão arterial	
	Gerir a ingestão de líquidos	
	Planear ingestão de líquidos	
	Incentivar ingestão de líquidos	
<b>Objetivos:</b> Prevenir a desidratação		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação - Demonstra/Não demonstra	Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a desidratação	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da desidratação	
<b>Objetivos:</b> Dotar o PC de conhecimentos que lhe permitam saber como agir para prevenir a desidratação		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o PC seja capaz de: descrever os fatores que contribuem para a desidratação (temperatura ambiente elevada, febre, diarreia, vômitos, percepção da sensação de sede alterada); compreender a relação da quantidade de água/líquidos a administrar em função de fatores presentes		



<b>POSICIONAR-SE</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Condições que podem interferir com a capacidade da pessoa para se posicionar tais como: alteração da consciência, qualquer tipo de dispneia/dificuldade respiratória, fadiga, alteração nos movimentos articulares, alteração dos movimentos musculares; parésia ou plégia; Apesar das dificuldades que apresenta tem potencial para vir a tornar-se menos dependente de pessoas? Move o corpo, vira o corpo; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Dependência - grau reduzido	Assistir a pessoa no posicionamento	
	Incentivar a pessoa a posicionar-se	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o posicionar-se	
Dependência - grau moderado	Assistir a pessoa no posicionamento	
	Incentivar a pessoa a posicionar-se	
	Orientar no uso de equipamento adaptativo para o posicionar-se	
Dependência - grau elevado	Executar técnica de posicionamento	
	Posicionar a pessoa	
Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar - Demonstra/Não demonstra	Informar sobre equipamento adaptativo para o posicionar-se	
	Ensinar sobre estratégias adaptativas para o posicionar-se	
Aprendizagem de habilidades para se posicionar - Demonstra/Não demonstra	Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o posicionar-se	
	Instruir técnica de posicionamento	?
	Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se posicionar	
	Treinar o uso de estratégias adaptativas para o posicionar-se	
<b>Objetivos:</b> Promover a independência da pessoa para se posicionar-se com/sem recurso a equipamento		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que a pessoa seja capaz de utilizar equipamento adaptativo tais como: tripé da cama, grade da cama, etc.		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento - Demonstra/Não demonstra	Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	
	Ensinar sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado posicionar-se	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para	Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa	

POSICIONAR-SE		
assistir no posicionar-se <b>Aprendizagem de habilidades do PC sobre técnica de posicionamento-</b> Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados sobre como assistir no posicionar-se	?
	Treinar o prestador de cuidados a assistir no posicionar-se	
	Treinar o prestador de cuidados na técnica de posicionamento	
<b>Objetivos:</b> Dotar o prestador de cuidados de conhecimentos e capacidades do domínio instrumental para posicionar		

<b>ÚLCERA DE PRESSÃO</b>		
<b>Dados relevantes a ter em consideração no processo de decisão clínica</b>		
Alteração de consciência que possa comprometer a capacidade sensorial; Alteração que possa comprometer as vias sensoriais para a transmissão de sinais somáticos tais como, sensações de pressão nas quais é necessário julgamento acurado da intensidade da pressão; Condições que podem comprometer a condição da pele tais como humidade, pele seca, edema, fragilidade cutânea; Parésia, plégia; compromisso do movimento muscular ou articular; Compromissos nutricionais com valores diminuídos das proteínas totais; Outros dados		
<b>Diagnósticos de enfermagem</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Procedimento</b>
Úlcera de pressão	Vigiar a úlcera de pressão	
	Vigiar penso da úlcera de pressão	
	Monitorizar úlcera de pressão	
	Aplicar colchão anti-úlcera de pressão	
	Providenciar colchão anti-úlcera de pressão	
	Providenciar equipamento para alívio da pressão	
	Executar tratamento à úlcera de pressão	
Risco de úlcera de pressão	Vigiar sinais de úlcera de pressão	
	Monitorizar risco de úlcera de pressão através da escala de Braden	Operacionalizar a escala
	Aplicar colchão anti-úlcera de pressão	
	Aplicar creme	
	Providenciar colchão anti-úlcera de pressão	
	Providenciar equipamento para alívio da pressão	
	Posicionar a pessoa	
	Massajar partes do corpo	
	Aliviar zonas de pressão através de almofada	
<b>Objetivos:</b> Prevenir a úlcera de pressão		
Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da úlcera de pressão - Demonstra/Não demonstra	Ensinar o prestador de cuidados sobre condições de risco para a úlcera de pressão	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre equipamento de prevenção de úlcera de pressão	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de úlcera de pressão	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre sinais de úlcera de pressão	
	Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	
	Requerer equipamento de ajudas técnicas	
Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados para prevenir a úlcera de pressão - Demonstra/Não demonstra	Instruir o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	
	Instruir o prestador de cuidados a utilizar equipamento para prevenção de úlcera de pressão	

ÚLCERA DE PRESSÃO		
	Treinar o prestador de cuidados a utilizar equipamento para prevenção de úlcera de pressão	
	Treinar o prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	
	Treinar o prestador de cuidados na técnica de posicionamento	
<b>Objetivos:</b> Dotar o PC de conhecimentos e de capacidades do domínio instrumental que lhe permitam saber como agir para prevenir úlcera de pressão		
<b>Resultado esperado/Critérios de resultado:</b> Que o PC seja capaz de: descrever os factores que agravam o risco de úlcera de pressão; descrever as medidas a utilizar para prevenir as úlceras de pressão; descrever as zonas do corpo com maior risco de úlcera de pressão		

**ANEXO 7 – PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA CENTRADO NO DESEMPENHO PARA O PAPEL DE PRESTADOR DE CUIDADOS – CRITÉRIOS DE RESULTADO FACE AO CONHECIMENTO E APRENDIZAGEM DE HABILIDADES DO MEMBRO DA FAMÍLIA PRESTADOR DE CUIDADOS**

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE:		R1		R2		DE		ND	
IDENTIFICAÇÃO DO PRESTADOR DE CUIDADOS:		R1		R2		DE		ND	
FOCO	CONHECIMENTO do PC sobre...	HABILIDADES do PC para...				R1 R2 DE ND			
ALIMENTAR-SE	Técnica de alimentação (SNG)	Exemplifica a técnica de alimentação							
	Descreve a consistência dos alimentos para alimentar por SNG								
	Descreve os alimentos a utilizar relacionando com nutrientes essenciais								
	Descreve a quantidade de água a administrar/dia								
ASPIRAÇÃO	Descreve o esquema alimentar diário								
	Descreve a velocidade de administração								
	Prevenir a aspiração	Compreende a relação da localização da SNG com a prevenção da aspiração							
	Descreve a relação entre quantidade de conteúdo gástrico e prevenção da aspiração								
DESIDRATAÇÃO	Descreve a quantidade de alimentos a cada refeição								
	Descreve o que fazer quando existe conteúdo gástrico								
	Prevenir a desidratação	Descreve os factores que contribuem para a desidratação							
	Compreende a relação da quantidade de água a administrar em função dos factores presentes								
MACERAÇÃO - AC- USO SANITÁRIO	Prevenir a maceração	Descreve os factores que contribuem para a maceração							
	Descreve as medidas a utilizar para prevenir a maceração								
	Descreve as medidas a utilizar na maceração								
	Relaciona a presença de fralda/dispositivo urinário com o risco de maceração								
Auto cuidado uso de sanitário	Exemplifica como proceder para trocar a fralda								
	Exemplifica como proceder para substituir dispositivo urinário								

ÚLCERA DE PRESSÃO - POSICIONAR-SE	Prevenção de úlceras de pressão	Descreve os factores que agravam o risco de úlcera de pressão							
	Técnica de posicionamento	Descreve as medidas para prevenir a úlcera de pressão Descreve os sinais que indicam úlcera de pressão grau 1 Compreende a mecânica corporal mais adequada a utilizar no procedimento							Exemplifica os posicionamentos a adoptar para prevenir as UP
TRANSFERIR	Técnica de transferência	Descreve as zonas do corpo com maior risco Descreve como proceder para sentar a pessoa na cama							Exemplifica como proceder para sentar a pessoa na cama
	Auto cuidado higiene	Descreve como proceder para passar a pessoa da cama/cadeira e vice-versa Descreve como posicionar a pessoa para proceder ao banho Descreve a relação entre frequência da higiene oral e integridade da mucosa oral Descreve como vestir/despír a pessoa Descreve como proceder para trocar adesivo da SNG Compreende a mecânica corporal mais adequada a utilizar no procedimento							Exemplifica como proceder para passar a pessoa da cama/cadeira e vice-versa Exemplifica como proceder para dar o banho na cama Exemplifica como proceder à higiene oral Exemplifica como vestir/despír a pessoa Exemplifica a troca do adesivo da SNG
AC HIGIENE- AC VESTIR/DESPİR	Prevenção da anquiloze - rigidez articular	Descreve as medidas para prevenir a anquiloze Descreve quais os movimentos articulares a implementar para prevenir a anquiloze Descreve quais as medidas para prevenir o pé equino Reconhece as condições de risco para a anquiloze							Exemplifica os exercícios articulares passivos/assistidos Exemplifica as medidas para posicionar o pé
	OUTROS DADOS RELEVANTES:								

**ANEXO 8 - FOCOS DE ATENÇÃO QUE INTEGRAM A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM –  
MOMENTO 2**

<b>MOMENTO 2</b>		
<b>Foco de atenção</b>	<b>%</b>	
Queda	7,56%	316
Úlcera de Pressão	7,23%	302
Auto Cuidado: Higiene	7,01%	293
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	6,08%	254
Obstipação	5,79%	242
Metabolismo energético	5,55%	232
Alimentar-se	5,17%	216
Infecção	4,95%	207
Posicionar-se	4,69%	196
Ortopneia	4,48%	187
Febre	3,28%	137
Retenção Urinária	3,04%	127
Dor	2,97%	124
Transferir-se	2,90%	121
Confusão	2,47%	103
Aspiração	2,42%	101
Membrana Mucosa	2,30%	96
Edema	2,01%	84
Ferida	1,63%	68
Maceração	1,56%	65
Expectorar	1,46%	61
Perda Sanguínea	1,39%	58
Vômito	1,24%	52
Hipertensão	1,15%	48
Hipotensão	0,89%	37
Disartria	0,72%	30
Apetite	0,69%	29
Afasia	0,65%	27
Ferida Traumática	0,65%	27
Dispneia Funcional	0,62%	26
Anquilose	0,57%	24
Pé Equino	0,55%	23
Ferida Cirúrgica	0,53%	22
Deambular	0,50%	21
Comunicação	0,43%	18
Convulsão	0,38%	16
Pele seca	0,36%	15
Hematoma	0,34%	14
Náusea	0,34%	14
Tegumento	0,34%	14

<b>MOMENTO 2</b>		
<b>Foco de atenção</b>	<b>%</b>	
Diarreia	0,29%	12
Insónia	0,26%	11
Coma	0,24%	10
Estupor	0,22%	9
Sonolência	0,22%	9
Gestão do Regime Terapêutico	0,19%	8
Hemorragia	0,14%	6
Ascite	0,12%	5
Dispneia	0,12%	5
Arritmia	0,10%	4
Audição	0,10%	4
Visão	0,10%	4
Agitação	0,07%	3
Contusão	0,07%	3
Eritema	0,07%	3
Parésia	0,07%	3
Pele	0,07%	3
Prurido	0,07%	3
Eritema de Fraldas	0,05%	2
Escoriação	0,05%	2
Tontura	0,05%	2
Tristeza	0,05%	2
Agressão	0,02%	1
Andar com Auxiliar de Marcha	0,02%	1
Auto - Vigilância	0,02%	1
Auto Cuidado: Vestuário	0,02%	1
Comunicação Receptiva	0,02%	1
Conhecimento	0,02%	1
Desidratação	0,02%	1
Dispneia em Repouso	0,02%	1
Dor Isquémica	0,02%	1
Dor Óssea	0,02%	1
Fadiga muscular	0,02%	1
Incontinência Intestinal	0,02%	1
Papel de Prestador de Cuidados	0,02%	1
Precaução de Segurança	0,02%	1
Tossir	0,02%	1
Úlcera	0,02%	1
Úlcera Arterial	0,02%	1
Úlcera Venosa	0,02%	1
<b>Total</b>	<b>100,00%</b>	<b>4178</b>



**ANEXO 9 - DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM QUE INTEGRAM A DOCUMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM – MOMENTO 2**

<b>MOMENTO 2</b>			
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo clínico</b>	<b>%</b>	<b>total</b>
Auto Cuidado: Higiene	Auto Cuidado: Higiene Dependente	16,4%	270
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Auto Cuidado: Uso do Sanitário Dependente	13,3%	219
Alimentar-se	Alimentar-se Dependente	11,9%	196
Posicionar-se	Posicionar-se Dependente	10,4%	171
Membrana Mucosa	Membrana Mucosa Alterada	7,8%	129
Transferir-se	Transferir-se Dependente	5,9%	97
Dor	Dor	5,5%	90
Metabolismo energético	Metabolismo energético Alterado	3,8%	62
Úlcera de Pressão	Úlcera de Pressão (Presente)	3,6%	59
Expectorar	Expectorar Ineficaz	3,1%	51
Apetite	Diminuição	1,4%	23
Deambular	Dependência	1,2%	19
Comunicação	Compromisso	0,9%	15
Aspiração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	0,7%	12
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento do prestador de cuidados sobre auto-cuidado higiene	0,7%	12
Posicionar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	0,7%	12
Aspiração	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a aspiração	0,7%	11
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado higiene	0,7%	11
Transferir-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de transferência	0,7%	11
Úlcera de Pressão	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção das úlceras de pressão	0,6%	10
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no auto-cuidado uso do sanitário	0,5%	9
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir no posicionar-se	0,5%	9
Alimentar-se	Conhecimento do prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	0,5%	8
Anquilose	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da anquilose	0,5%	8
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Conhecimento do prestador de cuidados sobre o auto-cuidado uso do sanitário	0,5%	8
Pé Equino	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção do pé equino	0,5%	8
Queda	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	0,5%	8
Úlcera de Pressão	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir as úlceras de pressão	0,5%	8
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na transferência	0,4%	7

<b>MOMENTO 2</b>			
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo clínico</b>	<b>%</b>	<b>total</b>
Alimentar-se	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para assistir na alimentação	0,4%	6
Queda	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir quedas	0,4%	6
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir o pé equino	0,3%	5
Anquilose	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a anquilose	0,2%	4
Anquilose	Aprendizagem de Habilidades sobre técnica de exercício músculoarticular	0,2%	4
Pé Equino	Aprendizagem de Habilidades para executar exercícios músculo-articulares activos	0,2%	4
Queda	Conhecimento sobre equipamentos de prevenção de quedas	0,2%	4
Transferir-se	Aprendizagem de Habilidades para se transferir	0,2%	4
Visão	Alteração	0,2%	4
Anquilose	Conhecimento sobre técnica de exercício músculoarticular	0,2%	3
Audição	Alteração	0,2%	3
Auto Cuidado: Higiene	Aprendizagem de Habilidades para o auto-cuidado higiene	0,2%	3
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para gerir o regime terapêutico	0,2%	3
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades para auto administrar os medicamentos	0,2%	3
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	0,2%	3
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre gestão do regime terapêutico	0,2%	3
Posicionar-se	Aprendizagem de Habilidades para se posicionar	0,2%	3
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Aprendizagem de Habilidades para o auto-cuidado uso do sanitário	0,1%	2
Eritema de Fraldas	Presente / Ausente	0,1%	2
Expectorar	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para aspirar as secreções	0,1%	2
Expectorar	Conhecimento do prestador de cuidados sobre aspiração de secreções	0,1%	2
Gestão do Regime Terapêutico	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados sobre auto administração de medicamentos	0,1%	2
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre auto administração de medicamentos	0,1%	2
Maceração	Conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção da maceração	0,1%	2
Alimentar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se alimentar	0,1%	1
Andar com Auxiliar de Marcha	Dependência	0,1%	1
Auto Cuidado: Higiene	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado higiene	0,1%	1
Auto Cuidado: Uso do Sanitário	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para o auto-cuidado uso do sanitário	0,1%	1
Auto Cuidado: Vestuário	Dependência	0,1%	1
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento do prestador de cuidados	0,1%	1

<b>MOMENTO 2</b>			
<b>Foco de atenção</b>	<b>Juízo clínico</b>	<b>%</b>	<b>total</b>
	sobre auto administração de medicamentos		
Gestão do Regime Terapêutico	Conhecimento sobre hábitos alimentares	0,1%	1
Gestão do Regime Terapêutico	Ineficácia	0,1%	1
Maceração	Aprendizagem de Habilidades do prestador de cuidados para prevenir a maceração	0,1%	1
Pé Equino	Conhecimento sobre técnica de exercitação músculoarticular	0,1%	1
Posicionar-se	Conhecimento sobre estratégias adaptativas para se posicionar	0,1%	1
Tossir	Ineficácia	0,1%	1
	<b>Total</b>	100,0%	1644

**ANEXO 10 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM IMPLEMENTADAS – MOMENTO 2**

<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Vigiar a acção do doente	16553
Vigiar a eliminação intestinal	12664
Vigiar a eliminação urinária	158
Vigiar a expectoração	4338
Vigiar a pele	2634
Vigiar a pele periférica ao estoma	454
Vigiar a refeição	4178
Vigiar convulsões	979
Vigiar extensão do edema	3425
Vigiar ferida	65
Vigiar ferida cirúrgica	145
Vigiar ferida traumática	56
Vigiar hematoma	165
Vigiar maceração	478
Vigiar membrana mucosa da cavidade oral	1595
Vigiar náusea	3041
Vigiar o sono	134
Vigiar penso da úlcera de pressão	361
Vigiar penso da ferida	1093
Vigiar perda sanguínea	2686
Vigiar reflexo de tosse	42
Vigiar ritmo cardíaco através de monitor cardíaco	66
Vigiar sinais de hemorragia	64
Vigiar sinais de hiperglicémia	48
Vigiar sinais de hipoglicémia	80
Vigiar sinais de infecção urinária	280
Vigiar sinais de retenção urinária	418
Vigiar sinais de úlcera de pressão	9176
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter	306
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do catéter venoso periférico	15205
Vigiar sinais inflamatórios no local de inserção do dreno torácico	20
Vigiar vômito	3527
Monitorizar a consciência através da escala de Comas de Glasgow	160
Monitorizar a dor através de escala de dor	11929
Monitorizar a SatO2	3447
Monitorizar conteúdo gástrico antes das refeições	9505
Monitorizar eliminação de líquido através do dreno	100
Monitorizar eliminação urinária	4309
Monitorizar entrada e saída de líquidos	1033
Monitorizar frequência cardíaca	12029
Monitorizar frequência respiratória	18

<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Monitorizar glicemia capilar	8939
Monitorizar o conteúdo gástrico	68
Monitorizar perímetro abdominal	10
Monitorizar perímetro do tornozelo direito	181
Monitorizar perímetro do tornozelo esquerdo	181
Monitorizar peso corporal	218
Monitorizar risco de queda através da "Escala de Morse"	1945
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Braden"	1106
Monitorizar risco de úlcera de pressão através da "escala de Norton"	34
Monitorizar temperatura corporal	11793
Monitorizar tensão arterial	12041
Inspeccionar a cavidade oral depois da refeição	18
Supervisar a deambulação	75
Supervisar as actividades da pessoa	67
Supervisar o auto cuidado: higiene	16
Supervisar o auto cuidado: uso do sanitário	64
<b><i>Intervenções do tipo OBSERVAR</i></b>	<b>163720</b>
Gerir a analgesia	2654
Gerir a comunicação	6476
Gerir medicamentos antipirético	2641
Gerir o ambiente físico	16241
Gerir o ambiente físico durante a refeição	276
Gerir oxigenoterapia	26
Planear a actividade física	756
Planear ingestão de líquidos	128
Planear repouso	349
Requerer serviço de nutrição	7
Referir apetite serviço médico	15
Referir dor ao médico	6
Referir febre ao médico	29
Referir hipertensão ao médico	16
Referir ortopneia ao médico	7
Iniciar medidas de prevenção da contaminação	60
Interromper ingestão de alimentos	28
Manter a pele seca	3488
Manter grades da cama	15716
Manter medidas de prevenção de contaminação	82
Manter repouso	698
Manter repouso na cama	1221
Optimizar a comunicação	4842
Optimizar a fralda	10804
Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	170
Optimizar cânula de traqueostomia	475

<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Optimizar catéter urinário	3954
Optimizar catéter venoso periférico	14826
Optimizar dispositivo urinário externo	3730
Optimizar dreno torácico	160
Optimizar o ambiente físico	3164
Optimizar roupas de cama	816
Optimizar sonda nasogástrica	4942
Limitar actividade física segundo procedimento	2805
Restringir a actividade motora	60
Restringir o sono durante o dia	40
Aplicar colchão anti - úlcera de pressão	21
Aplicar creme	9371
Aplicar dispositivo urinário externo	19
Aplicar frio	210
Aplicar hematoma pomada	426
Aplicar óleo hidratante	945
Providenciar arrastadeira / urinol	4620
Providenciar colchão anti-úlcera de pressão	66
Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	34
Providenciar equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	24
Providenciar equipamento adaptativo para o posicionar-se	96
<b>Intervenções do tipo GERIR</b>	<b>117540</b>
Executar técnica de 1º levante	14
Executar técnica de arrefecimento natural	4008
Executar técnica de posicionamento	1740
Executar técnica de posicionamento para prevenir a aspiração	126
Executar tratamento à ferida	44
Executar tratamento à ferida cirúrgica	179
Executar tratamento à ferida traumática	56
Executar tratamento à maceração	422
Executar tratamento à úlcera de pressão	635
Executar tratamento ao local de inserção do catéter	146
Executar tratamento ao local de inserção do dreno	20
Executar tratamento no local de inserção do catéter venoso periférico	5468
Limpar a pele perineal	98
Lavar a boca	9766
Lavar o períneo	965
Aspirar secreções	627
Aspirar secreções da cavidade nasal	28
Aspirar secreções da cavidade oral	49
Dar banho na cama	2137
Dar banho no chuveiro	2136
Alimentar a pessoa	6552

<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	8491
Posicionar a pessoa	15645
Posicionar a pessoa depois da refeição	1103
Posicionar a pessoa durante a refeição	2300
Posicionar doente otimizando a limpeza das vias aéreas	108
Posicionar doente otimizando a respiração	1873
Elevar a cabeceira da cama	11846
Elevar as pernas	3089
Elevar os braços	1277
Elevar tronco do doente	48
Baixar cama	16802
Transferir a pessoa para a cadeira sanitária	135
Transferir a pessoa para a cama	1844
Transferir a pessoa para o cadeirão	1810
Massajar partes do corpo	8554
Estimular a eliminação urinária	91
Inserir catéter urinário	72
Inserir catéter venoso periférico	114
Inserir sonda nasogástrica	156
Colocar pulseira de identificação do risco de queda	104
Colocar dispositivo urinário externo	118
Remover catéter urinário / algália	173
Remover catéter venoso periférico	222
Remover sonda nasogástrica	17
Trocar catéter urinário	57
Trocar catéter venoso periférico	289
Trocar dispositivo urinário externo	1238
Trocar sonda nasogástrica	105
<b><i>Intervenções do tipo EXECUTAR</i></b>	<b>112897</b>
Assistir a pessoa a alimentar-se	6024
Assistir a pessoa a identificar condições de risco para a queda	258
Assistir a pessoa ao deambular	1569
Assistir a pessoa na transferência	1270
Assistir a pessoa no levante	147
Assistir a pessoa no posicionamento	3423
Assistir no auto cuidado: higiene	1650
Assistir no auto cuidado: uso do sanitário	2775
Incentivar a comunicação	1667
Incentivar a deambulação	1295
Incentivar a pessoa a alimentar-se	6202
Incentivar a pessoa a posicionar-se	5535
Incentivar a pessoa a transferir-se	1447
Incentivar auto cuidado: higiene	2559

<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Incentivar ingestão de líquidos	2946
Incentivar o auto cuidado: uso do sanitário	2506
Incentivar repouso	759
Aliviar zona de pressão através de almofada	5227
Prevenir complicações das convulsões	306
Prevenir quedas	10920
Evitar aspiração através de técnica de posicionamento	129
<i><b>Intervenções do tipo ATENDER</b></i>	<b>58614</b>
Informar sobre equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	82
Informar sobre o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	18
Ensinar o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	42
Ensinar o prestador de cuidados sobre o papel de prestador de cuidados	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre a preparação/selecção dos alimentos	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre a técnica de transferência	42
Ensinar o prestador de cuidados sobre complicações	8
Ensinar o prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico	19
Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: higiene	42
Ensinar o prestador de cuidados sobre o auto cuidado: uso do sanitário	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento depois da refeição	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre posicionamento durante a refeição	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas	42
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de alimentação	21
Ensinar o prestador de cuidados sobre técnica de posicionamento	63
Ensinar sobre a técnica de tosse	24
Ensinar sobre auto controlo: infecção	58
Ensinar sobre auto-administração de medicamentos	12
Ensinar sobre prevenção de escoriações	48
Ensinar sobre prevenção de quedas	64
Ensinar sobre sinais de aspiração	18
Instruir a pessoa a transferir-se	240
Instruir a utilização de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	16
Instruir auto vigilância	40
Instruir o prestador de cuidados a assistir na transferência	42
Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: higiene	21
Instruir o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário	21
Instruir o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	42
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa	42
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição	42
Instruir o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição	21
Instruir o prestador de cuidados sobre como gerir o regime terapêutico	19
Instruir o prestador de cuidados sobre prevenção da aspiração	21
Instruir o prestador de cuidados sobre utilização de equipamento para prevenção das quedas	42



<b>MOMENTO 2</b>	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	<b>Total</b>
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	26
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	64
Instruir sobre a utilização de equipamento adaptativo para se posicionar	36
Instruir sobre como auto-administrar os medicamentos	12
Instruir sobre o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: alimentar-se	21
Instruir sobre utilização de equipamento adaptativo para se alimentar	21
Instruir técnica respiratória	18
Treinar a auto-administrar os medicamentos	12
Treinar a pessoa a proceder à auto - vigilância	40
Treinar a pessoa na execução dos tratamentos	8
Treinar a pessoa no uso de equipamento adaptativo	21
Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: alimentar-se	21
Treinar o papel de prestador de cuidados no auto cuidado: higiene	21
Treinar o prestador de cuidados a assistir na transferência	42
Treinar o prestador de cuidados a assistir no auto cuidado: uso do sanitário	42
Treinar o prestador de cuidados a gerir o regime terapêutico	8
Treinar o prestador de cuidados a otimizar a sonda nasogástrica	42
Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa depois da refeição	21
Treinar o prestador de cuidados a posicionar a pessoa durante a refeição	21
Treinar o prestador de cuidados na técnica de posicionamento	42
Treinar o prestador de cuidados na utilização de equipamento para prevenir as quedas	42
Treinar o uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	40
Treinar o uso de estratégias adaptativas para o auto cuidado: higiene	16
Orientar no uso de equipamento adaptativo para o auto cuidado: higiene	18
Orientar no uso do equipamento adaptativo para o auto cuidado: uso do sanitário	24
<b>Intervenções do tipo INFORMAR</b>	<b>2017</b>
<b>Total de intervenções de enfermagem implementadas</b>	<b>454788</b>