

CAPÍTULO II / ETAPA 1

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Leonor Teixeira, António Luís Carvalho e Cristina Barroso

O Modelo SafeCare tem como objetivo dar resposta às exigências do exercício profissional dos enfermeiros, contribuindo para a melhoria da qualidade da sua prática profissional. Este modelo constitui o contributo principal para o conhecimento da disciplina, particularmente no que se refere à identificação e clarificação dos seus eixos: contexto, cuidados de enfermagem, desenvolvimento profissional e supervisão; e às relações que se estabelecem entre os intervenientes que atuam nos vários eixos mencionados. Possibilita assim a retroalimentação do próprio modelo, permitindo que este não se esgote em si mesmo, dada a riqueza de situações que emergem da prática clínica e os desafios que a ele se colocam.

O Modelo SafeCare é composto por quatro etapas, sendo o diagnóstico de situação a primeira etapa que o compõe. É nesta etapa que são identificadas as principais áreas de atenção de um determinado contexto, bem como os respetivos fatores que as condicionam. É importante realçar que essas áreas de atenção devem ser “suficientemente alargadas” de modo a abranger vários setores, desde os económicos aos sociais, possibilitando assim a identificação concreta das necessidades em termos de cuidados de enfermagem através da observação ativa por parte da equipa. Devem também ser “suficientemente aprofundadas” para que se compreenda a causa que está na base das necessidades identificadas; e “sucinta e clara” de modo a facilitar a compreensão e apreensão da mesma. Em suma, esta etapa consiste na identificação dos problemas e/ou áreas a trabalhar e na determinação das necessidades major a nível de cuidados de enfermagem sentidas pela equipa de enfermagem, e particularmente, identificadas pelos responsáveis do contexto.

O diagnóstico de situação está concebido como um processo através do qual se observa e reconhecem as dificuldades e necessidades de um contexto, sempre com o objetivo de avaliar os processos e impulsionar a melhoria contínua. Durante esta etapa o enfermeiro supervisor major analisa as práticas, debruça-se sobre “o que se está a fazer” e “como se está a fazer”, resultando daí evidências e dados relevantes que possibilitam identificar as áreas temáticas e/ou necessidades em termos de IS-SCE. Assim, são identificados os IS-SCE que irão ser alvo de atenção a nível

de uma análise mais pormenorizada para posterior desenvolvimento de competências aquando das reuniões de supervisão.

O diagnóstico de situação é uma das mais importantes ferramentas de trabalho, porque permite o levantamento das condições e dos riscos de determinada equipa auxiliando na priorização das necessidades sentidas no contexto para, posteriormente, ser alvo de planeamento e programação de ações formativas. No Modelo SafeCare o diagnóstico de situação pretende melhorar os processos de diagnóstico e configura-se como uma oportunidade de desenvolvimento da disciplina de enfermagem, para além de promover o desenvolvimento profissional de cada enfermeiro. Para tal, é necessário conhecer a realidade do contexto, a dinâmica e os riscos da equipa e a forma como estão organizadas as unidades de cuidados e as rotinas do contexto. Os resultados do diagnóstico de situação designam as necessidades encontradas pela totalidade da equipa.

No projeto SafeCare, o diagnóstico de situação foi já efetuado em diferentes contextos, sendo identificado um conjunto diverso de necessidades que refletem as características específicas de cada contexto. De igual forma o desenvolvimento do projeto nos diferentes contextos, possui ainda características comuns:

- ^ **É coerente com a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde** – utilizando como referência o mesmo método, objetivos, eixos, conceitos, pressupostos, recomendações sobre boas práticas e normas clínicas, além das normas e recomendações sobre a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem;
- ^ **Aborda a qualidade de uma forma integral** – abrangendo as diferentes áreas e tipologias de unidades de cuidados que compõem cada um dos contextos e instituições de saúde (dois Centros Hospitalares Universitários e uma Unidade Local de Saúde da cidade do Porto);
- ^ **Tem caráter progressivo** – seguindo um conjunto de passos

que são dados, progressiva e sistematicamente em cada uma das etapas que compõem o projeto.

Podemos dizer que a implementação do Modelo SafeCare é um processo dinâmico, contínuo e evolutivo que pretende identificar o grau de desenvolvimento da equipa face às necessidades no contexto no momento atual, com todo o seu potencial de evolução e melhoria contínua da qualidade, viável nas consequentes etapas 2, 3 e 4 (identificação das necessidades em cuidados de enfermagem, implementação do modelo e avaliação dos resultados), que como veremos mais à frente se encontram interligadas entre si.

De acordo com os pressupostos do Modelo SafeCare, a elaboração do diagnóstico de situação deve englobar determinados aspetos, tais como: o contexto (área geográfica de influência da instituição); as partes interessadas, a estrutura orgânica da instituição (exemplo: conselho administração, enfermeiros gestores e coordenadores, enfermeiros do contexto e órgãos de apoio/núcleos facilitadores); e, os valores (exemplo: trabalho em equipa, satisfação dos profissionais e clientes, solidariedade, cooperação, entre outros), de forma, a estabelecer uma política de qualidade. Segundo esta linha de pensamento, o diagnóstico de situação deve ter em conta determinadas condições e responsabilidades, tais como:

- ^ Promover uma orientação da gestão e das práticas que garantam a centralidade no cidadão – **orientação voltada para o cliente**;
- ^ Orientar a equipa multiprofissional para uma cultura de participação e construção da melhoria contínua da Qualidade – **responsabilidade da administração e da gestão da instituição**;
- ^ Apostar fortemente na autonomia e responsabilização das equipas e dos profissionais na gestão das estruturas de prestação de cuidados – **envolvimento dos responsáveis das equipas e dos profissionais**;

- ^ Mapear os cuidados de enfermagem segundo uma metodologia baseada na melhor e mais atual evidência científica – **abordagem segundo uma prática baseada em evidência**;
- ^ Garantir a avaliação e a formação contínua visando a qualidade do atendimento, do desempenho, do compromisso nos cuidados traduzido numa política de eficiência e ganhos em saúde – **melhoria contínua**;
- ^ Monitorizar continuamente os resultados de forma a implementar medidas corretivas atempadas que garantam a eficácia do desempenho – **tomada de decisões baseada em factos concretos e reais**;
- ^ Promover a segurança e qualidade dos cuidados no contexto e articular com outros contextos ou instituições numa perspetiva integrada e orientada para a investigação e desenvolvimento da instituição – **investigação e desenvolvimento em enfermagem**.

Nesta primeira etapa do projeto é necessário identificar as responsabilidades de cada um dos intervenientes ou colaboradores. Assim, aos enfermeiros do Departamento da Qualidade cabe efetuar o acompanhamento e a supervisão a nível do sistema da qualidade, ou seja, analisar os aspetos que envolvem o sistema de qualidade da instituição. Ao Conselho Administração cabe aprovar todas as decisões, e aceitar as alterações sugeridas e decorrentes da implementação do modelo. Os enfermeiros gestores institucionais e gestores dos contextos têm um papel fundamental no que consiste ao apoio e motivação da equipa para a implementação do modelo, sendo o seu papel o de facilitador. A eles cabe a função da gestão da equipa no sentido de proporcionar as condições favoráveis para a implementação do modelo e recolher as vantagens da sua implementação na qualidade dos cuidados e segurança dos clientes.

O enfermeiro supervisor major é o gestor e o principal responsável de todo este processo e cabe-lhe fazer a ponte entre os enfermeiros supervisores/supervisados e os enfermeiros gestores (da instituição e do contexto). Ao enfermeiro supervisor cabe orientar uma equipa de enfermeiros supervisados, é ele que lhes dá o apoio e suporte necessário (mentor). Ao supervisado cabe participar no sentido da obtenção de melhoria contínua e de ganhos em saúde identificando áreas que necessitam de intervenção e propondo soluções.

Passamos, então, a descrever como deve ser efetuada esta etapa, dando alguns exemplos práticos da sua aplicação em diferentes contextos.

O início desta fase passa sempre por uma reunião inicial com o enfermeiro gestor institucional, o enfermeiro gestor do contexto, o enfermeiro supervisor major e os responsáveis pelo projeto onde são abordados os aspetos centrais do modelo. É importante que nesta reunião sejam claramente explicados o propósito e os ganhos que a implementação do Modelo SafeCare pode trazer para o contexto, mas também que este (contexto) demonstre interesse e reconheça as vantagens que pode usufruir na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Habitualmente nada fica decidido nesta primeira reunião, como qualquer aspeto importante é necessário um tempo de reflexão e de amadurecimento da ideia. Nessa reunião é solicitado aos gestores a abordagem da equipa para decidir, em princípio em conjunto, se é objetivo do contexto a implementação do Modelo SafeCare e, se o for, qual(ais) a(s) necessidade(s) mais emergentes a serem trabalhadas no contexto. Nesta reunião poderá já ficar agendada nova reunião.

Na reunião seguinte com o enfermeiro gestor institucional e o enfermeiro gestor do contexto, o enfermeiro supervisor major e os responsáveis pelo projeto combinam os pormenores da

implementação do modelo, nomeadamente o timing em que decorrerá e a identificação das áreas sensíveis à supervisão clínica a serem trabalhadas. O enfermeiro supervisor major, como conhecedor privilegiado do contexto, pode também levar sugestões sobre as áreas de que considera pertinentes para intervenção, com vista a processos de melhoria.

A partir deste momento é elaborada uma carta de parceria entre a ESEP e a instituição hospitalar. O objetivo central da carta é tornar o mais formal possível o processo de supervisão e o envolvimento de cada uma das instituições. Até agora foram celebradas três cartas de parceria com a ESEP, uma por cada uma das instituições envolvidas: Centro Hospitalar Universitário do Porto, Centro Hospitalar Universitário de São João e Unidade Local de Saúde de Matosinhos. Nas cartas de parceria encontram-se estipuladas várias cláusulas em que os outorgantes se comprometem a efetuar todas as diligências que se revelarem adequadas ao seu pontual cumprimento. As cláusulas contratualizadas nestas cartas de parceria são: objeto; serviços ou unidades funcionais envolvidas; articulação e coordenação de atividades; metodologia; objetivos; resultados esperados; equipa; organização das atividades assistenciais; compromissos/ contrapartidas; vigências; alterações à carta de parceria; e, lacunas.

Após a carta de parceria estar assinada, o enfermeiro supervisor major face a cada uma das áreas identificadas para intervenção em cuidados de enfermagem efetua uma revisão da literatura. A revisão da literatura tem como objetivo verificar o nível de evidência acerca da temática e pode ser efetuada quer através da revisão narrativa, revisão sistemática ou revisão integrativa. A revisão da literatura, independentemente do método adotado para a sua elaboração, visa a fundamentação teórica e a combinação de dados da literatura empírica e teórica que levem à definição de conceitos, identificação de

lacunas na área em estudo, revisão de teorias e reunião de consensos face à área em estudo. Também é importante identificar qual(ais) o(s) instrumento(s) que foram utilizados para a avaliação dos IS-SCE.

No caso de existirem instrumentos que permitam avaliar as áreas pretendidas, o enfermeiro supervisor major em conjunto com os responsáveis pelo projeto SafeCare discutem a sua pertinência e adequabilidade no contexto, podendo aqui envolver o enfermeiro gestor da instituição e o enfermeiro gestor do contexto. Esta é uma fase importante porque vai determinar os instrumentos a usar quer na etapa 1 quer na etapa 4 do modelo. A análise dos instrumentos de medida deve ser meticulosa e criteriosa. Deve constar de discussão reflexiva clara entre os elementos que devem chegar a um acordo final sobre qual o instrumento mais fidedigno que permite obter uma avaliação criteriosa dos IS-SCE.

Após a seleção do(s) instrumento(s), há que verificar se estes estão adaptados ao contexto português e à população em que irão ser aplicados. Caso estejam, terá de se pedir autorização ao autor para sua aplicação. Caso não existam instrumentos adaptados ao contexto português e à população, deve também efetuar-se pedido ao autor para sua utilização, contudo antes da sua aplicação ainda se terá de fazer a sua adaptação.

No caso de não existir nenhum instrumento que permita avaliar os IS-SCE previamente identificados, o enfermeiro supervisor major terá de construir ele o instrumento de medida. O instrumento de medida construído deve ter em conta os resultados da revisão da literatura, mas também deve ser elaborado de acordo com a parametrização nacional para o fenómeno. Na sua estrutura deve conter dados relevantes para o levantamento diagnóstico, diagnósticos de enfermagem/ resultados esperados e respetivas intervenções a realizar pe-

los enfermeiros. Os instrumentos de medida ou questionários pretendem recolher informação sobre a forma como os enfermeiros atuam perante o fenómeno ou área sensível aos cuidados de enfermagem. Na construção destes instrumentos, foi analisado o SClínico® que é o programa informático em uso nas instituições de saúde portuguesas que replica o que está previsto para a elaboração do plano de cuidados efetuado pelos enfermeiros. Com o intuito do seu preenchimento ser mais apelativo e célere para os enfermeiros dos serviços onde o projeto irá decorrer, este instrumento foi recriado virtualmente com recurso ao Google Docs®, sendo da responsabilidade do enfermeiro supervisor major garantir o acesso a este, em tempo real, através de um dispositivo móvel. Estes instrumentos após elaborados são testados numa pequena amostra e de seguida estão prontos para serem aplicados.

Após a autorizações dos autores dos instrumentos a utilizar ou da construção dos instrumentos, o passo seguinte é pedir aprovação à Comissão de Ética da instituição, respeitando e assegurando a participação voluntária, livre e esclarecida dos enfermeiros, assim como o anonimato e a confidencialidade dos dados dos participantes, que tem por base o respeito pela “Declaração de Helsínquia”.

Nos contextos que temos vindo a aplicar o Modelo SafeCare os IS-SCE adequados às necessidades do contexto foram os seguintes:

- ^Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), departamento de cirurgia: Risco de Queda, Dor, Inteligência Emocional e Satisfação profissional.
- ^Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM), departamento de medicina: Autocuidado (higiene, alimentar-se e posicionar-se), Inteligência Emocional e Satisfação profissional.
- ^Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUS): Eficácia

Clínica e Prática Baseada na Evidência e Capacidades de Inteligência Emocional dos Enfermeiros.

- ^Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP): Ferida Cirúrgica, Dor e Eficácia Clínica e Prática Baseada da Evidência.

Dos instrumentos acima referidos e autorizados pelos autores usamos a escala “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros” e o “Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência” (QECPE-20).

A escala de avaliação das “Capacidades da Inteligência Emocional em Enfermeiros”, foi adaptada e validada para a população de enfermeiros por Vilela (2006), a partir da escala original “Escala Veiga Branco das Capacidades da Inteligência Emocional”, atualmente designada de “Escala Veiga de Competência Emocional”, da autoria da Professora Doutora Maria Augusta Veiga Branco - na altura dirigida a professores. Este instrumento é de autopreenchimento, constituído por 85 afirmações/expressões. Os itens dividem-se em cinco subescalas, consideradas cinco capacidades: autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo. Foi ainda introduzida uma questão de resposta aberta nomeadamente “Na sua opinião, que aspetos considera fundamentais para a implementação de um programa de desenvolvimento das competências de inteligência emocional nos enfermeiros?”, o que permitiu reunir informação relevante para a estruturação de um programa promotor do desenvolvimento das capacidades de inteligência emocional integrado no Modelo SafeCare.

O Questionário de Eficácia Clínica e Prática Baseada na Evidência (QECPE-20) foi traduzido e validado para a versão portuguesa por Pereira et al. (2015), sendo da autoria original de Upton e Upton (2006). Este instrumento é de autopreenchimento e

é composto por 20 itens divididos em três subescalas: Práticas; Atitudes; e Conhecimentos e Competências. Foi ainda introduzida uma questão de resposta aberta: “Na sua opinião, quais são as principais barreiras/obstáculos para uma prática baseada na evidência?”. Esta informação é relevante para identificar as atitudes negativas e/ou barreiras sentidas pelos enfermeiros na fundamentação das suas práticas na evidência científica.

A satisfação profissional foi outro dos questionários usados, este constou da utilização de um instrumento interno de avaliação da Satisfação Profissional da ULSM, descrito no Documento Normativo n.º 2482.1 da ULSM.

Os restantes instrumentos: risco de queda, dor, ferida cirúrgica e autocuidado higiene, alimentar-se e posicionar-se foram construídos pelo enfermeiro supervisor major em colaboração com os responsáveis pelo projeto. Como já foi referido, os instrumentos foram produzidos tendo em conta a informação contida no SClínico®, programa informático em uso nas instituições de saúde, seguindo sempre as orientações da elaboração do plano de cuidados efetuado pelos enfermeiros face à área em atenção. Nesse sentido, foi feito o levantamento dos dados relevantes para o levantamento diagnóstico, os diagnósticos mais frequentemente enumerados face à área sensível aos cuidados de enfermagem e as intervenções de enfermagem quer a nível de vigilância quer a nível de execução ou avaliação. Na sua aplicação estes instrumentos funcionaram de forma diferente dos anteriores, sendo aplicados em triplicado. O que quer dizer que face a um mesmo cliente o questionário foi primeiramente preenchido pelo enfermeiro que presta os cuidados (enfermeiro supervisionado), seguidamente preenchido pelo enfermeiro supervisor major e em terceiro lugar foi efetuado o preenchimento com recurso aos registos de enfermagem contidos no SClínico® relativos ao cliente em questão.

Com o propósito de facilitar a recolha de dados e o preenchimento do questionário pelo enfermeiro supervisionado, alguns destes instrumentos têm sido recriados virtualmente com recurso ao Google Docs®.

Após identificados os instrumentos de recolha de informação passa-se à sua aplicação. Dependendo do tipo de instrumento relativo ao IS-SCE, é pedido o seu preenchimento aos enfermeiros do contexto, tendo sempre presente os aspetos éticos, nomeadamente do respeito pelo anonimato, autonomia e confidencialidade.

Após o preenchimento dos questionários os dados são introduzidos em bases de dados construídas pelo enfermeiro supervisor major e trabalhados segundo métodos da estatística descritiva. Os resultados obtidos nesta análise servem para determinar quais os aspetos a serem trabalhados nas reuniões de supervisão da etapa 3 do modelo.

Para os instrumentos cuja aplicação é efetuada apenas a cada um dos enfermeiros o tratamento da informação é mais fácil de efetuar. É trabalhado o score global de cada escala e os scores de cada uma das subescalas. A partir dessa análise são identificadas as necessidades dos enfermeiros sobre cada um dos IS-SCE previamente identificados, nomeadamente relacionados com as capacidades de inteligência emocional e a prática baseada na evidência e a eficácia clínica. Relativamente a cada um destes indicadores, percebemos quais os aspetos específicos ou mais deficitários que necessitam de ser alvo de atenção nas reuniões de supervisão.

O indicador satisfação profissional apesar de ser alvo de análise, apenas servirá de comparação com os resultados obtidos através da sua aplicação na etapa 4.

Relativamente aos indicadores risco de queda, dor, ferida cirúrgica e autocuidado higiene, alimentar-se e posicionar-se a análise estatística é efetuada fazendo a comparação da avaliação feita pelos enfermeiros, pelo enfermeiro supervisor major e pela análise dos registos dos clientes do contexto. A comparação destas três avaliações permite comparar os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro realiza; os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro regista e os dados, os diagnósticos e as intervenções de enfermagem que o enfermeiro supervisor major adotaria face ao indicador. Mediante os resultados obtidos através deste cruzamento, é possível identificar as necessidades dos enfermeiros sobre cada um dos indicadores.

Habitualmente os instrumentos a utilizar nesta primeira etapa são objeto de acordo entre a ESEP e cada uma das instituições envolvida, aquando do estabelecimento da Carta de Parceria.

Nesta primeira etapa, a qual se reporta ao diagnóstico de situação, através dos dados recolhidos e analisados, a metodologia foi de carácter descritivo e exploratório, tendo como objetivo avaliar a realidade existente no contexto onde será implementado o modelo. Apesar de a apresentarmos de forma isolada neste capítulo, todas as etapas se encontram interligadas, e pretendem, de forma sequencial, dar resposta à questão de investigação no âmbito de um estudo de investigação-ação. Com os resultados obtidos nesta etapa o enfermeiro supervisor major recolhe informação relevante não só acerca do contexto e das suas características como também sobre os aspetos a trabalhar face a cada um dos IS-SCE, constituindo a avaliação inicial dos indicadores. Esta avaliação inicial vai permitir efetuar a posterior comparação com os resultados obtidos através de nova recolha de dados efetuada na etapa 4, que permitem perceber se a implementação do Modelo SafeCare contribui de forma positiva para a melhoria de cada um dos indicadores identificados.

O diagnóstico de situação é, decididamente, uma ferramenta metodológica útil que permite diagnosticar em que medida as atividades se vão realizar de acordo com os padrões de qualidade esperados. Mantém e aumenta o impulso para a melhoria contínua através da implementação das áreas de melhoria que foram identificadas e da oportunidade existente para a identificação e desenvolvimento de novas áreas de melhoria.

Dado que o sistema de saúde se encontra em constante evolução na procura da melhoria contínua, seria erróneo entender o último grau de evolução ou patamar de qualidade como se fosse um ponto final. Pelo contrário, como consequência das melhorias que se vão registando devido a novas tecnologias, novas prestações, novas formas de organização, novas exigências do cidadão e dos profissionais, novas evidências científicas ou nova regulamentação; o diagnóstico de situação neste projeto será continuamente atualizado (nas etapas seguintes) de acordo com as necessidades reais do contexto.

Em síntese o diagnóstico de situação é uma ferramenta e não um fim em si mesmo, identifica as necessidades, facilita e impulsiona processos de melhoria e avaliação nas instituições. O que hoje pode ser visto como longínquo, poderá ser, o caminho da melhoria contínua e excelência de amanhã.