

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em Enfermagem

Cada caso, é um caso....

**Projecto de gestão de cuidados de enfermagem
na consulta de Apoio à Fertilidade**

Maria João Condinho Lopes Campante

2011

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey brushstroke-like shapes that sweep upwards and to the right.

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Gestão em enfermagem

Cada caso, é um caso....

**Projecto de gestão de cuidados de enfermagem
na Consulta de Apoio à Fertilidade**

Maria João Condinho Lopes Campante

**Trabalho de projecto orientado por:
Professora Coordenadora Teresa Santos Potra**

2011



Para o Paulo e para a Joana,
Beijos, muitos beijos...

AGRADECIMENTOS

- À Sra. Professora Coordenadora Teresa Santos Potra, orientadora do presente trabalho, pela inestimável orientação científica, estímulo, e permanente disponibilidade, sem as quais não teria conseguido elaborar este relatório;
- Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. pelo apoio e disponibilidade com que recebeu este projecto;
- À Sra. Professora Generosa Nascimento pela disponibilidade, orientação e simplicidade de relação;
- Aos colegas e amigos, pelo apoio e incentivo constante;
- A todos os que, de qualquer modo, participaram e contribuíram para a sua execução.

RESUMO

Actualmente, em Portugal, a infertilidade é reconhecida como uma doença, e tem vindo a ganhar importância crescente, enquanto problema social e de saúde. A pesquisa de um modelo assistencial melhor adaptado às necessidades dos casais inférteis em acompanhamento na consulta de Apoio à Fertilidade, levou à introdução de uma nova metodologia de organização e prestação de cuidados de enfermagem, que permitisse desenvolver medidas para promover a sua qualidade. Foram definidos como objectivos:

- Implementar a consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E;
- Criar a figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados aos casais inférteis na consulta de Apoio à Fertilidade, através da utilização de uma norma de procedimento.

O projecto “**Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade**” baseou-se no modelo assistencial gestor de caso, para criar a figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de Apoio à Fertilidade. Este enfermeiro deve, mediante intervenções educativas, prestar uma atenção de forma integral ao casal, potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudáveis, corrigir os aspectos erróneos relacionados com mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que podem surgir e planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, prevenindo precocemente qualquer alteração que possa ocorrer. A adopção desta metodologia de cuidados de enfermagem permitiu a organização de cuidados de saúde holísticos, multidisciplinares, direccionados para os casais inférteis. Os enfermeiros têm, assim, oportunidade de ampliar a sua prática de prestação de cuidados, com mais autonomia e responsabilidade e, conseqüentemente, com maior participação no projecto de saúde das pessoas que cuidam. Actualmente em fase final de implementação, os resultados deste projecto já começam a ganhar visibilidade, não só pelos instrumentos de apoio à consulta já criados mas, sobretudo, pelas mudanças de atitude e de práticas dos intervenientes que já são uma realidade.

Palavras-chave: Gestão de caso, infertilidade, gestor de cuidados

ABSTRACT

Currently in Portugal infertility is acknowledged as a disease, and it has been gaining increasing significance as both a social and a health problem. The quest for a care model better adapted to the needs of infertile couples followed-up in the Fertility Support consultation lead to the introduction of a new methodology for organising and providing nursing care, enabling the development of measures to promote its quality. The following objectives have been defined:

- To implement the Fertility Support Nursing Consultation, at the Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E;
- To establish the figure of the nurse care manager, in the fertility support nursing consultation;
- To standardise the nursing care provided to infertile couples in the fertility support consultation, through the use of a standard procedure.

The project “**Gestão de Cuidados de Enfermagem na Consulta de Apoio à Fertilidade**” [Nursing Care Management in the Fertility Support Consultation] was based on the case manager model, in order to establish the figure of the nurse care manager in the fertility support consultation. Such nurse should, by means of educational interventions, provide integral care to the couple, foster positive aspects and healthy lifestyle habits, correct the aspects connected to wrong myths and beliefs, answer any questions the couple may have, and plan healthcare that will ensure well-being, early preventing any changes that may occur.

The adoption of this nursing care methodology enabled the organisation of multidisciplinary holistic healthcare, targeted at infertile couples. Thus, nurses have the opportunity to expand their healthcare practice, with a higher level of autonomy and responsibility, and, consequently, become more involved in the health project of those they take care of. Presently in the final stage of implementation, the project outcomes are already visible, not only through the consultation support instruments that have been developed, but also, and most importantly, for the changes in attitudes and practices of those involved, which are already apparent.

Keywords: Case management, infertility, care manager

ÍNDICE

	FIs
INTRODUÇÃO	10
1. O ENFERMEIRO GESTOR	14
2. NA ERA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA	16
3. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	18
3.1. Gestão de caso uma metodologia aplicada ao cuidar de enfermagem	23
3.2. Cuidar em enfermagem	28
3.3. Teoria do cuidar de médio alcance de Swanson	30
4. REFLECTIR SOBRE INFERTILIDADE	33
4.1. Enfermagem na infertilidade	37
4.2. Intervenção do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de Apoio à Fertilidade	39
4.2.1. Questões éticas na intervenção do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de Apoio à Fertilidade	42
5. O PROJECTO	43
5.1. Caracterização do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.	44
5.2. A realidade da consulta de Apoio à Fertilidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P E.	45
5.3. Análise crítica da prática instituída	46
5.4. Concepção do projecto	47
5.4.1. Viabilidade do projecto	47
5.4.2. Pré-requisitos e riscos para o sucesso do projecto	48
5.5. Planeamento do projecto	48
5.5.1. Finalidade e objectivos	48
5.5.2. Duração do projecto	49
5.5.3. Intervenientes	49
5.5.4. Beneficiários	50
5.5.5. Local	50

5.5.6. Recursos	50
5.6. Actividades desenvolvidas para a implementação do projecto e dos seus instrumentos de apoio	51
5.6.1. A aprovação do projecto	51
5.6.2. O desenvolvimento dos instrumentos de apoio ao projecto	52
5.6.3. A criação do enfermeiro gestor de cuidados	56
5.7. Avaliação do projecto	58
6. REFLEXÃO FINAL	62
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	72
ANEXO I – Análise SWOT do projecto	
ANEXO II – Cronograma inicial de actividades	
ANEXO III – Cronograma final de actividades	
ANEXO IV – Pedido de autorização do projecto	
ANEXO V – Norma de procedimento sectorial “Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”	
ANEXO VI – Folha de registos da consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade	
ANEXO VII – Pedido de autorização de base de dados	
ANEXO VIII – Mapa estratégico do projecto “Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”	

LISTA DE QUADROS

	FIs
Quadro nº1 – As mudanças nos métodos de prestação de cuidados	18
Quadro nº 2 – Influência dos métodos de prestação de cuidados segundo os critérios de Munson e Clinton	22
Quadro nº3 – Relação entre o processo de enfermagem e processo de gestão de caso	26
Quadro nº4 – Número de consultas de Apoio à Fertilidade efectuadas no CHBM, E.P.E.	45
Quadro nº5 – Plano dos recursos necessários	50

INTRODUÇÃO

Tendo em vista a actual política de saúde implementada em Portugal, considero que a enfermagem tem mantido a liderança, relativamente à coordenação de recursos para atingir resultados nos cuidados de saúde, com base na qualidade, acesso e custo. Esta convicção é reafirmada por Couto (2011) que salienta que o enfermeiro gestor, nas últimas décadas, tem sido estruturante para o melhor funcionamento dos serviços de saúde, quer ao nível da gestão operacional quer da gestão estratégica.

Enquanto enfermeira coordenadora da Unidade Funcional de Consultas Externas (UFCE), da Unidade do Barreiro, do CHBM, E.P.E, considerei e considero importante o desenvolvimento de estratégias no âmbito da enfermagem, para dar resposta aos cidadãos, indo de encontro às suas necessidades, prestando cuidados de qualidade e possibilitando que os ganhos em saúde possam ser uma realidade.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E, (CHBM, EPE), definiu como **missão** “assegurar os cuidados de saúde ao nível de educação, promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, garantindo a qualidade e a equidade aos cidadãos numa perspectiva de eficiência e melhoria contínua”. No seu Plano de Actividades e Orçamento definiu linhas estratégicas de desenvolvimento para o período 2009-2011, que visam dar resposta aos “novos desafios de gestão procurando sempre a prossecução da melhoria contínua da qualidade”. (CHBM, EPE, 2009, pag.11).

A qualidade é, a par da inovação e da capacidade de gestão, um dos factores decisivos para o desenvolvimento dos cuidados de saúde, pelo que surge a necessidade de desenvolver projectos na área de gestão de cuidados que providenciem uma mudança das práticas realizadas, pois é da responsabilidade do enfermeiro gestor “promover a aplicação dos padrões de qualidade de enfermagem definidos, e actualizar procedimentos orientadores da prática clínica.” (DECRETO-LEI 248/2009, art.º 10).

O CHBM, E.P.E está em processo de acreditação, através da Joint Commission International (JCI), sendo por isso a qualidade dos cuidados de enfermagem da responsabilidade dos enfermeiros. Ao nível hospitalar é o enfermeiro

chefe/coordenador/gestor que é o responsável por essa qualidade, pelo que, e de acordo com a JCI:

“As chefias intermédias da instituição desempenham um papel determinante para garantir que o plano de qualidade e segurança dos doentes se adequa à cultura institucional existente e se tem algum impacto sobre os aspectos do funcionamento. Para tal, é necessário que exista colaboração e empenho, através de uma abordagem multidisciplinar...” (JCI, 2008, p.143).

Assim, e tendo como referência as funções do Enfermeiro Principal/Gestor descritas no Decreto-Lei 248/2009, que refere ser da sua competência *“planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados...”* (art.º 10) este projecto de gestão de cuidados tem como finalidade desenvolver medidas que promovam a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Neste contexto, e inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), apresento para a obtenção do grau de mestre, um trabalho de projecto que *“visa a aplicação integrada de conhecimentos e de competências adquiridas ao longo do curso a situações novas de interesse prático actual, com o objectivo de responder a necessidades identificadas de uma identidade pública ou privada”* (ESEL, 2010, p.8).

Pretendi com o projecto **“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”**, desenvolver medidas para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos casais inférteis, utentes do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE), com a implementação da figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade, através da adaptação da metodologia Gestão de Caso à realidade da nossa organização, tornando, assim, este projecto inovador.

A opção por esta temática deve-se a duas ordens de razão: i) a vertente académica, onde a promoção do aumento da qualidade dos cuidados de saúde é um assunto transversal a todas as Unidades Curriculares que compõe o 1º Curso de Mestrado em

Enfermagem: área de especialização de Gestão em Enfermagem; ii) a vertente pessoal/profissional, onde se encontra o desejo de dar visibilidade ao papel do enfermeiro (no âmbito da qualidade e eficácia dos cuidados que estes profissionais prestam), na consulta de apoio à fertilidade tendo em vista a satisfação das necessidades dos casais inférteis.

Actualmente em Portugal, a infertilidade é reconhecida como uma doença, e tem vindo a ganhar importância crescente, enquanto problema social e de saúde, sendo considerada como uma área prioritária de actuação na actual política de saúde. (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS], 2011).

Na infertilidade, a abordagem integra cuidados de saúde que começam na prevenção devido “às causas conhecidas e evitáveis da infertilidade, com programas de educação em saúde e para uma sexualidade responsável” (DELGADO, 2007, p.13), e terminam na readaptação funcional dos casais inférteis. É importante que o enfermeiro intervenha dentro do seio de uma equipa multidisciplinar de saúde, mantendo a boa capacidade de comunicação, trabalho em equipa e autonomia, “os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.6).

Tal como é preconizado no modelo de Governação Clínica proposto pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) a necessidade de diminuir os custos com a saúde, tornam pertinente o conhecimento e a utilização adequada de instrumentos de gestão por parte dos enfermeiros gestores, para que se faça a necessária racionalização dos recursos disponíveis com vista ao ganho de eficiência, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados (ARSLVT, 2009).

Neste relatório, após a **introdução**, irei desenvolver o **enquadramento teórico do projecto**, tendo por base a revisão bibliográfica, onde abordarei alguns conceitos que considerarei essenciais para a compreensão e valorização do trabalho desenvolvido.

Continuarei com a apresentação do **projecto** e a metodologia escolhida para a sua realização, bem como as actividades desenvolvidas, os resultados obtidos e a sua

avaliação.

Terminarei com uma **reflexão final** sobre o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional ao longo deste curso e, por último, será apresentada a **bibliografia**.

1. O ENFERMEIRO GESTOR

As organizações de saúde são sistemas muito complexos que actualmente sofrem a influência das mudanças em curso nos sistemas de saúde em que se integram, o que se constitui como um grande desafio. A sua gestão exercida em contínuo processo de reforma será, cada vez mais exigente à medida que os gestores tenham de tentar lidar com novas formas de organização e diferentes incentivos, num quadro que dá ênfase crescente a uma saúde centrada nos utentes, orientada pela informação e francamente voltada para os resultados (REIS, 2004).

A escolha dos elementos responsáveis para os serviços de enfermagem deverá respeitar não apenas critérios de antiguidade na função ou de competência clínica, mas também, e preferencialmente, competência na área da gestão. Isto porque, e citando Hesbeen (2001, p.127), “ (...) a competência mais importante não é, afinal, a de natureza clínica mas sim a que permite gerir o todo, para uma harmonia de conjunto e progredirem juntos”. Na gestão dos serviços deve ser ainda assegurada uma visão multidisciplinar na organização dos cuidados assistenciais e na gestão dos recursos disponíveis.

Com a aplicação da recente carreira de enfermagem (DECRETO-LEI 248/2009 de 22 de Setembro), os novos enfermeiros coordenadores/gestores que vêm desempenhar as funções que anteriormente eram atribuídas aos enfermeiros-chefes, terão que ter competências que vão além da gestão de recursos humanos e materiais. O desenvolvimento deste novo perfil de liderança em enfermagem exige a implementação de projectos educacionais que dêem prioridade ao aperfeiçoamento de competências, que irão no futuro influenciar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população.

Pela sua posição intermédia na hierarquia hospitalar, situada entre os enfermeiros prestadores de cuidados e a direcção, Hesbeen (2001) refere que os enfermeiros gestores, como “*chefia intermédia*”, deverão ser o garante de eficiência de qualquer organização produtiva. O mesmo autor acrescenta que “ (...) as decisões devem poder

ser tomadas o mais perto possível do local de produção, do local onde decorre a actividade” (HESBEEN, 2001, p.128).

A ideia de duplicidade de papéis a que as “chefias intermédias” estavam sujeitas, pois era *“simultaneamente solicitado para uma lealdade para com a hierarquia da empresa e para os seus objectivos (...), e para uma solidariedade com o grupo operário”* (APOLINÁRIO, 2003, p. 47), essa ideia tende agora a esbater-se e, em muitos casos, está mesmo completamente ultrapassada. Nas novas concepções organizativas, cabem a estes profissionais (onde considero poder enquadrar os enfermeiros gestores), funções de índole técnica e gestionária, cada vez mais abrangentes. De acordo com o mesmo autor, a estes gestores, além de conhecimentos profissionais e experiência, são também exigidas:

- *Uma “filosofia de flexibilidade” na gestão dos recursos (materiais, físicos e humanos), em vez da mera aplicação de normativos;*
- *Uma atenção permanente à importância dos factores de qualidade, custo e prazo (no sentido dos objectivos fixados para a organização), em vez de preocupação apenas com os objectivos quantitativos da produção;*
- *Capacidade de motivação dos recursos humanos que leve ao máximo aproveitamento das suas qualidades profissionais e humanas, em vez de mero enquadramento disciplinar;*
- *Capacidades de adaptação e de aceitação das novas técnicas e dos novos modos de pensar e de agir, em vez de alheamento ou resistência à mudança (APOLINÁRIO, 2003, p. 47).*

Assim, as transformações ocorridas nas políticas de saúde, inevitavelmente irão determinar mudanças nas competências que são esperadas no líder de enfermagem. Estas alterações e a crescente competitividade das organizações de saúde (publicas e privadas) criam a necessidade de profissionais de enfermagem cada vez mais qualificados e especializados (preconizado pelo Modelo de Desenvolvimento Profissional de Enfermagem), e originam a procura de padrões de qualidade assistencial rigorosos (tal como é estabelecido na filosofia da governação clínica).

2. NA ERA DA GOVERNAÇÃO CLÍNICA

A governação clínica é o processo através do qual as organizações de saúde se responsabilizam pela melhoria contínua da qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de padrões elevados de qualidade de cuidados. Este conceito foi introduzido pela 1ª vez em 1997 no Serviço Nacional de Saúde Inglês (NHS) e representa uma nova cultura e uma nova forma de pensar para as organizações de saúde.

A governação clínica foi definida como:

"um conjunto de políticas, estratégias e processos baseados na qualidade, capazes de assegurar melhoria contínua na forma como o hospital cuida e trata os seus doentes, no modo como presta contas à comunidade e à tutela e na eficiência como administra os recursos que lhe confiados." (MINISTÉRIO DA SAÚDE [MS], 2011, p.37)

Em Portugal, repensar o modelo de Governação Clínica dos hospitais portugueses afigura-se extremamente oportuno e susceptível de fornecer um contributo importante para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados. O Ministério da Saúde através da ARSLVT, criou um grupo de reflexão, do qual fizeram parte diversas figuras ligadas à Saúde em Portugal, com o objectivo de reflectir sobre o tema da Governação dos Hospitais. As recomendações deste grupo foram apresentadas em Julho de 2009, integradas nas comemorações dos 30 anos do Serviço Nacional de Saúde, onde é referido que:

" repensar o Modelo de Governação dos hospitais portugueses, tornando a qualidade dos cuidados, a segurança dos doentes e o combate ao desperdício uma responsabilidade partilhada por profissionais de saúde, gestores e enquadrando-os no contexto mais global do sistema de saúde, afigura-se extremamente oportuno e susceptível de fornecer um contributo inestimável para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos hospitais". (ARSLVT, 2009, p.4).

A governação clínica implica estratégia, políticas operativas e uma estrutura de governação integrada, com o objectivo de facilitar e incentivar a boa prática assistencial. De acordo com o grupo técnico para a reforma da organização interna dos hospitais, (Ministério da Saúde, 2011, p.35), as condições necessárias para o exercício competente da governação clínica, são:

“- Liderança organizacional e clínica, fortemente empenhada e solidária no processo de governação clínica;

- Compromisso com a gestão da qualidade e disponibilidade persistente para rever e aperfeiçoar desempenho;

- Empenhamento na criação de uma cultura de avaliação e auditoria clínica como recurso comum de leitura e análise;

- Reconhecimento da importância da identificação e gestão do risco clínico;

- Educação, treino e formação profissional continua;

- Investigação e divulgação das boas práticas da eficiência clínica;

- Gerir e aprender com base no reconhecimento do erro e na reclamação;

- Procurar as opiniões e responder às expectativas dos utentes e fazer uso da informação clínica decorrente das suas experiências;

- Utilização criteriosa da informação para planear e monitorizar a governação clínica.”

A criação destas condições radica, entre outros, no desenvolvimento de uma cultura organizacional adequada. A cultura nas organizações de saúde deve assim apoiar-se na responsabilização, autoridade e responsabilidade para garantir que a qualidade é incorporada em cada aspecto da prestação de cuidados, tal como é preconizado no Código Deontológico do Enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2005). A cultura organizacional é importante para a promoção e desenvolvimento de todos os aspectos da governação clínica pelo que a equipa de enfermagem deve possuir um estilo participativo, com uma comunicação eficaz, capaz de criar uma cultura que está receptiva à mudança e à inovação, nomeadamente, no que diz respeito aos modelos de organização dos cuidados de enfermagem.

3. MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O desenvolvimento socioeconómico e científico da sociedade, o evoluir do significado dos conceitos: homem, saúde, ambiente, enfermagem e interacção entre eles, contribuíram para o aparecimento de várias metodologias de distribuição de trabalho. Costa (2004, p.234) refere que a “*conquista da autonomia e a procura de níveis (...) elevados da qualidade do desempenho profissional e dos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros*”, levaram a novas concepções de cuidados de enfermagem e de novos modelos de organização da prestação dos mesmos cuidados, que tiveram uma evolução contínua, a partir da segunda metade do séc. XIX, como se pode ver sinteticamente no quadro seguinte (Quadro nº1):

Quadro nº1 - As mudanças nos métodos de prestação de cuidados

1860 - Cuidados = trabalho (sem formação)	→ Cuidados funcionais
1865/1930 - Cuidado = ofício	→ Cuidados individualizados
1930/1960 - Cuidados = ofício reconhecido (formação obrigatória)	→ Cuidados centrados sobre o doente (sistema de quartos)
1960/1990 - Cuidados = profissão (desenvolvimento da profissão)	→ Cuidados em equipa (sistema misto)
1990/2000 - Cuidados = Profissão autónoma (nova concepção dos cuidados)	→ Cuidados com enfermeiro de referência (responsabilidade completa)

Fonte: COSTA, José Santos – Métodos de prestação de cuidados. Revista **Millenium**. Instituto Politécnico de Viseu, nº30 (Outubro 2004). ISSN: edição electrónica. p. 235.

Ou seja, os modelos de organização da prestação de cuidados de enfermagem foram evoluindo devido às novas concepções de homem, saúde, ambiente e enfermagem, estando actualmente direccionadas para a pessoa nas suas diversas idiossincrasias.

A organização da prática de enfermagem, não pode estar assente na lógica de uma classe profissional isolada, mas deve actuar personalizando os seus saberes, organizando-os de forma a centrar os seus procedimentos no doente e família, sem perder de vista a interactividade com os outros membros da equipa. As metodologias de trabalho revestem-se de grande importância, na medida em que estas devem

permitir a individualização e personalização dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais, tendo como finalidade a qualidade dos mesmos. Irei de seguida descrever sucintamente os métodos de prestação de cuidados de enfermagem.

Método Funcional

Também designado de *método por tarefa*, baseia-se na divisão de tarefas necessárias aos utentes pelos enfermeiros disponíveis. Está muito mais relacionado com actividades técnicas, do que com relacionamentos interpessoais, o que se reflecte na informação escrita, que não é individualizada para o utente, mas relata a ocorrência das tarefas realizadas. O enfermeiro avalia os sinais vitais, administra a terapêutica, efectua os cuidados de higiene e todas aquelas actividades que devem ser feitas, por rotina, durante um turno.

Tem a vantagem de permitir a rentabilização de um enfermeiro para um número elevado de utentes e dos recursos materiais, pela especialização da tarefa. Por outro lado, tem as desvantagens dos cuidados serem despersonalizados e fragmentados, sem responsabilidade atribuível, com uma fraca relação entre o enfermeiro e o utente.

Do ponto de vista interpessoal, a equipa não funciona como tal, os relacionamentos entre os elementos são fracos, o que pode ser gerador de insatisfação, associado ao facto da desvalorização do desenvolvimento pessoal e profissional.

Neste método é o enfermeiro gestor que detém toda a autoridade. De acordo com Costa (2004), citando Coser (1991), este modelo está associado a um tipo específico de autoridade, que se insere na categoria designada “estrutura fechada”, e que se caracteriza pela centralidade conferida à chefia de enfermagem na coordenação do trabalho e na tomada de decisões.

Método Individual

Com o método individual de distribuição de trabalho, a cada enfermeiro é atribuído um determinado número de utentes, assumindo este a total responsabilidade pelos cuidados que presta. Este faz um levantamento de necessidades e respectivo plano de

cuidados e descreve a evolução do utente com registos de enfermagem objectivos e individualizados. É, acima de tudo, um método de distribuição de trabalho global, uma vez que permite essa visão global dos utentes, até porque os relacionamentos inter-profissionais são privilegiados

Este método tem as vantagens de facilitar a relação de ajuda do enfermeiro com o utente/família, que é vista como um todo indissociável, e individualiza os seus cuidados a essa realidade, obtendo assim uma melhoria significativa dos mesmos. As desvantagens do método individual situam-se na maior quantidade de enfermeiros necessária, bem como uma maior consumo de materiais. O tempo disponibilizado para o relacionamento com o utente pode interferir com os relacionamentos entre os elementos da equipa, bem como limitar o conhecimento dos restantes utentes da unidade de cuidados, sendo por isso um método óptimo para as Unidades de Cuidados Intensivos ou de Isolamento.

O enfermeiro gestor é o responsável, principalmente, pela supervisão e avaliação dos cuidados e mantém um certo poder decisório em todas as etapas do processo de cuidar (COSTA, 2004).

Método de Equipa

O método de equipa é caracterizado pela existência de um grupo de enfermeiros com um nível diferenciado de conhecimentos, que presta cuidados a um grupo de utentes. Necessita da existência de um chefe de equipa, que planeia, organiza, supervisiona e avalia os cuidados prestados. À semelhança do método individual, a distribuição de cuidados e utentes dentro da equipa é individualizada, bem com as informações escritas (registos de enfermagem). Os relacionamentos interpessoais são privilegiados, especialmente entre os elementos da equipa e os restantes profissionais.

Tem como grandes vantagens um aproveitamento mais racional das capacidades dos enfermeiros, com a criação de uma maior dinâmica e trabalho de grupo. Este aspecto favorece a relação entre os elementos da equipa, e os enfermeiros desenvolvem-se em grupo, o que favorece a aprendizagem de elementos menos experientes. As desvantagens do método de equipa baseiam-se no aumento das necessidades de recursos humanos, por um lado, contrapondo-se com a dificuldade em aceitar novos

elementos para a equipa. Com o desenvolvimento da equipa, esta pode entrar em rotina e o método tornar-se funcional. O enfermeiro gestor delega funções no enfermeiro o que pode gerar conflitos de liderança e perda da figura de referência dentro da unidade de cuidados.

Método de Enfermeiro Responsável (de referência ou enfermagem primária)

É um método que consiste na atribuição de um número limitado de utentes a cada enfermeiro sendo este responsável pelo planeamento, execução e avaliação dos cuidados durante todo o internamento, bem como a preparação da alta. Frederico e Leitão (1999, p.166) justificam a utilização do método do enfermeiro responsável pois permite “ (...) *a criação de uma relação mais profunda entre o enfermeiro e o doente proporcionando maior segurança; a continuidade dos cuidados, desde a admissão até à alta; maior empenhamento por parte do enfermeiro.*” Na ausência do enfermeiro responsável, os cuidados são assegurados por um colega (assessor) em método individual, mas a totalidade da informação deve ser actualizada junto do enfermeiro responsável.

Este método tem a vantagem de constituir o expoente máximo do relacionamento entre enfermeiro e utente, integrando a família no processo de cuidar. Os cuidados são individualizados e a continuidade dos mesmos é assegurada com facilidade, fruto da comunicação e trabalho de equipa. É um método que permite uma enorme autonomia ao enfermeiro pelos cuidados que presta, estimulando uma constante actualização dos conhecimentos técnicos, científicos e relacionais. A desvantagem reside no facto de ser apenas viável a utilização de enfermeiros com capacidades reais de tomada de decisões. As necessidades de recursos humanos são significativamente mais elevadas.

De acordo com alguns autores existe uma variante deste método, designada “**método de cuidados modulares**”, em que se mantém a presença de um enfermeiro de referência, mas este é responsável por um número de utentes, que poderá ir até doze. Este método fica menos dispendioso já que os cuidados que não são exclusivos da enfermagem serão desempenhados por pessoal menos qualificado (HESBEEN 2001, p.140).

Costa (2004), refere que alguns autores (Sandu, Duquette, K rouac, 1991), examinaram “...não são os factores de influência ligados aos métodos de presta o de cuidados próprios de cada método...” assim como “... os quatro elementos predominantes da qualidade ligados   organiza o sistemática dos cuidados (totalidade, imputabilidade, continuidade e coordena o), definidos por Munson e Clinton (1979)”, tendo posteriormente realizado uma esquematiza o dos mesmos, que se apresenta no Quadro n  2. O mesmo autor especifica que:

“ A “totalidade” implica que seja incluída tanto a aprecia o das necessidades do utente, como a planifica o, execu o e controle dos cuidados. A “continuidade” pressupõe a presta o de cuidados de maneira permanente. A “imputabilidade” significa que os cuidados prestados são da responsabilidade de um enfermeiro em particular. A “coordena o”   a actividade que permite, em colabora o com outros profissionais de saúde, integrar os cuidados de enfermagem prestados, no conjunto do plano global de cuidados de saúde.” (COSTA, 2004, p. 242).

Quadro 2 – Influência dos métodos de presta o de cuidados segundo os critérios de Munson e Clinton

Critérios de Munso e Clinton	Métodos de Distribu�o de trabalho	Cuidados de Enfermagem Funcionais	Cuidados de Enfermagem Individuais	Cuidados de Enfermagem em equipa	Cuidados de Enfermagem por Enf. responsável
Totalidade	Ausente	A Enf. � responsável por todos os cuidados durante o seu turno	Cuidados orientados para o doente e individualizados em cada turno	Característica principal deste método. A Enf. avalia, organiza, executa e controla os cuidados	
Continuidade	Prejuízo na continuidade	� válida apenas para a dura�o do turno	Válido para o turno	Assegurada por meio de planos escritos	
Imputabilidade	O nível é baixo	Enf. Responsável	Enf. chefe de equipa	Enf. Responsável pelo doente	
Coordena�o	Enf. Gestora	Enf. Gestora	Enf. chefe de equipa ou Enf. chefe de Unidade	Enf. Responsável pelo doente	

Fonte: COSTA, José Santos – Métodos de presta o de cuidados. Revista **Millenium**. Instituto Politécnico de Viseu, n 30 (Outubro 2004).

ISSN: edi o electrónica. p. 241.

Da análise deste quadro é possível constatar que o Método de Enfermeiro Responsável (de referência ou enfermagem primária), permite a continuidade de cuidados, tanto na presença do enfermeiro responsável, como na sua ausência, e o *processo* de cuidar tem como centro o utente na sua totalidade.

As condicionantes económicas actualmente existentes devem actuar como agente mobilizador do desenvolvimento das intervenções autónomas da equipa de enfermagem. Os seus gestores devem possuir capacidades inovadoras de relacionar as diferentes formas de organização, com a performance exigida no desenvolvimento da actividade da enfermagem.

A viragem para o séc. XXI levou-nos a procurar fazer uma reflexão sobre os conhecimentos adquiridos tentando adaptá-los às novas realidades. A organização da prática de enfermagem não pode nem deve estar de forma alguma, desgarrada do contexto da estrutura de uma instituição de saúde. Actualmente as tendências de gestão são fundamentadas em pressupostos económicos e financeiros. Sendo a economia a ciência da escassez tem que, por esta razão, ser inspiradora tornando assim os gestores de enfermagem capazes de criar modelos que levem à concretização de “Boas Práticas” e, em simultâneo, fazendo com que todos os recursos sejam utilizados de forma eficaz e eficiente. Nesta perspectiva, considero que o método de prestação de cuidados designado por **gestão de caso** poderá ser uma das soluções.

3.1. Gestão de caso, uma metodologia aplicada ao cuidar em enfermagem

A gestão de caso teve início nos anos 40 do século XX nos Estados Unidos da América (EUA), ressurgindo nos anos 80. Muitas são as suas definições existentes na literatura, a Case Management Society of America (CMSA), define-a como um modelo assistencial centrado no utente que exige avaliação, planeamento, facilitação e promoção de opções e serviços para atender às necessidades de saúde do indivíduo,

através da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a qualidade dos resultados custo-benefício (CMSA, 2009).

A nível europeu, a gestão de caso enquanto método para coordenar o tratamento, assegurar a prestação individualizada de cuidados e ajudar os utentes a orientarem-se ao longo do sistema de tratamento é ainda pouco frequente.

Em 1985, Weil e Karls de acordo com Cary (1999, p. 390), descreveram a gestão de caso “...como um conjunto de passos e processos lógicos de interação na rede de um serviço, que assegure que um utente receba os serviços necessários de uma maneira calorosa, eficaz, eficiente e com uma boa relação qualidade preço”.

A gestão de caso tem uma dimensão que mobiliza múltiplas competências sendo uma estratégia que visa gerir de forma integrada e coerente os percursos de habilitação/reabilitação, através da mobilização de um conjunto de serviços. Implica a mobilização de vários profissionais, com competências diversas e especializadas, pressupondo um trabalho cooperativo entre todos os intervenientes e desestruturando as formas tradicionais de intervenção profissional, alterando profundamente as atitudes e práticas dos profissionais. Está focalizada nos utentes e significativos promovendo a sua participação em todas as fases da prestação de serviços, numa lógica de *empowerment (empoderamento)* e respeito.

Este conceito particulariza, para a Saúde, a ideia mais global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da Saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efectividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito (ARSLVT, 2009).

A CMSA (2009) refere que a premissa fundamental da metodologia gestão de caso, é baseada no fato de que quando o indivíduo atinge o melhor nível de bem-estar e capacidade funcional, todos beneficiam: os próprios, os seus sistemas de apoio e os sistemas prestadores de cuidados de saúde.

O enfermeiro gestor de caso deverá possuir e desenvolver competências na área da gestão, nomeadamente: “ *comunicação, delegação, persuasão, uso de poder, consultadoria, resolução de problemas, gestão de conflitos, negociação e gestão da mudança, marketing, desenvolvimento do grupo, fiabilidade, autoridade, defesa e tomada de decisões éticas*” (TRINDADE, 2010, citando CARY, 1999, p.394).

Na utilização deste método é fundamental, a adopção de uma conduta assente em conhecimentos científicos, que demonstrem claramente as nossas aptidões. Esses conhecimentos deverão ser actualizados através da formação, que possibilite aos enfermeiros a aquisição de competências num domínio de cuidados bem específico o que lhes irá permitir desenvolver um conjunto de acções e atitudes no cuidar.

A satisfação dos utentes / família surge como o culminar de todo o processo implementado, reconhecendo-nos mérito e competência na realização e qualidade efectiva dos cuidados e serviços que prestamos.

Os gestores de caso deverão ter qualificações na área da gestão de caso ou serem licenciados numa área de saúde, que funcionam como líderes das equipas multidisciplinares e desenvolvem novas linhas de pensamento, investigação e desenvolvimento (CMSA, 2009).

Alguns autores, consideram que a metodologia de gestão de caso consiste num processo assistencial intrínseco à Enfermagem, no qual os enfermeiros são os principais responsáveis, realizando a gestão dos recursos materiais e humanos, para atingir os resultados propostos, sem nunca esquecer a qualidade, o acesso e o custo dos mesmos (SEQUEIRA, 2009, citando STANHOPE E LANCASTER, 1999). A mesma autora refere que é clara a “*ligação que se estabelece entre a enfermagem e o modelo do Gestor de Caso, uma vez que a Gestão de Caso tem, enquanto processo, componentes que complementam o processo de enfermagem*” (SEQUEIRA, 2009, p. 69), como se pode constatar no quadro que se segue.

Quadro nº3 – Relação entre o processo de enfermagem e processo de gestão de caso

Processo de Enfermagem		Processo de Gestão de Caso	
Etapas	Actividades	Etapas	Actividades
Identificação	Colhe e analisa dados	Procura o caso: identificação dos incentivos para a população alvo; Rastreio e admissão; Determinação da elegibilidade; Avaliação	Desenvolve redes com a população-alvo; divulga material escrito; procura referências; aplica instrumentos de rastreios de acordo com as finalidades e os objectivos do programa; usa quadros de avisos escritos e nos locais; aplica métodos de avaliação global (física, social, emocional, cognitiva económica e da capacidade do auto cuidado); faz conferências interdisciplinares, com a família e o utente.
Diagnóstico	Determina necessidades em cuidados de enfermagem	Identificação do Problema	Determina conclusões com base na identificação; usa equipa interdisciplinares.
Planeamento	Estabelece prioridades de cuidados; Formula objectivos	Priorização dos problemas; Planeamento de acordo com as necessidades de cuidados	Valida e prioriza os problemas com todos os participantes; desenvolve, actividades, cronogramas e opções; consegue o consentimento do utente para a implementação; faz com que o utente escolha as opções.
Implementação (avaliação intermédia)	Valida o plano de cuidados; Documenta os cuidados e seus efeitos; Reavalia as necessidades em cuidados de enfermagem	Defesa dos interesses do utente; Combinação da prestação de serviços; Monitorização dos utentes durante o processo de cuidados.	Contacta os prestadores; negocia serviços e preços; coordena a prestação dos serviços; monitoriza as mudanças no estado do utente e dos serviços.
Avaliação Final	Avalia e compara as necessidades em cuidados de enfermagem.	Reavaliação	Examina os resultados em comparação com os objectivos; Examina as necessidades em comparação com os serviços prestados; Examina a satisfação do utente, prestadores e gestor de casos.

Fonte: SEQUEIRA, Ana, LOPES Joaquim – **Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência**. In: **Revista Toxicodependências**. Lisboa. ISSN 0874 - 4890. Volume 15, nº 1 (2009). p. 70.

A gestão de caso pressupõe o estabelecimento de um plano de cuidados tendo em conta a avaliação do utente/família e a coordenação entre os recursos e serviços necessários para o seu benefício, ou seja, os princípios da prática de enfermagem são o núcleo fundamental para os planos de gestão de caso.

Em Portugal, esta metodologia de organização de cuidados ainda não está muito divulgada (Sequeira, 2009) no entanto nos Estados Unidos da América, onde este modelo assistencial está amplamente difundido, sendo por isso a sua utilização frequente (em especial ao nível da Saúde Pública), os resultados obtidos têm sido muito positivos, mais concretamente, tem sido possível reduzir em média um terço do número e dias de internamento e ainda diminuir os custos dos cuidados prestados, sem descurar a sua qualidade (CARY 1999, CMSA 2010).

Após conhecer estes resultados, a adaptação deste modelo assistencial para a realidade portuguesa, em especial para a existente no CHBM, E.P.E. foi um desafio, em que a finalidade ambicionada era obter, através da coordenação eficaz da equipa de saúde, uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, que potenciasses os ganhos efectivos em saúde dos casais inférteis.

Concordo com SEQUEIRA (2009, p.71), quando refere que os enfermeiros não se limitam a efectuar a gestão de caso, mas sim a realizar a gestão de cuidados que os nossos cidadãos necessitam. A mesma autora citando Watson (2002), acrescenta que os enfermeiros devem procurar, “ *um modelo diferente, adaptado às especificidades da ciência humana do cuidar, movendo-se para além do que é objectivo, das operações rígidas, e dedicando-se mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões*”, tendo sempre em consideração as experiências únicas e globais da pessoa receptora dos cuidados de enfermagem. Assim, a adopção da figura de um enfermeiro gestor de cuidados parece-me mais consentânea com a realidade do cuidar em enfermagem no contexto em que pretendo implementar o projecto.

3. 2. Cuidar em Enfermagem

Historicamente o cuidar tem sido o ponto fulcral da enfermagem. Foi Florence Nightingale quem primeiro salientou o cuidar como algo de humano, de profundo, sentindo a necessidade de instruir uma profissão especialmente vocacionada para o cuidar.

Cuidado em português denota atenção, cautela, encargo e incumbência (DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA, 2000, p.214), mas no âmbito da enfermagem representa mais que um momento de atenção. É na realidade uma atitude de preocupação e envolvimento afectivo com o ser cuidado (HESBEEN, 2000).

A concepção do cuidar em enfermagem tem evoluído e os seus valores têm sido, gradualmente, interiorizados pelos enfermeiros, porque cada vez mais a prática de enfermagem exige a mobilização de saberes prévios em realidades concretas, em que a relação enfermeiro/utente deve ser baseada no respeito, confiança, onde o cuidar humano é essencial, reflectindo o envolvimento entre quem dá e quem recebe.

Somos nós enfermeiros, que nos relacionamos com os utentes na sua totalidade, partilhamos com eles as suas experiências de saúde e doença, numa dimensão onde cada pessoa é considerada como um ser único e mantemos com eles, contacto cuja duração e intensidade dificilmente são experimentados por outros profissionais de saúde. Isto intensifica as possibilidades de conhecimento, de acompanhamento, de partilha de valores e a necessidade de ajuda, ou seja, dar atenção àquelas coisas que para determinada pessoa são importantes e dão sentido à sua vida. Citando Hesbeen (2000, p.47): *“a atenção a essas pequenas coisas revela a preocupação com o outro, na sua existência. Participa plenamente na sua saúde (...) é a valorização dessas pequenas coisas que constituem os cuidados de enfermagem”*.

Importa relevar, portanto, que todo o processo de cuidados exige, obrigatoriamente, que o enfermeiro conheça o utente suficientemente bem para identificar as suas necessidades em cuidados de enfermagem. Esta perspectiva transporta, implícita, a

necessidade do processo estar alicerçado numa verdadeira relação/interacção utente/enfermeiro.

Cuidar é o âmago da prática de enfermagem e, por mais sofisticado que seja o desenvolvimento tecnológico, a interacção pessoal será sem dúvida fundamental para a recuperação, manutenção e promoção da saúde. Considero este aspecto muito relevante na Unidade Funcional de Consulta Externa, sendo a consulta de enfermagem um dos momentos mais privilegiados para esta interacção.

A necessidade dos enfermeiros em clarificar a especificidade dos cuidados que prestam à utente/família/comunidade, tem motivado os teóricos de enfermagem a elaborar modelos conceptuais para a profissão. Esses modelos conceptuais orientam não só a prática de enfermagem, mas também, servem de guia para a formação, investigação e gestão dos cuidados (KÉROUAC, *et al*, 1996).

A evolução das escolas de pensamento em enfermagem está relacionada com as ideias e valores inerentes a uma determinada época, podendo actualmente co-existir ideias de diversos paradigmas, aqui entendidos como um conjunto de crenças, de valores, de leis, de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação (KÉROUAC *et al.*, 1996). Estes autores defendem que a disciplina de enfermagem, passou por três paradigmas diferentes: categorização, integração e transformação.

O **paradigma da categorização** aparece ainda no século XIX, altura em que se começaram a identificar alguns agentes patogénicos e se estabeleceu a sua relação com algumas doenças. Caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de modo isolado, a sua preocupação é com o órgão afectado, com o diagnóstico médico, o tratamento e a cura. A pessoa é apresentada de modo fraccionado, não integrado e o ambiente é algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (KÉROUAC *et al.* 1996).

O **paradigma da integração** surge nos Estados Unidos nos anos 50, nos pós 2ª Guerra onde havia elevado número de pessoas com carências de vária ordem, e influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa. Kérouac *et al* (1996, pag.10), referem que nesta altura houve "*um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade*". A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-

culturo-espíritual”, sendo o enfermeiro o responsável pela avaliação das necessidades de ajuda á pessoa tendo em conta a sua globalidade. Os mesmos autores referem que surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação.

Paradigma da transformação o início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Engloba autores como Watson (1988), Rogers (1989, 1992), Newman (1992) e Parse (1992). É reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram de única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde.

3.3. Teoria do cuidar de médio alcance de Swanson

A teoria do cuidar de Swanson foi cronologicamente localizada no Paradigma da Transformação. A prestação de cuidados influenciados por esta filosofia abrange os conceitos de cuidados globais e integrais, atribuindo aos enfermeiros a inteira responsabilidade do conjunto dos cuidados de enfermagem requeridos por um cliente, *“a enfermeira, ao garantir todos os cuidados requeridos por uma pessoa, co-responsabiliza-se com ela no processo de cuidados. O processo interrelacional entre enfermeira e o cliente ganha assim o seu verdadeiro significado”* (LOPES 2000, p.46).

A visão que Swanson tem da enfermagem é muito criativa, pois contempla a excelência dos cuidados e coloca o enfermeiro e o utente no mesmo nível de igualdade, numa relação de parceria em que ambos evoluem mutuamente, tendo sempre em atenção o meio que os rodeia.

Apesar do *cuidar* ser longamente retratado por diversos autores, Swanson (1991), citada por Mártires (1991, p.2) constata que *“o significado do cuidar, e os seus componentes essenciais, permanecem pouco claros quer se cuide de si próprio quer se cuide dos outros”*.

A partir de estudos qualitativos de abordagem fenomenológica Swanson conceptualiza o conceito de cuidar, como sendo *“uma forma de relacionar crescendo com um outro*

significativo ou, por quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” e à identificação das suas cinco categorias essenciais a que dá o nome de processos (MÁRTIRES, 1991,p.17)

Para Swanson (1991), o cuidar em enfermagem passa por cinco processos que se inter-relacionam, pelo que não se excluem mutuamente e fazem parte de um conjunto de atitude e acções de quem cuida para quem é cuidado, esperando-se que o enfermeiro vá para lá do “*saber fazer*”, consiga “*saber estar*” e “*saber ser*”.

Em seguida passo a descrever o modo como relaciono os 5 processos de cuidar na prestação de cuidados de enfermagem na consulta de apoio à fertilidade:

Conhecer: É compreender qual significado que o acontecimento tem na existência do outro. Nos casais inférteis importa saber qual a importância da infertilidade na sua vida.

Estar com: É estar emocionalmente presente para o outro, o que envolve *estar lá*, comunicando uma disponibilidade contínua, e partilhando sentimentos de alegria ou sofrimento com os casais inférteis.

Fazer por: Implica fazer pelo outro aquilo que ele/a faria sozinho/a se isso fosse possível.

Possibilitar: Significa facilitar a passagem através das transições da vida e de acontecimentos desconhecidos (uma primeira gravidez, um primeiro parto). O objectivo de possibilitar é facultar a capacidade da mulher/casal para crescer e decidir informadamente.

Manter a crença: O processo final de cuidar, manter a crença, é manter a fé na capacidade dos casais em ultrapassar os problemas relacionados com a saúde reprodutiva. “ *Cuidar, que é manter a crença inclui envolver o outro em estima e acreditar nele. Aquele que cuida mantém uma atitude de esperança (em oposição ao desespero) e oferece um optimismo realista com se percorresse todo o caminho com o outro*” (MÁRTIRES, 1991, citando SWANSON, 1991, p.12).

O conhecer das preocupações, e expectativas “do outro” alvo dos cuidados (casais inférteis), aponta o que é prioritário para os mesmos, facto que poderá guiar e orientar a elaboração dos cuidados de enfermagem e direccionar os mesmos. O enfermeiro ao permitir a partilha de sentimentos, mostrando disponibilidade, dando-lhes tempo e escutando-os atentamente de modo a que os casais inférteis compreendam a preocupação e atenção do enfermeiro.

O enfermeiro é considerado como aquele que cuida, mantendo uma atitude de esperança e oferecendo uma atitude realista como se percorresse o caminho com os casais inférteis alvo dos cuidados, sendo por isso importante que o enfermeiro se prepare técnica, científica e relacionalmente, para que possa ajudar a manter ou a recuperar a saúde através da prestação dos seus cuidados e da mobilização de saberes de diferentes tipos.

4. REFLECTIR SOBRE INFERTILIDADE

A infertilidade é um tema bastante antigo na história da humanidade, vindo a ser abordada desde dos escritos mitológicos. A impossibilidade de gerar e de ter filhos tem sido tratada através dos tempos e nas mais diferentes culturas, como algo vergonhoso, como um castigo divino. A mulher infértil era afastada pelos seus pares e rotulada como incapaz, sendo considerada uma “*árvore seca*”. Ter filhos era parte inerente à vida e representava uma obrigação para todos os casais. Estes valores, embora modificados em parte na cultura moderna, permanecem com força consideráveis.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define infertilidade como a “*ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção*” (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE [DGS], 2008, p.6). Por sua vez segundo a Associação Portuguesa de Fertilidade, refere no seu *site* que “*(...) um casal é infértil quando não alcança a gravidez desejada ao fim de um ano de vida sexual contínua sem métodos contraceptivos (...). Também se considera infértil o casal que apresenta abortos de repetição (≥3, consecutivos)*”. Ainda de acordo com a DGS (2008, p.6), a “*infertilidade considera-se primária quando não houve uma gravidez prévia e secundária nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou ectópica*”.

Contudo, quer para a DGS quer para Associação Portuguesa de Fertilidade é consensual que se considere o início de um plano de avaliação de eventuais factores envolvidos, após um ano de relações sexuais desprotegidas, indo de encontro da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR), que define no seu *site* a infertilidade como a incapacidade de um casal conceber ou terminar uma gravidez, depois de pelo menos um ano de relacionamento sexual regular sem qualquer protecção. (www.spmr.pt)

Ter filhos é uma parte fundamental do projecto de vida da maioria dos homens e mulheres. Para muitos, constitui um passo importante para o alcance da maturidade e do desenvolvimento pessoal, além do cumprimento de um importante papel social. A não concretização do projecto parental pela infertilidade impõe aos casais que enfrentam o temor da não realização do desejo de maternidade e paternidade um importante sofrimento emocional e social (CARDOSO, 1998).

Desejar ter filhos e deparar-se com uma impossibilidade neste processo, pode produzir uma ampla gama de sentimentos tais como: medo, ansiedade, tristeza, frustração, e vergonha. A situação de infertilidade pode provocar efeitos devastadores tanto na esfera individual como conjugal e desestabilizar as relações dos casais com seu meio social, podendo ocasionar um decréscimo na qualidade de vida.

Há 40 anos, um casal infértil dispunha apenas de 2 opções: continuar sem filhos ou adoptar. Muitos deles satisfizeram o seu desejo de serem pais, tornando-se os tios favoritos de seus sobrinhos. Actualmente, estes casais têm acesso a uma grande quantidade de informação e a diversos tipos de intervenções e novos tratamentos médicos, através da Procriação Medicamente Assistida (PMA). Para muitos esta é encarada como sendo a última oportunidade de ter um filho biológico.

Apesar da disponibilidade destas opções, as escolhas podem significar anos de tratamento, stress prolongado, resoluções adiadas, continuação do estigma da infertilidade e perda de identidade sentida por muitos indivíduos inférteis.

A DGS alerta na sua Norma sobre Saúde Reprodutiva e Infertilidade, que na abordagem do casal infértil, terão que ser avaliados os sentimentos decorrentes do diagnóstico e tratamento da infertilidade, e acrescenta que *“as situações de infertilidade estão frequentemente associadas a alterações emocionais, como ansiedade, depressão, raiva e desvalorização pessoal, que por sua vez podem potenciar factores de infertilidade pré-existentes”* (DGS, 2008, p.10).

Também Gomes (2009, p.18), refere algumas das consequências que o tratamento médico provoca ao casal infértil: *“os elementos do casal sentem-se explorados enquanto pessoas e induzidos a experimentarem novos procedimentos, muitas vezes dolorosos, como se fizessem parte de uma investigação”*, e acrescenta que estes casais *“sentem que perderam a sua privacidade e que tornaram público o facto de tentarem ter um filho”*. Para este autor a actividade sexual destes casais tornou-se num acto pré-programado com o único objectivo de conceberem uma criança

Para alguns casais, os tratamentos de PMA resultam num filho, para os outros, as promessas de novas intervenções médicas criam renovadas expectativas. A mesma autora também menciona que no desenrolar dos vários procedimentos exigidos pela

PMA o casal infértil passa por aquilo que tem sido descrito na literatura como uma “*montanha russa emocional*”, ou seja, ao longo do tempo os dois elementos do casal sofrem mudanças extremas nas suas emoções que variam entre a confiança e esperança sentidas em cada mês, por haver a possibilidade de se atingir uma gravidez, e a frustração e o desespero perante a chegada do período menstrual da mulher. Nestas situações é necessário em muitos casais apoio psicológico (GOMES, 2009, p.18; DGS, 2008, p.10).

Apesar de tornar possível o sonho de se ter filhos, o tratamento de procriação medicamente assistida nem sempre é vivenciado de forma tranquila pelos casais, porque o diagnóstico de infertilidade não implica apenas uma condição de saúde ou doença, mas sim uma interrupção de projectos de vida das pessoas envolvidas.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), a Taxa de Natalidade entre 2000 e 2009, baixou dos 11,7% para 9,4%. Para esta preocupante baixa da natalidade e, para a tendência continuamente decrescente verificada na última década, contribuem numerosos casos de infertilidade, de que se verifica uma progressão crescente e que os coloca como um dos mais importantes problemas de saúde das sociedades modernas.

O XVIII Governo, em 2009, colocou pela primeira vez a infertilidade na sua agenda política, assumindo o compromisso de manter e reforçar a rede pública de Procriação Medicamente Assistida, e o financiamento aos casais que não possam ser atendidos nesses centros em tempo adequado e desenvolvendo medidas especiais de financiamento solidário acrescido (PORTUGAL, 2009, p.68).

Como já foi referido anteriormente a prevalência da infertilidade tem vindo a aumentar nos países desenvolvidos. Esta tendência foi reconhecida pelo Parlamento Europeu que, em Fevereiro de 2008, apelou aos Estados Membros para “*garantirem o direito dos doentes a acesso universal ao tratamento da infertilidade*” (ESHRE, 2008).

A incidência da infertilidade é extremamente difícil ou mesmo impossível de estabelecer, contudo, calcula-se que nos países desenvolvidos cerca de 15 % dos casais vivenciem a experiência de alguma forma de infertilidade (OMS, 2008). Sendo pois uma situação frequente, em que para qualquer grupo etário se verifica um aumento progressivo de prevalência e numa época em que a medicina adquiriu

vertentes comunitárias e sociais de relevo, as alterações da fecundidade assumem uma grande importância.

Em Portugal, a realidade sobre alguns aspectos relacionados com a Infertilidade era pouco conhecida até recentemente. O estudo “Afrodite” realizado em 2009 por Silva Carvalho da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto teve como objectivo a caracterização de alguns aspectos da Infertilidade em Portugal. Foram inquiridos 2.460 portugueses entre os 20 e os 69 anos e os dados obtidos neste primeiro estudo epidemiológico efectuado no nosso país sobre esta temática determinam que “ *em Portugal a prevalência da infertilidade ao longo da vida situa-se entre os 9 e os 10% e não se verificam diferenças regionais de prevalência.*” (CARVALHO, 2009, p.57). Com base nos resultados obtidos foi ainda possível concluir que:

- 84% dos entrevistados dizem saber o que é a infertilidade, mas desconhecem “*as causas de infertilidade e a sua importância relativa, ou ignorarem os tipos de tratamento e a procriação medicamente assistida*” (CARVALHO, 2009, p.57),

- A população portuguesa desconhece a idade “*em que se inicia o declínio da fertilidade*” e uma percentagem associa esta doença “*a Deus (39%), a sorte/destino (31%) ou ao uso prolongado de contracepção oral (52%) e de preservativos (9%).*” (CARVALHO, 2009, p.57).

Perante estes dados e, tendo como premissa que o enfermeiro deve ser por inerência das suas funções, um educador para a saúde, considero importante a integração de processos educativos sobre esta temática nos cuidados de enfermagem aos utentes em idade fértil. Esta perspectiva está de acordo com o que é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, que refere nos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde*”, sendo para isso importante “*o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.8).

Sendo a enfermagem uma área em que se cruzam, como em poucas outras, os conhecimentos humanísticos com as tecnologias mais avançadas, convergindo sempre para o apoio ao ser humano, no sentido de o ajudar a desenvolver capacidades e a superar limitações que não são só as da doença, considero que as principais intervenções de enfermagem no âmbito da Infertilidade estão centradas em 4 vertentes de intervenção: na promoção de estilos de vida saudáveis como meio de prevenção da infertilidade, no suporte psicossocial dos casais em adaptação ao problema da infertilidade, na educação para a saúde dos casais inférteis e no trabalho em interdisciplinar com outros membros da equipe de saúde.

4.1. Enfermagem na infertilidade

Enfermagem é a arte de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, nunca esquecendo o princípio de que “*o exercício profissional dos enfermeiros insere-se num contexto de actuação multiprofissional*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.9).

As intervenções de Enfermagem na área da infertilidade deverão ser desenvolvidas no ambiente propício ao ensino/prevenção/promoção de saúde, “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.8), e assim a educação para a saúde do casal infértil, tem como objectivo a readaptação ao seu problema de infertilidade.

Actualmente e de acordo com a legislação vigente que define o regime legal da carreira de enfermagem, enquanto carreira especial devido à sua especificidade, conteúdo funcional e independência técnica, “*os enfermeiros têm uma actuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, embora dotada de igual nível de dignidade e autonomia de exercício profissional*” (artº3, ponto 2), vindo explícito ainda no mesmo capítulo, no *artigo 9* que “*O conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas qualificações e competências em*

enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica” (DECRETO-LEI 248/2009, de 22 de Setembro).

O mesmo Decreto-Lei refere que a carreira especial de enfermagem pretende reflectir um modelo de organização de recursos humanos essencial à qualidade da prestação e à segurança dos procedimentos, e que as intervenções realizadas pelos enfermeiros, são da sua responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, ou na formação (DECRETO-LEI 248/2009, de 22 de Setembro). Com base nas premissas anteriores estão assim lançadas bases para as intervenções dos enfermeiros em contexto de consulta de enfermagem.

De acordo com a definição do Instituto Nacional de Estatística e do Glossário redigido pela Direcção-Geral da Saúde pode-se definir Consulta de Enfermagem como uma “*Intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto cuidado*” (DGS, 2001 p.8)

A consulta de enfermagem está direccionada para a detecção precoce da doença, prevenção da mesma e educação para a saúde. E neste sentido, o papel do enfermeiro passa por possibilitar a autonomia, criar oportunidades, reforçar convicções e competências, respeitando as decisões e os ritmos de aprendizagem dos utentes, num processo de crescimento e desenvolvimento

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do desempenho dos enfermeiros como agentes de Educação para a Saúde ao referir-se que na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001, p.9).

A educação para a saúde deve assim proporcionar um conjunto de meios ou de instrumentos que permitam aos indivíduos encontrar a solução adequada à sua personalidade e cultura. Reforçando este conceito PESTANA (1996, p.189) refere que a educação para a saúde “...*hoje em dia...não tem unicamente como objectivo a*

modificação de comportamentos e hábitos relacionados com os problemas de saúde, ela visa também uma maior responsabilidade individual e colectiva nas opções relativas à saúde e bem-estar.” Entendo que a educação para a saúde, não significa apenas dar informação, mas tem que visar, sobretudo, a co-responsabilidade dos utentes (casais inférteis) nas tomadas de decisão.

4.2. Intervenção do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de Apoio à Fertilidade

Para os casais que atravessam problemas de fertilidade, assim como para suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo fácil, directo e linear. Vai além da escolha de um par amoroso, da interacção sexual, da gravidez e do parto. A infertilidade pode desencadear o reviver de antigos traumas, perdas e sentimentos de inadequação, tudo dentro de um processo marcado por longos períodos de interacção com a equipa de Enfermagem.

Alguns estudos realizados nos Estados Unidos da América (EUA), nas clínicas de tratamento de infertilidade, evidenciam benefícios na utilização metodologia de gestão de caso e referem que as equipas de saúde na Infertilidade, são na sua maioria coordenadas por enfermeiros, que gerem toda a actividade assistencial, e que ao incluir a gestão de caso, como elemento fundamental no tratamento da infertilidade, todos os intervenientes neste processo são beneficiados, em especial as mulheres e as suas famílias (ROBERT, 2007).

Em 2010, a pesquisa de uma melhor adaptação do modelo assistencial às necessidades dos casais em acompanhamento na consulta de infertilidade, motivou-me uma reflexão sobre as possibilidades de introdução de uma nova metodologia de cuidados de enfermagem.

Desta ponderação, em que as novas competências adquiridas com a minha frequência do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização de Gestão em Enfermagem foram muito importantes, a minha opção foi para implementação de um

modelo assistencial de gestão de caso (com a adaptação necessária à realidade da orgânica do hospital onde o projecto será implementado), que permitisse a organização de cuidados de saúde holísticos, multidisciplinares, direccionados para a pessoa beneficiária, nas suas idiossincrasias (SEQUEIRA, 2009). Considero que a adaptação do modelo assistencial gestão de caso permite prestar cuidados de enfermagem de um modo mais eficiente e holístico, diminuindo os custos da não-qualidade (CASARIN *et al*, 2003), compreendendo-se como uma estratégia de melhoria na assistência em saúde, em particular, perante problemáticas complexas (SEQUEIRA, 2009), como acontece em situações de Infertilidade.

Como já referi anteriormente, pactuo com Sequeira (2009, p.71), quando refere que os enfermeiros não se limitam a efectuar a gestão de caso, mas sim a realizar a gestão de cuidados que os nossos cidadãos necessitam, surgindo assim o conceito de gestão de cuidados como uma *“re-identificação (evolução) conceptual do conceito de gestão de caso”* (SEQUEIRA, 2009, p.72).

É um modelo flexível, integrador e efectivo nas respostas oferecidas pelos diversos profissionais, promotor da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dos ganhos efectivos em saúde em que o enfermeiro se torna um efectivo gestor de cuidados.

Inspirando-me neste modelo e criando a figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de infertilidade este deve, mediante intervenções educativas, prestar uma atenção de forma integral ao casal, potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudáveis, corrigir os aspectos erróneos relacionados com mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que podem surgir e planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, prevenindo precocemente qualquer alteração que possa ocorrer. As intervenções dos enfermeiros podem ser múltiplas, mas devem ser sempre adaptadas a cada situação concreta.

Na **equipa multidisciplinar** este enfermeiro gestor de cuidados tem um papel importante, pois a sua posição de proximidade com o casal, os seus conhecimentos científicos e as suas competências relacionais permitem servir de elo de ligação entre os restantes membros da equipa de saúde. Relativamente à **coordenação interdisciplinar** e, de acordo com Trindade (2010, pag.16), este enfermeiro deve ser a

pessoa de referência para os casais, orientando para outros profissionais sempre que necessário.

Tendo em conta o que anteriormente referi quanto as características do enfermeiro gestor de cuidados, considero que as suas principais áreas de intervenção sejam:

- Acolhimento e estabelecimento da comunicação com os casais inférteis;
- Identificação das necessidades em saúde dos utentes e suas expectativas;
- Avaliação dos recursos e suporte de que os casais inférteis dispõem;
- Promoção do auto-cuidado dos utentes, através de intervenções educativas;
- Concepção em conjunto com a equipa multidisciplinar do plano de gestão de cuidados;
- Coordenação de testes, exames, consultas e cuidados em função do plano de tratamento.

Na adaptação deste modelo assistencial para a realidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., preconizo que:

- Para cada período de consulta de infertilidade, estão afectos dois elementos de enfermagem (para garantir a continuidade dos cuidados na ausência de um dos enfermeiros);
- Todos os casais inférteis que se dirijam à consulta, serão acompanhados pelo enfermeiro gestor de cuidados que está naquela consulta;
- Mensalmente, na última 6ª feira das 14 às 16 horas, será realizada uma reunião com todos os enfermeiros gestores de cuidados, onde serão expostos todos os novos casos, e analisados os que estão em estudo e/ou tratamento.

Neste “novo” modelo, pioneiro no Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., no que se refere à participação dos enfermeiros, é esperado que estes passem a gerir autonomamente os cuidados de enfermagem que desenvolvem com os casais inférteis, estruturando a sua área de intervenção individual, em articulação com outros profissionais relativamente à recomendação de tratamentos, procedimentos, ou terapias (GONZALES, 2003).

4.2.1. Questões éticas na intervenção do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de Apoio à Fertilidade

O vocábulo ética tem a sua origem numa palavra grega – *ethos* – podendo indicar tanto costume, como também carácter, índole natural ou temperamento. Cortina (1997, p.11), define “*ética como reflexão filosófica, tem por objecto o fenómeno da moralidade que, desde a antiguidade, faz indesmentivelmente parte da vida dos homens*”, e acrescenta que “*o saber ético é o que se refere aos fins e valores últimos das acções e não só às suas virtualidades técnicas*”.

Parafraseando Pedrero, (1998, p.22) “*A ética de enfermagem estuda as razões dos comportamentos na prática da profissão, os princípios que regulam essas condutas, as motivações, os valores do exercício profissional, as alterações e as transformações através do tempo*”.

Na sua actuação o enfermeiro gestor de cuidados, realizará todas as suas intervenções com o objectivo primordial de apoiar os casais inférteis, indo assim de encontro do artigo 89º do Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE) – Da humanização dos cuidados onde refere que cabe ao enfermeiro “*Atender com cortesia, acolher com simpatia, compreender e respeitar, promover o estabelecimento de uma relação de ajuda (...),*” assume o “*dever de prestar atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade*” e ainda “*Criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa*”. (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2005, p.141).

Actualmente, devidas às transformações que ocorrem na sociedade e os avanços tecnológicos e científicos no âmbito da infertilidade, vários dilemas éticos têm surgido. É da responsabilidade do enfermeiro entender as novas técnicas utilizadas de PMA, para que possa interagir com os casais inférteis envolvidos, numa linguagem acessível. Estes utentes esperam que os profissionais de saúde proporcionem meios que lhes permita melhorar sua qualidade de vida, a possibilidade de ter um filho biológico, mas sempre respeitando a sua dignidade, como é referenciado no CDE no parecer CJ-19/2004: “*com efeito, a pessoa/família, alvo dos cuidados, não é “propriedade” de nenhum profissional; é, sim, um ser pleno de direitos que espera dos profissionais e dos serviços de saúde rapidez e efectividade na sua actuação, no respeito pela sua dignidade*” (ORDEM DOS ENFERMEIROS 2005, p.184).

5. O PROJECTO

O progresso tecnológico, assim como, o aumento dos custos na área da saúde, tornam pertinente o conhecimento adequado de instrumentos de gestão por parte dos profissionais, para que se faça a necessária racionalização dos recursos disponíveis com vista ao ganho de eficiência, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados sendo neste contexto que surge este projecto de gestão de cuidados.

De acordo com Raynal (2000, p.68), pode definir-se um projecto como sendo “a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição. É também a expressão do necessitar de algo, de uma situação futura...”. Um projecto responde igualmente aos desejos de mobilização dos vários “saberes”, com o objectivo de criar e desenvolver equipas multidisciplinares, que intervenham de uma forma autónoma, nas diferentes áreas de intervenção, com a finalidade de satisfazer, o melhor possível as necessidades dos clientes (RAYNAL, 2000).

O mesmo autor refere que a “finalidade de um projecto é, antes de tudo mais, resolver um problema, inovar, alterar (a organização, as práticas, os meios), prever (uma situação, uma dificuldade, um risco) para se passe de uma situação actual insatisfatória, para uma situação desejada mais satisfatória” (RAYNAL, 2000, p.71).

Em qualquer projecto é necessário um responsável, um líder, que deverá possuir uma visão global do mesmo. Este é um “generalista” que também sabe de algumas especialidades e, como tal, está continuamente confrontado com o problema de fixar prioridades. O gestor do projecto terá que motivar e liderar as equipas, terá que planear e controlar com eficácia, deverá ser capaz de reconhecer erros e pôr em prática medidas correctivas (RAYNAL, 2000; ROLDÃO, 1992).

Como enfermeira coordenadora do serviço e gestora do projecto terei de lidar com o impacto da mudança em todas as pessoas envolvidas, através de estratégias onde estejam contempladas: a eficácia e eficiência dos procedimentos apoiada por formação conforme o necessário; a satisfação dos utentes; a motivação dos enfermeiros e o respeito pelos interesses dos stakeholders. Requer ainda que se ponha em acção competências para a negociação e obtenção de consensos.

No seu exercício profissional, os Enfermeiros que desenvolvem a sua intervenção na área de gestão têm como objectivo fundamental a segurança do doente, a prevenção, tratamento e reabilitação da pessoa doente, através da gestão de cuidados de enfermagem, da gestão dos serviços/departamentos ou organizações, da gestão de competências dos recursos disponíveis e da gestão de dinâmicas ao nível do sistema de saúde (GUERRA, 2011).

O enfermeiro gestor tem a responsabilidade final pela qualidade dos cuidados, cabendo-lhe o papel de orientar, suportar e apoiar a equipa na organização e gestão de cuidados, de modo a atingir os objectivos contratualizados com o conselho de administração e, em última análise, as metas da organização.

5.1. Caracterização do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E. integra o Hospital de Nossa Senhora do Rosário e o Hospital Distrital do Montijo, e foi criado através do Decreto-lei n.º 280/2009.

O CHBM E.P.E. tem 35 valências clínicas e presta assistência ao nível do Internamento, Consulta Externa, Urgência, Hospital de Dia, Assistência Domiciliária e assegura, praticamente, todos os Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica daí decorrentes.

A sua área de influência engloba os concelhos do Barreiro, Moita, Montijo e Alcochete, e serve uma população de cerca de 200 mil habitantes, de acordo com o Censo de 2001.

5.2. A realidade da consulta de Apoio à Fertilidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E.

De acordo com a Direcção Geral de Saúde (2008) a referência dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade faz-se de acordo com a rede de referência materno-infantil já estabelecida, que se inicia nos Cuidados de Saúde Primários, passando pelos cuidados hospitalares de 1.ª linha onde são efectuados tratamentos médicos e cirúrgicos através da consulta de infertilidade/medicina da reprodução, e terminando nos cuidados hospitalares de 2.ª linha, que possuem centros de procriação medicamente assistida.

O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. é um centro de 1ª linha, realizando 2 períodos de consultas por semana de Apoio à Fertilidade. De acordo com os dados estatísticos disponíveis relativos a estas consultas, e que foram agrupados no quadro seguinte, podemos verificar que o nº de casais a ser seguido na nossa consulta, tem vindo a aumentar à excepção do ano de 2010 em que se verificou um decréscimo do número de consultas devido à reestruturação da equipa médica.

Quadro nº4 – Número de consultas de Apoio à Fertilidade efectuadas no CHBM, E.P.E.

Ano	1ª Consulta	Subsequentes	Total
2007	152	262	414
2008	138	339	477
2009	218	283	501
2010	133	291	424

Fonte: Estatística do CHBM, E.P.E.

Actualmente não é possível através da análise dos dados estatísticos existentes, conhecer quais e quantas as intervenções realizadas nestas consultas, assim como qual o seu resultado.

5.3. Análise crítica da prática instituída

Em todas as consultas médicas realizadas esteve sempre presente um enfermeiro, no entanto, a sua actividade limitou-se à avaliação sumária das utentes (peso e tensão arterial) e respectivos registos e a colaboração com a equipa médica no exame ginecológico, não sendo desenvolvida qualquer actividade autónoma conforme o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. A pertinência deste projecto está assim relacionada com a inexistência de uma consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade neste contexto de trabalho.

As circunstâncias atrás descritas podem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Após análise da situação emergiu a questão: como organizar e gerir o trabalho para implementar um melhor atendimento por parte dos enfermeiros?

Em reuniões de serviço o problema foi exposto à equipa de enfermagem para que respondessem a perguntas como: estamos a fazer as coisas certas? Estamos a fazer bem essas coisas? Estamos a melhorar, de forma contínua, a performance e os resultados?

Após reflexão sobre as nossas práticas neste âmbito a equipa de enfermagem concluiu:

- Ausência de uma prática normalizada de acordo com as boas práticas;
- Existência de falhas ao nível da informação aos casais inférteis (pois varias vezes contactavam-nos para esclarecer dúvidas);
- Existência de lacunas na continuidade de cuidados, pois muitas vezes estes utentes eram consultados fora da Unidade Funcional de Consultas Externas (UFCE).

Estas conclusões despoletaram o desejo de mudança nos procedimentos, no sentido de assegurar internamente a melhoria contínua e o controlo de qualidade.

Tendo em conta a temática anteriormente descrita, e as funções do Enf. Principal/Gestor descritas no Dec-Lei 248/2009, que refere ser da sua competência *“planear e incrementar acções e métodos de trabalho que visem a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados...”* (Cap.III, art. 10), a

implementação deste projecto “ *Gestão dos cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade*” tem assim toda a pertinência no processo de gestão e organização dos cuidados de enfermagem.

5.4. Concepção do projecto

Tal como é preconizado pela DGS, na visão integradora dos cuidados prestados aos casais inférteis, é importante o estabelecimento de parcerias com os diversos intervenientes da equipa multidisciplinar, com a finalidade de melhorar a articulação e continuidade de cuidados entre os seus prestadores. (DGS, 2008).

Após revisão bibliográfica foi possível concluir que na equipa multidisciplinar o enfermeiro gestor de cuidados é o profissional mais capacitado para desenvolver uma abordagem global dos casais inférteis e actuar como elo de ligação. Ao acolher e avaliar os utentes (casais), estabelece com eles uma parceria de cuidados através da recolha de dados, avaliação do seu estado de saúde e evolução do seu tratamento.

5.4.1 Viabilidade do projecto

Como gestora do projecto utilizei uma matriz SWOT (Anexo I) que me permitiu verificar quais os factores internos e externos que poderiam influenciar a sua viabilidade. A Análise SWOT é uma ferramenta de gestão muito utilizada pelas empresas para o diagnóstico estratégico. O termo SWOT é composto pelas iniciais das palavras Strengths (Forças ou Pontos Fortes), Weaknesses (Fraquezas ou Pontos Fracos), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças). Analisados estes aspectos consideramos que apesar da existência de algumas fraquezas e ameaças as forças e oportunidades existentes são factores de peso para a sua viabilidade.

Avaliada a sua exequibilidade este projecto foi constituído tendo em conta três vertentes fundamentais: os resultados que se pretendem atingir, o tempo e os recursos disponíveis, tendo-se aferido que há uma probabilidade razoável de sucesso. Como tal, foram definidos objectivos e planeadas actividades que levarão aos resultados desejados.

5.4.2. Pré-requisitos e Riscos para o sucesso do projecto

Para complementar a viabilidade deste projecto foram ainda considerados os seus pré-requisitos e riscos.

Os **pré-requisitos** necessários para que este projecto possa ser implementado e desenvolvido, são:

- Ser aprovado pelo Conselho de Administração do CHBM, E.P.E;
- Ser estabelecida a parceria com equipa médica do Serviço de Ginecologia.

Os **riscos** para sucesso deste projecto estão relacionados com:

- Inexperiência da equipa de enfermagem da UFCE na utilização desta metodologia;
- Pouco tempo disponível para a sua realização.

5.5. Planeamento do projecto

A finalidade do processo de planear é preparar em pormenor a infra-estrutura física, organizacional e metodologia para a fase de implementação do projecto (MONTEIRO, 2009). Nesta fase ocorre a elaboração de um plano de actividades, que representei num *gráfico de Gantt* (Anexo II), tal como é preconizado por TAPPEN (2005) e onde estão representadas as actividades que foram planeadas para o projecto “Gestão dos cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”. Como será explicado posteriormente na fase de implementação do projecto constrangimentos de ordem organizacional levaram à reformulação do cronograma de actividades que apresentamos no Anexo III.

5.5.1. Finalidade e objectivos

O papel do enfermeiro inserido na equipa multidisciplinar é fundamental para o auto cuidado e prevenção de complicações, cujo comprometimento pode trazer traumas de ordem física, emocional e social que podem influenciar negativamente a evolução do tratamento e comprometer a dinâmica familiar dos casais inférteis (Luckmann & Sorensen, 1996). Por outro lado, através de um modelo de gestão participativa, existe a

possibilidade de crescimento e o desenvolvimento pessoal e profissional da equipa, ao melhorar as suas potencialidades individuais e ao responsabilizarem-se e serem responsabilizados por um desempenho de acordo com as boas práticas. Estes pressupostos encontram-se contemplados na metodologia de trabalho de gestão de caso que neste projecto foi adaptado para a criação da figura de gestor de cuidados.

Nesta linha o projecto tem como **finalidade** desenvolver a qualidade dos cuidados de enfermagem no Apoio à Fertilidade dos casais inférteis, utentes da consulta do CHBM.

Definiram-se os seguintes **objectivos**:

- Implementar a Consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade no CHBM E.P.E;
- Criar a figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade;
- Uniformizar os cuidados de enfermagem prestados aos casais inférteis na consulta de Apoio à Fertilidade, através da utilização de uma norma de procedimento.

5.5.2. Duração do projecto

A concepção, planeamento, implementação e avaliação foi prevista decorrer de Julho de 2010 a Março de 2011.

Constrangimentos de ordem pessoal e organizacional, originaram alterações nas datas previstas inicialmente prevendo-se então como data de conclusão Junho de 2012.

5.5.3. Intervenientes

Como já foi referido anteriormente a gestora do projecto sou eu, nas minhas ausências e impedimentos está prevista a minha substituição para resolver qualquer constrangimento que ocorra.

Os enfermeiros da consulta de apoio à fertilidade, são os intervenientes privilegiados do projecto

Os restantes parceiros são: a restante equipa de Enfermagem, Médicos, Assistentes Operacionais, e Administrativos e Psicólogos.

5.5.4. Beneficiários

Serão beneficiários deste projecto os casais inférteis que recorram à consulta de Apoio à Fertilidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E. durante o ano 2012.

5.5.5. Local

Este projecto será realizado nos gabinetes de consulta de Ginecologia na Unidade Funcional de Consultas Externas da Unidade do Barreiro (Hospital Nossa Senhora do Rosário), do CHBM, E.P.E.

5.5.6. Recursos

Para a concretização dos objectivos definidos, tendo em conta o contexto existente e as condições disponíveis, seleccionar os recursos existentes constitui uma etapa primordial para dar corpo ao projecto (Tappen, 2005) pelo é essencial realizar o plano dos recursos humanos, materiais e físicos (quadro nº5) necessários. Actualmente e devido à contenção dos custos que é solicitada aos gestores do serviço é importante ser criterioso na escolha e definição dos recursos a utilizar para a implementação do projecto.

Quadro nº 5 – Plano dos recursos necessários

Recursos	
Humanos	Equipa de Saúde da UFCE CA do CHBM E.P.E
Materiais	Papel Computador Impressora Tinteiros
Físicos	Sala de Reuniões da UFCE Gabinete de Consulta da UFCE

Analisados os recursos necessários à implementação deste projecto considerei que não acarretariam custos financeiros à organização. No decorrer do projecto é

importante a aferição da adequação dos recursos humanos (agilizando horários se necessário) e dos recursos físicos, efectuando a redistribuição do espaço físico.

5.6. Actividades desenvolvidas para a implementação do projecto e dos seus instrumentos de apoio

Nesta fase do projecto é necessário acompanhar, monitorizar e controlar se as actividades, os recursos e os resultados estão de acordo com o calendário estabelecido. É importante verificar se o plano de actividades continua a ser apropriado para a implementação do projecto e revê-lo se assim se justificar.

Embora tenha sido realizado um planeamento das actividades a realizar na fase de execução o processo tem uma abordagem interactiva, onde frequentemente o plano tem de ser aprimorado, acrescentando mais detalhes à medida que o percurso a seguir se torna mais claro (MARTIN & HANDERSON, 2004). Enquanto gestora do projecto controlei se as actividades programadas estavam a ser implementadas, e tomei medidas para que fossem acautelados desvios que podiam comprometer o sucesso do projecto e, concomitantemente, manter todos os intervenientes actualizados acerca do que foi feito e do que ainda falta fazer (FILIFE, 2009; MONTEIRO, 2009; RAYNAL, 2009). Como já foi referido anteriormente alguns constrangimentos de ordem pessoal e organizacional provocaram uma derrapagem temporal, o que motivou a necessidade de ser elaborado um novo cronograma (Anexo III).

Seguidamente irão ser apresentadas as actividades desenvolvidas relacionadas com:

- A aprovação do projecto;
- O desenvolvimento de instrumentos de apoio ao projecto
- A criação da figura do enfermeiro gestor de cuidados;

5.6.1. A aprovação do projecto

- A primeira actividade que desenvolvi foi a **apresentação do projecto “Gestão dos cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”, ao CA (Conselho**

de Administração) do CHBM, E.P.E. através da Sra. Enfermeira Directora. No decorrer da exposição documentei sobre qual a sua pertinência, objectivos, intervenientes, resultados esperados, beneficiários, participantes, duração e actividades a desenvolver. Nesta apresentação obtive um parecer positivo, tendo sido aprovado em 16 de Novembro de 2010 (Anexo IV);

- No seu seguimento foi **realizada uma reunião com a responsável pela equipa médica do serviço de Ginecologia do CHBM, E.P.E.** onde apresentei projecto, quais os seus objectivos, os intervenientes, e quais os resultados esperados, tendo recebido um parecer positivo, e estabelecida uma parceria de prestação de cuidados de saúde.

- Foi também realizada **uma reunião com a Administradora Hospitalar responsável pela área da UFCE**, para assim ser possível a criação uma “consulta não médica”, da área da infertilidade, com codificação própria. Este aspecto foi muito importante para posteriormente serem efectuados os registos da produção das intervenções de enfermagem. Esta consulta foi criada em Março de 2011.

5.6.2. O desenvolvimento de instrumentos de apoio ao projecto

Neste âmbito foram já realizadas as seguintes actividades:

- **Elaboração da Norma de procedimento sectorial “Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”**

A existência de normas constitui uma forma para introduzir a prática baseada na evidência e, simultaneamente, criar a possibilidade de identificar deficiências e referências a partir das quais o desempenho pode ser avaliado. A normalização é portanto uma actividade que dá resposta a problemas de carácter repetitivo (FREDERICO & LEITÃO, 2000), uma vez que a sua existência explícita o nível de qualidade de cuidados que se pretende alcançar. Nesta perspectiva, a uniformização do processo de cuidados torna-se viável com a implementação de uma norma de procedimento sectorial.

Neste âmbito foi elaborada a *norma de procedimento sectorial “Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”* onde foram descritas quais as competências do gestor de cuidados na consulta enfermagem de apoio à fertilidade e as boas práticas de cuidados que são preconizadas (Anexo V). Na sua elaboração respeitei as orientações presentes no Manual de Qualidade da Joint-Comission International, assim como as recomendações existentes na literatura (Sale, 1998; IQS, 2004; Martin, 2004). Esta norma encontra-se no *Serviço de Gestão da Qualidade* e do Risco com o objectivo de ser apreciada pelo referido serviço e será posposta para aprovação ao CA do CHBM, E.P.E.

- *Elaboração Folha de enfermagem da consulta de Apoio à Fertilidade*

O enfermeiro gestor de cuidados na 1ª consulta de enfermagem de apoio à fertilidade deverá após o acolhimento, realizar uma colheita de dados o mais completa possível, devendo ser actualizados estes registos nas consultas subsequentes de fertilidade.

Neste contexto foi necessário elaborar a “*Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à Fertilidade*”, na sua preparação foi importante clarificar quais os seus objectivos (colheita de dados e o registo), definir estratégias e efectuar pesquisa bibliográfica sobre a infertilidade e quais as boas práticas preconizadas pela Direcção Geral de Saúde (DGS) para esta área de actuação. A aplicação deste instrumento de registo vai permitir que seja efectuada uma correcta e eficaz colheita de dados, o despiste de alguns factores de risco e o registo das intervenções desenvolvidas pela equipa de enfermagem. Este documento está no Gabinete de Comunicação e Imagem, a aguardar a sua homologação de acordo com o actual layout, para posterior aprovação pelo CA do CHBM E.P.E. (Anexo VI).

- *Criação de “Base de registos” da consulta de Apoio à Fertilidade*

Das actividades que não estavam propostas e que emergiram no decorrer do desenvolvimento deste projecto saliento a **elaboração de uma “Base de registos”** criada através da aplicação informática Access, com o objectivo de permitir a obtenção

de dados referentes às nossas utentes/casais de forma célere, assim como de documentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer da consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade.

Solicitei ao CA do CHBM, E.P.E. autorização para a utilização desta base de registos e, com o objectivo de garantir maior protecção dos dados referentes aos casais inférteis, esta base foi instalada no “*servidor*” do CHBM, E.P.E, sendo o seu acesso apenas permitido através de uma *password*. Foi autorizada em Maio de 2011 (Anexo VII).

- Criação de Dossier técnico-pedagógico da consulta de enfermagem de Apoio à fertilidade

O *Dossier técnico-pedagógico* do projecto “Gestão dos Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade” contém toda a documentação referente ao mesmo, nomeadamente artigos sobre a gestão de caso e infertilidade, a norma de procedimento sectorial, a folha de registo, fichas de educação para a saúde, legislação e o próprio projecto. Foi apresentado à equipa de enfermagem do projecto, e encontra-se sempre disponível para consulta. Este dossier irá sendo actualizado consoante as necessidades de informação manifestadas e/ou sempre que for pertinente.

A criação do *Dossier técnico-pedagógico* da consulta de enfermagem de apoio à fertilidade, embora não prevista inicialmente, foi muito importante para permitir a familiarização da equipa de enfermagem com esta metodologia assistencial, e com o modelo conceptual de Swanson.

- Elaboração de mapa estratégico (Balanced Scorecard) para avaliação do projecto

No CHBM, E.P.E, mais concretamente no Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E, está desde de 2004 implementada a gestão por objectivos, através da metodologia de medição e gestão de desempenho Balanced Scorecard (BSC), pelo que foi esta a metodologia utilizada para a avaliação deste projecto.

O BSC permite a partir de uma visão balanceada e integrada de uma organização, descrever a estratégia de forma muito clara, por intermédio de quatro perspectivas: financeira; clientes; processos internos; aprendizado e crescimento. Sendo que todos se interligam entre si, formando uma relação de causa e efeito.

Neste contexto foi elaborado um Mapa Estratégico (Anexo VIII), que permitirá avaliar o projecto e será aplicado semestralmente no ano 2012, mais concretamente em Junho (finalização da completa implementação do projecto) e Dezembro (evolução dos cuidados prestados). A análise dos resultados permitirá um processo contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento da equipa de enfermagem o que promoverá uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos casais inférteis.

É fundamental para o sucesso de todas equipas, que os objectivos sejam claros e do conhecimento de todos, estes não devem ser impostos mas sim compartilhados e devem constituir uma referência para a avaliação de desempenho. A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados deverá de ser de todos os intervenientes, mesmo que formalmente dentro de cada serviço/equipa seja assumida pelo enfermeiro gestor/coordenador

Das actividades de desenvolvimento de instrumentos de apoio ao projecto, falta desenvolver a seguinte:

- *Elaboração de questionário de avaliação da satisfação dos casais inférteis*

Na Governação clínica, um dos componentes-chave de acordo com Braine (2006), é o envolvimento do utente. No modelo assistencial gestão de caso e consequentemente na sua adaptação para a nossa realidade, o centro dos cuidados de enfermagem é o utente, este é envolvido e consultados sobre os cuidados que lhe são prestados, desde do planeamento do internamento até aos processos de tomada de decisão. A mesma autora refere que devem também ser efectuados inquéritos anuais de avaliação de satisfação dos utentes, com o objectivo de conhecer as reais necessidades dos utentes e avaliar o desempenho da equipa.

Por outro lado a Ordem dos Enfermeiros no seu documento *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde* refere que um dos indicadores de resultado é a satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de enfermagem, a acrescenta que este indicador é sensível aos cuidados de enfermagem.

A gestão de cuidados adopta uma abordagem multidisciplinar na resolução dos problemas dos utentes, e exige dos enfermeiros capacidade de serem pró-activos implementando soluções de gestão de risco com o objectivo de resolver as questões num modo mais amplo.

Assim, surgiu a necessidade de se elaborar uma escala de avaliação da satisfação dos casais inférteis, relativamente às intervenções de enfermagem realizadas no decorrer da consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade. Este instrumento irá ser elaborado em parceria com o *Serviço de Gestão da Qualidade e do Risco* do CHBM, E.P.E. no 1º trimestre de 2012

5. 6.3. A criação da figura do enfermeiro gestor de cuidados

As pessoas são todas diferentes, o que se reflecte ao nível dos comportamentos e atitudes pelo que, é determinante que o enfermeiro gestor conheça bem os seus colaboradores (em especial os enfermeiros), para que possa definir e implementar uma estratégia, que permita gerir melhor a equipa, e ir de encontro aos objectivos pretendidos.

A concretização do projecto “ *Gestão dos cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade*” só é possível através do desempenho dos vários intervenientes por meio da utilização das suas capacidades e conhecimentos.

Tendo por base as **características do papel do enfermeiro gestor de caso**, referidas por Cary (1999, p. 391), citando Coleman & Hagen (1991), e a realidade da Unidade

Funcional de Consultas Externas do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, foi criado um perfil para o enfermeiro gestor de cuidados, esperando que este possa agir como:

Facilitador – Deve apoiar todos os elementos (casais inférteis e técnicos de saúde), para que possam ser atingidos os objectivos mútuos;

Ligação – Funciona como elo de ligação entre todos os participantes na gestão do plano de tratamento da infertilidade;

Coordenador – Coordena, ajusta e regulariza os cuidados de saúde necessários aos casais inférteis;

Agente – Actua como agente para os prestadores de cuidados de que os utentes necessitam;

Educador – Educa todos os participantes, sobre o processo de gestão de cuidados, sistema de prestação, recursos de saúde da comunidade, de modo a que possam ser tomadas por todas as partes decisões informadas;

Negociador – Ajusta o plano de cuidados e serviços (nomeadamente a marcação e realização de ecografias e análises de monitorização da indução ovárica), usando a colaboração efectiva e estratégias de grupo;

Monitor – Fornece informação sobre situações que afectam a segurança dos utentes, a qualidade dos cuidados e os resultados para o utente e sobre os factos que alteram os custos e a fiabilidade;

Defensor do utente – Actua como defensor dos casais inférteis, fornecendo informação e apoio.

Monitor de padronização – Formula e monitoriza as principais orientações específicas e sua sequência no tempo e planos de cuidados que guiam o tipo e temporização dos cuidados, para estar de acordo com os resultados previstos para o tratamento destes utentes específicos em condições específicas.

A definição de quais os enfermeiros que ficariam a pertencer a este projecto foi efectuada após a *Realização de uma reunião informativa com equipa de enfermagem da Unidade Funcional de Consultas Externas do CHBM, E.P.E.* onde informei a equipa

sobre qual a sua pertinência, objectivos, intervenientes, resultados esperados, beneficiários, participantes, duração e actividades a desenvolver. Ficou acordado que a equipa de enfermagem pertencente a este projecto é composta por 4 enfermeiros, a sua selecção teve por base a experiência, formação /competências e interesse individual de cada elemento.

A opção por 4 enfermeiros deve-se à existência de 2 períodos de consulta de apoio à fertilidade, distintos, realizados por médicos diferentes. Neste contexto preconizei que para cada período de consulta, estejam designados dois enfermeiros (que serão os mesmos durante o período de 1 ano), um gestor de cuidados e outro elemento que o substitui em caso de ausência ou outros impedimentos, para assim garantir a continuidade dos cuidados de acordo com este método assistencial.

Os enfermeiros gestores de cuidados através de formação realizada em reuniões informais foram incorporando a teoria do cuidar de Swanson como pensamento de enfermagem orientador para o cuidar destes casais. A norma de procedimento apesar de ainda não estar aprovada, está a ser utilizada como guia orientador dos cuidados a prestar nesta consulta.

5.7. Avaliação do Projecto

A finalidade desta fase é de avaliação quer dos métodos, técnicas e ferramentas usadas, como também do desempenho dos intervenientes no projecto. Como enfermeira coordenadora do serviço e gestora do projecto lidei com o impacto da mudança provocada, procurando que esta resultasse num momento de crescimento profissional e organizacional.

Para a avaliação deste projecto foram previstos, como já referido, 2 instrumentos: questionário de avaliação da satisfação dos casais inférteis e mapa estratégico de BSC. O atraso temporal também já referido aponta que esta avaliação se inicie em Junho de 2012.

Importa, no entanto, analisar alguns pontos que nos permitem, desde já, monitorizar este projecto:

- A realização de reuniões intercalares entre os vários intervenientes, que permitem monitorizar, e validar as actividades de enfermagem desenvolvidas privilegiando o feedback mútuo.
- A satisfação manifestada verbalmente quer pelos profissionais envolvidos, mas sobretudo pelos utentes, parece-me ser um resultado deste projecto o que vai ao encontro do que é preconizado por RAYNAL (2000) quando refere que a principal finalidade de um projecto é alterar as práticas instituídas, para assim se passar para uma situação mais satisfatória, o que corresponderá de acordo com este autor a uma maior competência que se irá traduzir na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como pode ser analisado, dos objectivos delimitados inicialmente, dois já foram atingidos, nomeadamente a:

- Implementação da Consulta de Enfermagem de apoio à fertilidade no CHBM E.P.E, até ao final do mês de Setembro de 2011, foram efectuadas 28 consultas de enfermagem. Nestas consultas foi sendo aplicada de uma forma gradual a metodologia assistencial de gestor de cuidados. Através do registo efectuado na folha de enfermagem da consulta de apoio à fertilidade e na base de registos da mesma consulta, já é possível saber que foram realizadas 16 Inseminações Intra-Uterinas, de que resultaram 6 gravidezes.

- Criação da figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de enfermagem de apoio à fertilidade - a gestão de cuidados enfatiza a necessidade de linhas claras de responsabilização e de responsabilidade para a qualidade global dos cuidados prestados, assim, os enfermeiros sabem qual o desempenho esperado, e têm autoridade para agir.

O terceiro objectivo que está relacionado com a:

- Uniformização dos cuidados de enfermagem prestados aos casais inférteis na consulta de apoio à fertilidade, a aprovação da norma de procedimento ainda não foi cumprida (aguardo a sua rectificação pelo *Serviço de Gestão da Qualidade* e do Risco). No entanto, a sua pertinência é elevada pois a existência de normas constitui uma

forma para introduzir a prática baseada na evidência e, simultaneamente, criar a possibilidade de identificar deficiências e referências a partir das quais o desempenho pode ser avaliado.

Durante a realização deste projecto, deparei-me com algumas dificuldades que considero ter limitado o mesmo. Algumas das situações que de algum modo poderão ter condicionado a obtenção dos resultados foram:

- Poucos estudos científicos sobre esta temática – Gestão de Caso, o que dificultou a pesquisa bibliográfica;
- A escassez de tempo para a sua elaboração, a que está associada às exigências e cumprimentos da minha actividade profissional;
- A minha inexperiência no âmbito do “*trabalho de projecto*”, o que conferiu um maior grau de dificuldade na sua realização, o que me impôs uma grande disponibilidade de tempo e dedicação.

No entanto ao terminar este relatório, considero ter-se tratado de uma experiência gratificante e enriquecedora, quer ao nível pessoal quer ao nível profissional.

Para concluir penso ser fundamental, para a equipa de enfermagem e para CHBM E.P.E., a adopção de uma conduta assente em conhecimentos científicos, que demonstrem claramente as nossas aptidões. Swanson (1991), refere que o enfermeiro deve usar da melhor forma o seu conhecimento, facilitando a capacitação do outro, assistindo-o, compreendendo-o e valorizando os seus sentimentos. Deve ainda permitir que o outro tenha a sua própria experiência, focalizando-se nas preocupações deste, dando atenção e assistindo-o em decisões importantes, gerar alternativas, reflectir e acompanhá-lo nas suas decisões. É elementar, dedicar cuidados de enfermagem personalizados, tendo em conta os valores, crenças e costumes de cada casal atendendo às necessidades e expectativas do mesmo. A relação que é estabelecida é recíproca onde os utentes têm direito de contribuir para a tomada de decisão.

Os nossos utentes ocupam um lugar central na equipa de saúde, onde os diferentes profissionais devem prestar cuidados não isoladamente uns dos outros, mas de forma integrada, aumentando deste modo, os ganhos em saúde que decorrem da intervenção

de uma equipa multidisciplinar, capaz de enfrentar a multiplicidade de problemas que a complexidade humana coloca na vivência da infertilidade.

Acredito que a figura do enfermeiro gestor de cuidados poderá melhorar as respostas às necessidades dos casais inférteis, muitas delas sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os enfermeiros têm assim, oportunidade de ampliar a sua prática de prestação de cuidados, com mais autonomia e responsabilidade, e conseqüentemente, de maior participação no projecto de saúde das pessoas que cuidam. A satisfação e reconhecimento dos casais inférteis, assim como dos restantes stakeholders, surgem como o culminar de todo o processo implementado, reconhecendo-nos mérito e competência na realização e qualidade efectiva dos cuidados e serviços que prestamos.

6. REFLEXÃO FINAL

Na actual política de saúde, a aplicação de novas experiências e de novas tendências na gestão, é fundamentada em pressupostos económicos e financeiros. Ao assumi-los é cada vez mais justificada a necessidade de uma perspectiva de gestão económica que introduza perspectivas inovadoras não centralizadas em regras normativas e convencionais, conferindo às organizações maior flexibilidade, eficiência e rigor perspectivando-se que a resolução dos vários problemas depende do empenhamento e competência dos profissionais e da qualidade dos seus cuidados põe ele prestados

Os enfermeiros gestores terão que possuir outras competências que permitam que se faça a necessária racionalização dos recursos disponíveis com vista ao ganho de eficácia e eficiência, sem prejuízo da qualidade dos serviços prestados, constituindo-se como principal motivação a minha frequência no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem: área de especialização de Gestão em Enfermagem.

Perante os fenómenos de mudanças actuais, os enfermeiros têm que executar uma gestão fundamentada nos conhecimentos científicos e banir de vez uma gestão baseada no conhecimento empírico. A actual conjuntura económica, política e tecnológica que se vive nas organizações tem vindo a pressionar os gestores das unidades de saúde, no sentido de entender quais as expectativas dos utentes e conviventes significativos e utilizar os seus recursos de forma adequada na prestação de serviços de qualidade. A qualidade é agora uma exigência de todos os intervenientes, porém toma diferentes perspectivas consoante se trate do ponto de vista dos cidadãos, prestadores de cuidados, gestores e financiadores (CAMPOS, 2009).

As rápidas transformações nos serviços de saúde irão provocar o desenvolvimento de um novo perfil de liderança em enfermagem, o que exige a implementação de novos projectos educacionais que dêem prioridade ao aperfeiçoamento de competências, que irão no futuro influenciar a qualidade dos cuidados de saúde prestados à população (HUSTON 2008).

O enfermeiro chefe/coordenador/gestor deve agir dentro do âmbito de uma equipa multidisciplinar mantendo as competências usuais de gestão e de liderança, mas tem a responsabilidade de *“elaborar, promover ou apoiar a concretização de projectos ...de qualidade e inovação que mobilizem e desenvolvam o conjunto da equipa profissional”*. (Dec-Lei 248/2009 de 22 de Setembro, art.10).

As acções de enfermagem, pela sua complexidade e interdisciplinaridade, são um grande desafio de gestão nas organizações, no âmbito da procura das melhores opções estratégicas que possibilitem a sua optimização. Considero imprescindível que os enfermeiros gestores tenham consciência dos diferentes modelos de organização de cuidados de enfermagem, bem como das suas vantagens e desvantagens, na procura da excelência da prática profissional. Penso que a selecção de método em detrimento de outros, pode ter razão de ser em determinado contexto e não noutra, pelo que é neste contexto que surge a adaptação da metodologia de gestão de caso, à gestão de cuidados numa consulta enfermagem de apoio à fertilidade em meio hospitalar, tornando assim este projecto inovador.

Apesar de a implementação do projecto não estar ainda completa, creio que a adaptação desta metodologia de prestação de cuidados de enfermagem, virá a concretizar:

- Aos enfermeiros, maior motivação e satisfação profissional, reconhecimento pela equipa multidisciplinar e a consciência das necessidades de formação no âmbito da infertilidade, para a melhoria dos cuidados prestados;
- À equipa multidisciplinar, uma maior interligação com a equipa de enfermagem, e a consequente valorização das intervenções desenvolvidas;
- Aos casais inférteis, ganhos em saúde, através das acções de promoção e educação para a saúde desenvolvidas sempre de um modo informal e adaptado a cada caso, em especial relativamente a estilos de vida saudáveis, sexualidade e técnicas de reprodução.

A responsabilidade do enfermeiro gestor abrange empreendedorismo, processo de liderança, padrões da assistência, gestão dos serviços de enfermagem, prática e teoria, fluxo e processo assistencial, responsabilidades éticas profissionais, registos e informações. A sua formação requer que se desenvolva um conjunto de competências

especializadas, que são legitimadas, pelos novos contextos de saúde/doença, pela evolução tecnológica, pelos avanços recorrentes da evidência e pela qualidade requeridas dos cuidados de saúde.

No futuro e depois de poder confirmar que os resultados esperados foram alcançados, pretendo não só manter este projecto, como por outro lado e com os ajustes necessários, prevejo o alargamento desta figura de gestor de cuidados a algumas consultas de enfermagem existentes na UFCE, nomeadamente na área da estomaterapia, senologia, coloproctologia, esclerose múltipla e diabetes.

Na realidade actual, em que estímulos económicos fazem perspectivar mudanças estratégicas na gestão das organizações de saúde, a garantia dos cuidados de enfermagem na resposta às necessidades da população deve traduzir-se em ganhos de saúde observáveis e quantificáveis, capazes de influenciar a gestão das organizações na melhoria e qualidade dos cuidados de saúde e da sua qualidade.

Concordo com Araújo (2008), que a tradução desses ganhos deve estar assente numa metodologia científica, pois a quantificação dos resultados permite a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Este facto assume cada vez mais relevância devido à importância crescente que se atribui ao estudo das contribuições resultantes do empenhamento dos profissionais na adopção de comportamentos e acções com impacto positivo na sua produtividade.

Como já foi anteriormente referido, as intervenções autónomas de enfermagem no contexto multidisciplinar englobam um conjunto de acções que visam promover o bem-estar da pessoa. No entanto, considero obrigatório perceber se nesta contribuição multidisciplinar, há espaço *“para intervenções autónomas que traduzam para a gestão evidência, de modo a orientar o investimento nas áreas que melhor informação e ganhos produzam”* (ARAÚJO, 2008, p.25). As competências de cada grupo profissional no contexto da saúde devem permitir quantificar os ganhos da acção destes junto ao utente, família e comunidade.

É da nossa responsabilidade, enquanto enfermeiros (gestores), contribuir para uma afirmação clara da nossa autonomia profissional, com um campo de intervenção próprio, em que o objecto dos nossos cuidados não é a doença, mas sim a resposta

humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pela pessoa, família e grupos ao longo do ciclo de vida. (ARAÚJO, 2008).

O sucesso do Sistema Nacional de Saúde depende, entre outros factores, da qualidade e dos ganhos da produtividade nos cuidados de enfermagem prestados. Procurei através da implementação do projecto “*Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade*” que as intervenções autónomas de enfermagem se reflectissem nos ganhos em saúde dos casais inférteis e fossem reconhecidas não só numa dimensão económica imediata, mas pela percepção das realidades e modificações sociais que englobam.














A mudança que está inerente ao projecto “***Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade***” irá traduzir-se em metodologias promotoras da qualidade, que contribuem para a máxima eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem, num claro alinhamento com a missão e o código de conduta dos enfermeiros e do CHBM, E.P.E.

BIBLIOGRAFIA:

- ✉ ADAM, Evelyn - **Ser enfermeira**. Instituto Piaget. Lisboa 1994. ISBN: 972-9295-86-7
- ✉ ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE LISBOA E VALE DO TEJO E MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Nos 30 anos do SNS. Governação dos hospitais**. Conclusões de um grupo de trabalho da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. [em linha] (2009). Acedido em 3 de Junho de 2010. Disponível em www.arslv.t.min-saude.pt/.../Gov%20Clínica%20dos_hospitais_Conclusões_finais_20_07_09_.pdf
- ✉ ALMEIDA, Paulo – Comunicação Organizacional: um instrumento para a gestão in Revista *Dirigir* nº 101, Janeiro-Março de 2008. ISSN; 0871-7354
- ✉ ARAÚJO, Nuno Miguel Faria (2008) – **Acções autónomas de Enfermagem – ganhos em saúde**. Porto. Universidade Fernando Pessoa. Tese de Mestrado
- ✉ APOLINÁRIO, J. M. M. – As chefias directas - Os homens do meio. **Dirigir**. Lisboa. ISSN: 0871-7354. Edição Especial (Dezembro 2003) 46-49.
- ✉ BENNER, P. – **De Iniciado a Perito. Excelência e poder na Prática de Enfermagem**. Coimbra, Quarteto Editores;2001. ISBN 972-8535-97-X
- ✉ BISCAIA, José Luís – Qualidade em Saúde uma perspectiva conceptual. **Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN: 0874-8772. 0 (Junho 2000) 6-11 p.
- ✉ BRAINE ME - Clinical governance: applying theory to practice. *Nursing Standard*.20, 20, 56-65, 2006
- ✉ CAMPOS, Luís; BORGES, Margarida; PORTUGAL, Rui (Coord) – O Conceito e a Necessidade de Governação in - **Governação dos Hospitais**. Alfragide em parceria Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo e Ministério da saúde, 2009. p. 23-55. ISBN: 978-972-46-1930-9.
- ✉ CARDOSO, Rui Mota *et al* - **A Outra Metade da Medicina – Monografias breves**. Climepsi Editores. Lisboa 1998. ISBN 972-8449-13-5
- ✉ CARVALHO Silva, JL. SANTOS A.– **Estudo AFRODITE. Caracterização da Infertilidade em Portugal. Estudo na Comunidade**. Porto. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. 2009 [s.n.]
- ✉ CARY, Ann – **Gestão de Casos**. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos**,

- Famílias e Indivíduos.** Loures: Lusociência, 1999. p.389 – 405. ISBN 972 – 8383 – 05 -3.
- ☞ CASARIN, Santina Nunes Alves, *et al.* Gestão de caso – Análise do Conceito. **Revista Latino Americana de Enfermagem**; ISSN 0104-1169 (Março de 2003). 1-9.
- ☞ CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA - **Case Management Model Act - Supporting Case Management Programs**, Little Rock, AR 72223. 2009
- ☞ CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E. – **Plano de actividades e orçamento.** 2009. Acessível no Hospital Nossa Senhora do Rosário E.P.E. Barreiro.
- ☞ CORTINA, Adela – **Dez Palavras chave em ética.** Assafarge: Gráfica de Coimbra, 1997. ISBN: 972-603-105-2
- ☞ CRAIG, Jeean V.; SMYTH, Rosalind L. – **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros.** Camarate: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4
- ☞ COSTA, José Santos – Métodos de prestação de cuidados. Revista **Millenium.** Instituto Politécnico de Viseu, **nº30** (Outubro 2004). ISSN: edição electrónica.
- ☞ COUTO, Germano - **GESTÃO EM ENFERMAGEM: Uma Aposta Inteligente** [em linha] in: Hospital do Futuro, acedido em 2011-03-23, Disponível em <http://www.hospitaldofuturo.com/projectupdates/gestaoemenfermagemumaapostainteligene>
- ☞ DECRETO-LEI nº 247/2009. **D.R. I Série.** 184 (2009-09-22) 6758-6761
- ☞ DECRETO-LEI nº 248/2009. **D.R. I Série.** 184 (2009-09-22) 6761-6765
- ☞ DELGADO, M. João (2007) – **O desejo de ter um filho...as vivências do casal infértil.** Lisboa. Universidade Aberta. Tese de Mestrado
- ☞ ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA – **I curso de mestrado de Gestão em Enfermagem.** Acessível na Escola superior de enfermagem de Lisboa. Lisboa. Maio 2010
- ☞ ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) - **Boas Práticas Clínicas em Medicina da Reprodução – Recomendações da ESHRE.** Tradução de J.L. Silva Carvalho e Vladimiro Silva. [em linha] in: SPMR, acedido em 19-05-2011. Disponível em <http://www.spmr.pt/arquivo.aspx>
- ☞ FILIPE, José – Para Uma Gestão de Projectos Eficaz. Revista **Dirigir.** Instituto do Emprego e Formação Profissional. ISSN: 0871-7354. Nº106 (Abril, Maio Junho, 2009). 3.

- ☞ FREDERICO, Manuela; LEITÃO, Maria dos Anjos – **Princípios de administração para enfermeiros**. Coimbra: Formasau, 1999. ISBN 972-8485-09-3.
- ☞ GOMES Ana Beatriz Faneca dos Santos (2009) – A satisfação conjugal em casais candidatos á adopção: caracterização em função do género e do motivo para adoptar (infertilidade/não-infertilidade). Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de Mestrado
- ☞ GONZALES, Roxana; *et al* – **Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado á saúde**. In: **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo – Brasil. ISSN0104 – 1169 (Março - Abril 2003). p.227 – 231. Acedido em 31/5/2010. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlaenf
- ☞ GUERRA, Nelson (2011) - **Gestão em enfermagem: “Assumimos a inovação e a sustentabilidade**, [em linha] in: Hospital do Futuro, acedido em 2011-03-23, Disponível em <http://www.hospitaldofuturo.com/project-updates/gestaoemenfermagem%E2%80%9CAssumimosainovacaoeasustentabilidade%E2%80%9D>
- ☞ HESBEEN, Walter – **Cuidar no hospital – Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 972-8383-11-8
- ☞ HESBEEN, Walter – **Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar**. Loures: Lusociência, 2001. ISBN 972-8383-20-7
- ☞ HONORÉ, Bernard - **A Saúde em Projecto**. Lusociência. Loures. 2002. ISBN 972-8383-31-2
- ☞ HONORÉ, Bernard - **Cuidar. Persistir em conjunto na existência**. Lusociência. Loures. 2004.
- ☞ HUSTON, C. (2008). *Preparing nurse leaders for 2020*. **Journal Of Nursing Management**, 16(8), 905-911. Retrieved from MEDLINE with Full Text database. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19094101&site=ehost-live>
- ☞ INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Actualidades do INE** [em linha], acedido em 14/02/2011. Disponível em http://www.alea.pt/html/actual/pdf/actualidades_54.pdf

-  INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – Conceitos Estatísticos [em linha],
 acessado em 14/02/2011. Disponível em
http://metaweb.ine.pt/sim/conceitos/Detail.aspx?cnc_cod=3562&cnc_ini=25-09-2002
-  JOINT COMMISSION INTERNATIONAL - **Normas Internacionais**, Terceira
 Edição, 2008
-  KÉROUAC, Suzanne *et al.* - **El pensamiento enfermero**. Masson, S.A.
 Barcelona 1996.
-  LOPES, Manuel José – **Concepções de enfermagem e desenvolvimento
 sócio-moral: Alguns dados e implicações**. Gráfica 2000. Évora 1999. ISBN:
 98149-0-2.
-  LUCKMANN & SORENSEN - **Enfermagem Médico Cirúrgica: Uma
 abordagem Psicofisiológica**. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan SA,
 1996.
-  MARTIN, V; HENDERSON.E – **Gestão de Unidades de Saúde e de Serviços
 sociais**. Edição Monitor-Projecto e edição Lda, 1ª edição. Lisboa 2004. ISBN:
 972-9413-60-6.
-  MÁRTIRES, Maria Alice – Ser pessoa na prática dos cuidados de enfermagem.
Nursing. Lisboa: volume nº 182, (Novembro 2003), pag.25 e 26.
-  MEZOMO, João Catarin – **Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios
 Básicos**. 1ª Edição. São Paulo, Brasil: Editora Manole Ltda., 2001. ISBN 85-
 204-1263-7
-  MONTEIRO, Maria Helena - A Gestão de Projectos – Aplicação ao sector da
 saúde. Revista **Dirigir** Instituto Do Emprego e Formação Profissional. ISSN:
 0871-7354 Nº106 (Abril, Maio Junho, 2009). 19-27
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Código Deontológico do Enfermeiro: dos
 comentários á análise de casos**. Lisboa: Ed. Ordem dos Enfermeiros. 2005
 .ISBN 972-99646-0-2
-  ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados de
 Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros, 2003.
-  PESTANA, M. (1996) - A formação dos enfermeiros e a educação para a saúde
 num contexto multicultural. **Revista Portuguesa de Enfermagem**, 1, 183 – 304.
-  PORTUGAL. Ministério da Saúde. 2011- **A organização Interna e a
 Governação dos Hospitais**. Lisboa. ISBN: 978-989-95709-2-4.

- ✉ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. 2001 - **Glossário de Conceitos para Produção de Estatísticas em Saúde**. Lisboa.
- ✉ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. 2008. **Saúde Reprodutiva Infertilidade - Infertilidade/Saúde reprodutiva/Cuidados pré-concepcionais**. Lisboa: DGS. ISBN 978-972-675-186-1
- ✉ PORTUGAL. Assembleia da Republica. 2009 - **Programa do XVIII Governo Constitucional**. [em linha], Acedido em 2 de Março de 2010. Acessível em http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/Programa_GC18.pdf
- ✉ PORTUGAL. Direcção Geral de Saúde. 2011. **Saúde Reprodutiva Infertilidade – Cuidados de Saúde Hospitalares**. Lisboa: DGS. ISBN 2011. ISBN 978-972-675-194-6
- ✉ PEDRERO, M. L. Balderas – **Ética de Enfermaria**. Mexico: McGRAW-Hill/Interamericana, 1998. ISBN:970-10-1969-5
- ✉ POWELL, K.- **Nursing case management**. USA., Lippincott, 1996
- ✉ PINTO, M. A., (et al) – **Fundamentos de Gestão**. Barcarena: Editorial Presença, 2006. Depósito Legal n.º 247 605/06
- ✉ PISCO, Luís – Instituto da Qualidade em Saúde em Demanda de melhores Serviços. **Qualidade em Saúde**. Lisboa. ISSN: 0874-8772. 0 (Junho 2000) 12-13 p.
- ✉ RAYNAL, Serge – **A gestão por projecto**. Edição Instituto Piaget. Lisboa 2000. ISBN: 972-771-214-2
- ✉ Robert A. Knuppel MD, MPH, MBA, FACOG (2007) - Infertility Case Management: Improving Both Short-Term and Long-Term Outcomes While Reducing Costs. **Professional Case Management**. July/August 2007 .Volume 12 Number 4. P. 232 – 238. Disponível em http://www.nursingcenter.com/library/JournalArticle.asp?Article_ID=733796
- ✉ ROLDÃO, Victor Sequeira – **Gestão de projectos – como gerir em tempo, custo e qualidade**. Edição Monitor-Projecto e edição Lda, 1ª edição. Lisboa 1992. ISBN: 972-9413-14-2
- ✉ SALE, Diana – **Garantia da qualidade nos cuidados de saúde. Para os profissionais da equipa de saúde**. 1ª Edição. Lisboa, Editora Principia, 1998. ISBN 972-9457-6-5

- ☞ SEQUEIRA, Ana, LOPES Joaquim – Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada á Pessoa com Toxicodependência. Revista **Toxicodependências**. Lisboa. ISSN 0874 - 4890. Volume 15, nº 1 (2009). p.67-76
- ☞ SWANSON, Kristen M. – **Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance**. [texto policopiado]. [S.l.]. Trad.de Alice dos Mártires, revisão de Marta Lima Basto, 22 f. Artigo original: Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, (Maio/Junho 1991), Vol.40 (3), pag. 161-166.
- ☞ SWANSON, Kristen M. – **Empirical development of a middle range theory of caring**. *Nursing Research*, (Maio/Junho 1991), Vol.40 (3), pag. 161-166.
- ☞ TAPPEN, Ruth M. – **Liderança e Administração em Enfermagem. Conceitos e Prática**. 4ª Edição. Camarate, Editora: Lusociência, 2001. ISBN 972-8930-00-3
- ☞ TRINDADE, Anastácia; *et al* – **Projecto: STOP á Tuberculose com o Método de Gestão de Casos** . Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2010. Trabalho de grupo da UC Gestão e Organização de Cuidados de Enfermagem e UC Inovação e Mudança em Organizações de Saúde.
- ☞ UNIVERSAL – Dicionário universal da língua portuguesa mais gramática. Lisboa, Texto Editora. 2000. ISBN:972-47-1116-1

- ☞ <http://www.apfertilidade.org/web/index.php/o-que-e-a-infertilidade/51-infertilidade/143-a-infertilidade-e-uma-doenca>. Acedido em 2010/07/09.
- ☞ <http://www.cmsa.org/> Acedido em 2010/07/22.
- ☞ <http://www.spmr.pt/default.aspx> Acedido em 2011/01/13
- ☞ <http://www.chbm.min-saude.pt/> Acedido em 2011/0/02

ANEXOS

ANEXO I

Análise SWOT do projecto

“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

Análise SWOT do projecto

<p>Ambiente Interno</p>	<p>S (Forças)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boas relações interdisciplinares; - Conhecimentos da equipa no âmbito da fertilidade/infertilidade; - Apoio do CA - Processo de creditação do CHBM, E.P.E. - Estrutura física adequada. 	<p>W (fraquezas)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pouco domínio do processo de gestão de caso; - Dificuldades de articulação entre os vários intervenientes do projecto. - Resistência à mudança - Grande mobilidade da equipa de enfermagem
<p>Ambiente Externo</p>	<p>O (oportunidade)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade dos cuidados de prestados aos casais inférteis; - Normas emanadas pela DGS relacionadas com a Saúde Reprodutiva e Infertilidade; - Valorização pelos utentes inférteis das intervenções desenvolvidas pela equipa de enfermagem ; - Criação de uma “consulta não médica” na área do apoio à fertilidade. 	<p>T (ameaças)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Crise económica com vários cortes orçamentais na área da saúde; - Grande mobilidade da equipa de enfermagem; - Resistência à mudança.

ANEXO II

Cronograma Inicial de Actividades

“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

ANEXO III

Cronograma Final de Actividades

“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

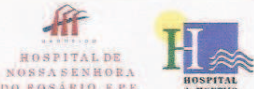
Cronograma de Actividades do projecto “Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

Actividade		Nov 2010	Dez 2010	Janeiro a Junho 2011	Julho a Dez 2011	Janeiro a Junho 2012	Jul a Dez 2012
Actividade		Responsável					
a)	Planeamento do projecto “Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”						
b)	Apresentação do projecto ao CA do CHBM, E.P.E.						
c)	Realização de uma reunião informativa com equipa de enfermagem da UFCE do CHBM, E.P.E.						
d)	Realização de uma reunião informativa com a Directora Clínica do serviço de Ginecologia do CHBM, E.P.E						
e)	Realização de uma reunião formativa com a Administradora Hospitalar responsável pela UFCE						
f)	Elaboração da norma de procedimento sectorial “Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”						
g)	Apresentação da norma “Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade” ao gabinete de Gestão e Qualidade do CHBM						
h)	Apresentação da norma “Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade” ao CA do CHBM						
i)	Aplicação da norma de procedimento sectorial “Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”						
j)	Elaboração da “Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à Infertilidade”						
k)	Apresentação da “Folha registos de enfermagem da consulta de Apoio à Infertilidade” ao CA do CHBME. E.P.E.						
l)	Aplicação da “Folha de registos enfermagem da consulta de Apoio à Infertilidade”						
m)	Realização de reuniões intercalares entre gestora de projecto e o grupo de trabalho						
n)	Elaboração do questionário de avaliação da satisfação dos casais inférteis e do relatório tipo de avaliação do projecto						
o)	Aplicação do questionário de avaliação da satisfação dos casais inférteis e do relatório tipo de avaliação do projecto						
p)	Comunicação dos resultados obtidos aos intervenientes do projecto						

ANEXO IV

Pedido de autorização do projecto

“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

<p>CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.</p> 	<p>PROJECTO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</p> <p>Gestão de Cuidados de Enfermagem na Consulta de Apoio à Fertilidade</p>	<p>Unid. Fun Cons Externas</p>
---	--	--

Enf.ª Coordenadora: M. João Campante

Data 28/09/2010

Concordo
Amélia
16.11.2010
A ENFERMEIRA-DIRECTORA
"Clara Almeida Enl."

Fundamentação/Justificação da necessidade do projecto

No Centro Hospitalar Barreiro Montijo, E.P.E., mais concretamente no Hospital Nossa Senhora do Rosário é realizada, na Unidade Funcional de Consultas Externas, a consulta de Apoio à Fertilidade.

Enquanto enfermeira coordenadora dessa Unidade, considero importante o desenvolvimento de estratégias, no âmbito da enfermagem, para dar resposta às utentes/casais inférteis, indo de encontro às suas necessidades, prestando cuidados de qualidade e potenciado os ganhos em saúde.

Considerando a panorâmica actual da saúde constata-se que a enfermagem tem mantido a liderança na prestação dos cuidados de saúde assente na qualidade, acessibilidade e eficiência. Neste contexto assume particular relevância o método de prestação de cuidados de enfermagem – Gestão de casos.

Pretende-se através do projecto "Gestão de Cuidados de Enfermagem na Consulta de Apoio à Fertilidade", implementar a Consulta de Enfermagem de apoio à Fertilidade, que irá ser realizada com a metodologia Gestão de Casos, neste sentido o presente projecto é inovador.

Objectivos Geral e Específicos

Objectivo Geral:

- Desenvolver medidas para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem no Apoio à Fertilidade dos casais inférteis, utentes do CHBM.

para
19.11.2010
C. Campante

Objectivos específicos:

- Implementar a Consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade;
- Criar a figura do "Enfermeiro Gestor de casos" na Consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade;
- Uniformizar os procedimentos de enfermagem prestados à mulher/casal na Consulta de Apoio à Fertilidade, através da utilização de uma norma de procedimento sectorial;
- Criar uma base de registos para documentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer da consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade.

Resultados Esperados

- ✓ 50% Das mulheres e ou casais que recorrem à consulta de Apoio à Fertilidade, são abrangidas pela Consulta de Enfermagem, e conseqüentemente acompanhadas pelo gestor de caso;
- ✓ 70% Dos processos auditados contém registos das intervenções de enfermagem;

Actividades a Desenvolver e Datas

As actividades que estão planeadas para o projecto "Gestão dos Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade" estão representadas no Plano de actividades, representado no *gráfico de Gantt (Anexo I)*, tal como é preconizado por Tappen (2005).

Recursos Necessários (Humanos, materiais, financeiros, outros)

Humanos: Equipa de Enfermagem;

Materiais: Telefone, Norma de procedimentos;

Financeiros: Custo das chamadas telefónicas.

Indicadores e Resultados Esperados (para os utentes, serviço, hospital)

Percentagem de utentes abrangidas pela consulta de enfermagem

$\frac{\text{Nº de utentes que recorreram à consulta de Apoio à Fertilidade, abrangidas pela Cons. Enfermagem}}{\text{Nº total de utentes que recorreram à consulta de Apoio à Fertilidade}} \times 100$

Nº total de utentes que recorreram à consulta de Apoio à Fertilidade

Identificação dos elementos do Grupo de Trabalho:

Enf. M João Campante

Data de Recepção
16/11/2010

Enf.ª Director

A ENFERMEIRA-DIRECTORA
Helena Almeida Enf.ª

Taxa de conformidade dos registos

Nº de procedimentos de enfermagem correctamente registados X 100

Nº total de procedimentos realizados

Instrumentos de Avaliação e Monitorização

- Norma de procedimento sectorial "Cuidados de Enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade"
- Elaboração chek-list para monitorização da norma
- Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à Infertilidade

Identificação dos elementos do Grupo de Trabalho:

Enf. M João Campante

Data de Recepção

26/11/2020

Enf. Director

[Handwritten Signature]

A ENFERMEIRA-DIRECTORA
Helen Almeida, Enf.ª

Anexo V

Norma de procedimento sectorial

“Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	

SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A	
Nº E DATA DE REVISÃO	0	

APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

1. OBJECTIVO

Desenvolver intervenções para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos casais inférteis, utentes do Centro Hospitalar Barreiro Montijo, EPE (CHBM, EPE), com a implementação da figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade, através da adaptação da metodologia assistencial Gestão de Caso à realidade da nossa organização.

2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Unidade Funcional de Consultas Externas – Consulta de Apoio à Fertilidade

3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em __/__/__

4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento:


Enf. M João Campante

4.2 Pela revisão do procedimento:

Enf. M João Campante

5. DEFINIÇÕES

Infertilidade - Ausência de gravidez após dois anos de relações sexuais regulares e sem uso de contraceção, pode ser primária quando não houve uma gravidez prévia e secundária nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou ectópica (DGS, 2008).

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	

Consulta de Enfermagem - Intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto cuidado (DGS, 2001).

Gestão de Caso - Modelo assistencial centrado no utente que exige avaliação, planeamento, facilitação e promoção de opções e serviços para atender às necessidades de saúde do indivíduo, através da comunicação e dos recursos disponíveis para promover a qualidade dos resultados custo-benefício (CMSA, 2009).

Este conceito particulariza, para a Saúde, a ideia mais global de qualidade que envolve a adequação de um serviço fornecido por um prestador às necessidades de quem o recebe e que, no caso da Saúde, engloba dimensões como a segurança, eficiência, efectividade, equidade, acessibilidade, continuidade de cuidados e o respeito (ARSLVT, 2009).

Enf. Gestor de Cuidados - Os enfermeiros não se limitam a efectuar a gestão de caso, mas sim a realizar a gestão de cuidados que os nossos cidadãos necessitam, surgindo assim o conceito de gestão de cuidados como uma *“re-identificação (evolução) conceptual do conceito de gestão de caso”* (SEQUEIRA, 2009, p.72).

O enfermeiro gestor de cuidados tem um papel importante na equipa multidisciplinar pois a sua posição de proximidade com o casal, os seus conhecimentos científicos e as suas competências relacionais permitem servir de elo de ligação entre os restantes membros da equipa de saúde.

6. SIGLAS E ABREVIATURAS


CHBM, EPE- Centro Hospitalar Barreiro Montijo, Entidade Pública Empresarial

Enf. – Enfermeira

JCI – Joint Commission International

UFCE - Unidade Funcional da Consulta Externa

ELABORAÇÃO Enf. M João Campante	VERIFICAÇÃO Serviço de Gestão da Qualidade	PRÓXIMA EDIÇÃO
------------------------------------	---	----------------

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	


7. REFERÊNCIAS

- CARY, Ann – **Gestão de Casos**. In: STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. Loures: Lusociência, 1999. p.389 – 405. ISBN 972 – 8383 – 05 -3.
- Case Management Society of America - **Case Management Model Act - Supporting Case Management Programs**, Little Rock, AR 72223. 2009
- CONSELHO DE ENFERMAGEM: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- CONSELHO DE ENFERMAGEM: Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. **Divulgar**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003
- PADRÕES DE ACREDITAÇÃO DA JOINT COMMISSION INTERNATIONAL PARA HOSPITAIS: **Acesso a cuidados e continuidade de cuidados**. 3ª ed. SL: JCI, 2008
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: **Organização Interna e a Governação dos Hospitais**. Grupo técnico para a reforma da organização interna dos hospitais. Lisboa: Ministério da Saúde, 2010.
- SEQUEIRA, Ana, LOPES Joaquim – **Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência**. In: **Revista Toxicodependências**. Lisboa. ISSN 0874 - 4890. Volume 15, nº 1 (2009). p.67-76

8. DESCRIÇÃO

Para os casais que atravessam problemas de fertilidade, assim como para suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo fácil, directo e linear. Vai além da escolha de um par amoroso, da interacção sexual, da gravidez e do parto. A infertilidade pode desencadear o reviver de antigos traumas, perdas e sentimentos de inadequação, tudo dentro de um processo marcado por longos períodos de interacção com a equipa de Enfermagem.

A pesquisa de uma melhor adaptação do modelo assistencial às necessidades dos casais em acompanhamento na consulta de infertilidade, levou à introdução de uma nova metodologia de cuidados de enfermagem.

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	

Inspirado no modelo assistencial gestor de caso, foi criada a figura do enfermeiro gestor de cuidados na consulta de infertilidade. Este enfermeiro deve, mediante intervenções educativas, prestar uma atenção de forma integral ao casal, potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudáveis, corrigir os aspectos erróneos relacionados com mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que podem surgir e planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, prevenindo precocemente qualquer alteração que possa ocorrer. As intervenções dos enfermeiros podem ser múltiplas, mas devem ser sempre adaptadas a cada situação concreta.

Na adaptação deste modelo assistencial para a realidade do Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., foi preconizado que:


- Para cada período de consulta de fertilidade, estão afectos dois elementos de enfermagem (para garantir a continuidade dos cuidados na ausência de um dos enfermeiros);
- Todos os casais inférteis que se dirijam à consulta, serão acompanhados pelo enfermeiro gestor de cuidados que está naquela consulta;
- Mensalmente, na última 6ª feira das 14 às 16 horas, será realizada uma reunião com todos os enfermeiros gestores de cuidados, onde serão expostos todos os novos casos, e analisados os que estão em estudo e/ou tratamento.

8.1 – Funções do Enfermeiro gestor de cuidados na Consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade


Na equipa multidisciplinar o enfermeiro gestor de cuidados é o profissional mais capacitado para desenvolver uma abordagem global dos casais inférteis e actuar como elo de ligação. A prestação de cuidados a estes utentes está assente no modelo conceptual – Teoria do cuidar de Swanson, que orienta a prática de enfermagem. Esta filosofia abrange os conceitos de cuidados globais e integrais, atribuindo aos enfermeiros a inteira responsabilidade do conjunto dos cuidados de enfermagem. Ao acolher e avaliar os utentes (casais), estabelece com eles uma parceria de cuidados através da recolha de dados, avaliação do seu estado de saúde e evolução do seu tratamento.

8.1.1 - Funções do Enfermeiro gestor de cuidados na 1ª Consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade

Na 1ª consulta de enfermagem de apoio à fertilidade, o enfermeiro gestor de cuidados, deverá desenvolver as seguintes intervenções:

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	

- Acolhimento do casal, um correcto acolhimento diminuirá a ansiedade e promoverá a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados;
- Preenchimento da “*Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à fertilidade*” para assim ser efectuada uma correcta e eficaz colheita de dados, despiste de alguns factores de risco e registo das intervenções desenvolvidas pela equipa de enfermagem;
- Fornecimento de informação sobre a fisiologia: ciclo menstrual, ovulação, período fértil, probabilidade de ocorrer uma gravidez, para clarificar informação e concepções erradas.
- Avaliação Clínica do Casal, para despiste de factores que contribuem para a infertilidade, para isso é importante conhecer:
 - Idade da mulher;
 - História reprodutiva do casal;
 - Tipo e frequência das relações sexuais
 - Hábitos nocivos (consumo de tabaco, álcool, e drogas ilícitas);
 - Hábitos alimentares/Alterações significativas do peso;
 - Risco ocupacional;
 - Estilos de vida;
 - Avaliação complementar na mulher (antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual);
 - Avaliação complementar no homem (antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual).
- Descrição dos métodos de auto-observação e a sua calendarização rigorosa para se estabelecer um diagnóstico eficaz: método da temperatura Basal e do muco cervical.
- Facilitação ao casal da verbalização de sentimentos, dúvidas e preocupações, sendo necessário estabelecer uma relação de confiança.
- Avaliação dos sistemas de apoio do casal, incluindo o apoio mútuo, durante este processo, e assim assegurar à mulher/casal acompanhamento e tratamento adequados.
- Fornecimento de informação completa, isenta e científica sobre as etapas a percorrer para a resolução das situações de infertilidade, para diminuir ansiedade que está inerente a todo este processo.
- Facilitação dos contactos necessários, para situações de dúvidas e de apoio e assim proporcionar ajuda à mulher/casal.
- Concepção em conjunto com a equipa multidisciplinar do plano de gestão de cuidados;
- Coordenação de testes, exames, consultas e cuidados em função do plano de tratamento
- Planeamento com o casal a próxima consulta, possibilitando assim a continuidade dos cuidados planeados;

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	Unid. Func. Consultas Externas
	Cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade	

- Realização dos registos de Enfermagem sobre os dados colhidos durante a consulta de enfermagem, com o objectivo de documentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer da consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade na “**base de registos**” criada através da aplicação informática Access.

8.1.2 – Funções do Enfermeiro gestor de cuidados nas Consultas subsequentes de Enfermagem de Apoio à Fertilidade

Nas consultas subsequentes de enfermagem de apoio à fertilidade, o enfermeiro gestor de cuidados, deverá desenvolver as seguintes intervenções:

- Acolhimento do casal;
- Actualização dos registos na *Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à fertilidade*;
- Reforço das intervenções educativas, sempre adaptado às necessidades de cada casal;
- Promoção do auto-cuidado dos casais inférteis, através de intervenções educativas;
- Facilitação ao casal da verbalização de sentimentos, dúvidas e preocupações, sendo necessário o contínuo da relação de confiança.
- Fornecimento de informação completa, isenta e científica sobre todas as dúvidas colocada pelos casais inférteis;
- Monitorização do plano de gestão de cuidados;
- Coordenação de testes, exames, consultas e cuidados em função do plano de tratamento
- Planeamento com o casal a próxima consulta, possibilitando assim a continuidade dos cuidados planeados;
- Registo das intervenções de Enfermagem desenvolvidas na “**base de registos**” criada para esta consulta.

9. INDICADOR

- Taxa de casais inférteis assistidos pelo Enf. gestor de cuidados

10. ANEXOS

Anexo I - *Folha de registos de enfermagem da consulta de Apoio à Infertilidade*

NORMA	TÍTULO	CRITÉRIOS
<i>Joint Commission International</i>		

Anexo VI

Folha de registos da consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade

Dados Femininos	
Nº do Processo: _____	Contacto: _____
Nome: _____	
Idade: _____	Escolaridade: _____
Nº filhos: _____	Profissão: _____

História de Infertilidade	
Grupo Sanguíneo _____	RH: _____
Infertilidade Primária	SIM NÃO
Infertilidade Secundária	
Já fez algum tratamento de infertilidade?	
Quais: _____	

Intervenções de Enfermagem	
Acolhimento do casal	SIM NÃO
Fornece informação sobre:	
1 - Fisiologia da reprodução	
2 - Factores que influenciam a fertilidade:	
Idade	
Tipo e frequência das relações sexuais	
Consumo de tabaco e álcool	
Consumo de drogas ilícitas	
Medicamentos utilizados	
Estilos de vida	
Profissão	
Alterações Significativas do peso	
3 - Tratamentos de infertilidade	
Avaliação complementar da mulher	

Dados Masculinos	
Nº do Processo: _____	Contacto: _____
Nome: _____	
Idade: _____	Escolaridade: _____
Nº filhos: _____	Profissão: _____

História de Infertilidade	
Grupo Sanguíneo _____	RH: _____
Infertilidade Primária	SIM NÃO
Infertilidade Secundária	
Já fez algum tratamento de infertilidade?	
Quais: _____	

Intervenções de Enfermagem	
Acolhimento do casal	SIM NÃO
Fornece informação sobre:	
1 - Fisiologia da reprodução	
2 - Factores que influenciam a fertilidade:	
Idade	
Tipo e frequência das relações sexuais	
Consumo de tabaco e álcool	
Consumo de drogas ilícitas	
Medicamentos utilizados	
Estilos de vida	
Profissão	
Alterações Significativas do peso	
3 - Tratamentos de infertilidade	
Avaliação complementar do homem	

Diagnósticos de Enfermagem

Acções de Enfermagem

Avaliação

Data ____/____/____

Registado por: _____

Diagnósticos de Enfermagem

Acções de Enfermagem

Avaliação

Data ____/____/____

Registado por: _____

Diagnósticos de Enfermagem

Acções de Enfermagem

Avaliação

Data ____/____/____

Registado por: _____

Diagnósticos de Enfermagem

Acções de Enfermagem

Avaliação

Data ____/____/____

Registado por: _____

Anexo VII

Pedido de autorização de Base de Dados



MEMORANDUM

Autoriza-se. Ao Sr. Eng. Paulo Ferro para operacionalizar, se necessário uniformizando procedimentos.

Acordo de que se de base o interesse de dados base de dados para abrires de consult e control
14/4/11

Para : Sra. Enf. Directora, Enf. Helena Almeida

MLL

De : Enf. Coordenadora da UFCE, Maria João ^{Dr.ª Nina de Sousa Santos} _{Vogal do Conselho de Administração}

Assunto: "Base de Registos" da consulta de Apoio a Fertilidade

para e A
[Signature]

Aprovado em reunião
do Conselho de Administração
CHBM, E. P. E.

de 05/05/2011

Barreiro, 14-04-11

ACTA Nº 13

A Direcção Geral de Saúde preconiza que a referência dos casais para diagnóstico e tratamento da infertilidade se processe de acordo com a rede de referência materno-infantil já estabelecida, que se inicia nos Cuidados de Saúde Primários, passando pelos cuidados hospitalares de 1.ª linha onde são efectuados tratamentos médicos e cirúrgicos através da consulta de infertilidade/ medicina da reprodução, e terminado nos cuidados hospitalares de 2.ª linha, que possuem centros de procriação medicamente assistida. O Centro Hospitalar Barreiro Montijo E.P.E., é um centro de 1ª linha, realizando 2 períodos de consultas por semana de Apoio à Fertilidade.

No âmbito do projecto "Gestão de Cuidados de Enfermagem na Consulta de Apoio à Fertilidade", foi elaborada uma "base de registos" criada através da aplicação informática Access, com o objectivo de permitir a obtenção de dados referentes às nossas utentes/casais de forma célere, assim como de documentar as intervenções de enfermagem desenvolvidas no decorrer da consulta de Enfermagem de Apoio à Fertilidade.

Assim, solicito autorização para utilização da Base de Registos da consulta de Apoio à Fertilidade, e para garantir maior protecção dos dados referentes aos casais inférteis, que esta base seja colocada no "servidor" do HNSR, EPE, e que o seu acesso só seja permitido através de uma "password".

Sem outro assunto,

Barreiro, 14 de Abril de 2011

[Signature]

29757 2011.04.14

[Signature]

Anexo VIII

Mapa estratégico do Projecto

“Gestão de cuidados de enfermagem na consulta de Apoio à Fertilidade”

SISTEMA DE GESTÃO POR OBJECTIVOS
U. F. de Consulta Externa - Consulta de enfermagem de Apoio à Fertilidade

EFQM	Balanced Scorecard	Objectivos	Indicadores	Critério de Superação	Junho 2012	Ponderação	Valor Alcançado		Avaliação Final
							Dec-12		
Satisfação do utente e impacto na Sociedade	Cliente	Aumentar o Nível de Satisfação dos casais inférteis	Nível de satisfação dos clientes	Cumprir = [2,9 a 4,0] Não Cumprir = <2,9 Superar = >4,0	[2,9 a 4,0]	25%			
		Garantir a qualidade na consulta de enfermagem de apoio à fertilidade	Taxa de reclamações	Cumprir = [0% a 5%] Superar = <0% de reclamações e 1 ou mais laudar	[0% a +5%] em relação a 2008				
Resultados chave do Serviço	Financeira	Diminuir os Custos Directos do Serviço	Custos Directos	Não Cumprir = >3% Superar = <-3%	[-3% a 3%]	20%			
		Garantir a cobertura das consultas de enfermagem de apoio à fertilidade (Utentes que passam pela consulta médica)	Taxa de seguimento das consultas de enfermagem	Não Cumprir = <75% Superar = >85%	[75% a 85%]				
	Processos	Assegurar o registo das intervenções realizadas no âmbito da consulta de apoio à fertilidade	N.º de não conformidades	Não Cumprir = >2 Não Conformidades Cumprir = 0 a 2 Não Conformidades Superar = 0 Não Conformidades e registo de boas práticas	1 a 2 Não Conformidades	40%			
Satisfação dos Colaboradores	Aprendizagem e Crescimento	Realizar 1 reunião periódica de monitorização dos objectivos c/80% da equipa	N.º reuniões de serviço	Não Cumprir = 0 Reuniões Cumprir = 1 Reunião Superar = >1 Reunião, com fundamentação do acréscimo e respectivo impacto	1 reunião bimestral c/ 80% da equipa	15%			
		Apresentar o N.º de propostas de melhoria definidas	N.º propostas de melhoria	Não Cumprir = 0 Superar = >3	Cumprir = [1; 2] 1 a 2 propostas aprovadas				

100%

O Conselho de Administração

O Responsável de Serviço

Nota

5
3
1

Avaliação

Superou
Cumpriu
Não Cumpriu

Barreiro, _____ de _____ de 2012

