



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



Curso de Mestrado em Enfermagem

Gestão de Unidades de Saúde

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

CÁLCULO DE ENFERMEIROS PARA O PROJECTO

PRETRARCA

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientado pelo Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Elaborado por:

Florabela Rosa Miranda Estrela

Março

2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Curso de Mestrado em Enfermagem

Gestão de Unidades de Saúde

GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS
CÁLCULO DE ENFERMEIROS PARA O PROJECTO
PRETRARCA

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientado pelo Professor Doutor Adriano de Jesus Miguel Dias Pedro

Elaborado por:

Florabela Rosa Miranda Estrela

Março

2012

PENSAMENTO

“...A necessidade põe a formiga a caminho...”

Provérbio Chinês

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos aqueles que de várias formas contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

Ao CHPL por ter acedido ao pedido de estágio;

Ao enfermeiro Jorge Catarino pela disponibilidade imediata;

À enfermeira Albertina pela disponibilidade e cedência dos dados do projecto;

Às enfermeiras que prestam cuidados no Projecto, por terem acedido colaborar nas entrevistas realizadas

Ao Professor Adriano Pedro, pela sua orientação, conhecimento, competência e paciência, em todos os momentos, o que fez com que fosse possível ir ao encontro de respostas para as minhas inquietações;

À minha mãe, pelo amor e atenção sem reservas;

Ao meu filho, pela energia positiva que sempre me transmitiu.

Para todos vai o meu agradecimento.

RESUMO

Este trabalho apresenta o cálculo de enfermeiros para um serviço de apoio domiciliário a doentes psiquiátricos. Foi realizado no Projecto Pretrarca da Clínica Lisboa-Cidade no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. Teve como objectivos calcular a dotação de enfermeiros em função do trabalho realizado no período de 01 de Abril de 2010 a 31 de Março de 2011. Adoptamos como opção metodológica o estudo de caso. A população foi constituída pelas enfermeiras que trabalham a tempo inteiro ou parcial no Projecto Pretrarca. Como técnicas de recolha de dados, optamos pela entrevista semi-estruturada e análise de dados retrospectivos.

Os dados colhidos foram sujeitos á análise de conteúdo segundo Bardin e aplicamos a fórmula matemática para as Unidades de Cuidados na Comunidade.

As conclusões foram as seguintes: relativamente á opinião acerca do Projecto esta é unânime e favorável. A tipologia dos cuidados pode agrupar-se, essencialmente, em dois tipos: consultas de enfermagem e gestão de terapêutica, sendo a primeira considerada a mais relevante em termos de gasto de tempo.

Quanto ao tempo médio dispendido, verificamos que são vários os aspectos referidos para a sua variabilidade. Relativamente á adequação dos recursos humanos a opinião também é unânime: são escassos, mas deviam trabalhar a tempo inteiro no Projecto.

Aplicando a fórmula matemática concluímos que são necessárias 43,75 h de trabalho semanal, para atender o volume de trabalho realizado. Mas, face às intervenções de enfermagem que foram verbalizadas nas entrevistas a dotação recomendada será de 78,75 h semanais o que corresponde à realidade actualmente em vigor de 70 h/ atribuídas.

Palavras-chave: Gestão, Gestão de recursos humanos, cálculo de pessoal de enfermagem

RESUMEN

Este trabajo presenta el cálculo de enfermeros para un servicio de apoyo domiciliario a enfermos psiquiátricos. Se realizó en el Proyecto Pretrarca de la Clínica Lisboa-Cidade en el centro hospitalar psiquiátrico de Lisboa. Tuvo como objetivo calcular la dotación de enfermeros, en función al trabajo realizado en el período de tiempo de 01 de Abril del 2010 al 31 de marzo del 2011. Adoptamos como opción metodológica el estudio de caso. La población estaba constituida por las enfermeras que trabajaban a tiempo entero o parcial en el Proyecto Pretrarca. Como técnica de recogida de datos, optamos por la entrevista semi-estructurada y análisis de datos retrospectivos.

Los datos cogidos fueron sujetos al análisis del contenido según Bardin y aplicamos la fórmula matemática para las unidades de cuidados en la comunidad.

Las conclusiones fueron las siguientes: relativamente a la opinión acerca del proyecto esta es unánime y favorable. La tipología de los ciudadanos puede agruparse, esencialmente en dos tipos: consultas de enfermería y gestión de la terapéutica, siendo la primera considerada la más relevante en términos de gasto de tiempo. Cuanto al tiempo medio dispensado, verificamos que son varios los aspectos referidos para su variabilidad.

Relativamente a la adecuación de los recursos humanos la opinión también es unánime: son escasos pero debían trabajar a tiempo entero en el proyecto.

Aplicando la fórmula matemática concluimos que son necesarias 43,75 h de trabajo semanal, para atender el volumen de trabajo realizado. Teniendo en cuenta las intervenciones de enfermería que fueron verbalizadas en las entrevistas, la dotación recomendada será de 78,75 h semanales lo que corresponde a la realidad actualmente en vigor de 70 h/ atribuidas.

Palabras claves: Gestión, Gestión de recursos humanos, Cálculo del número de enfermeros.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- AT – Atendimento por ano
- AVD's – Actividades de vida diária
- CE – Consulta de Enfermagem
- CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
- DE – Diagnóstico de Enfermagem
- EN – Número de Enfermeiros
- H – Horas
- HCN/AC – Horas de cuidados necessários por sessão/actividade/área de intervenção
- ICN – Conselho Internacional de Enfermagem
- IM – Injectável Intramuscular
- Nº – Número
- T – Período normal de trabalho por enfermeiro/ano
- TA – Tensão Arterial
- TPer'os – Terapêutica Oral
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PP – Projecto Pretrarca
- RTC – Reunião com técnicos na comunidade
- Srº – Senhor
- Srª – Senhora
- VD – Visita Domiciliária

INDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Funções da gestão

Figura 2 – Níveis de planeamento

Figura 3 – *Planeamento Estratégico*

INDICE DE QUADROS

Quadro I – Pessoas vista como recursos e como parceiros da organização

Quadro II – Fórmula de cálculo

Quadro III – Horas de cuidados necessários em enfermagem por actividade

Quadro IV – Caracterização da população

Quadro V – Tempo por intervenção de enfermagem

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico I – Doentes atendidos no Projecto Pretrarca / Visitas domiciliárias realizadas

Gráfico II – Distribuição dos doentes atendidos no Projecto Pretrarca segundo o sexo

Gráfico III – Distribuição das visitas domiciliárias segundo a tipologia dos cuidados de enfermagem

INDICE

	Página
0 – INTRODUÇÃO	12
1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
1.1 – A GESTÃO EM SAÚDE	15
1.1.1 – Clarificação do conceito de administração/gestão	15
1.1.2 – Funções da gestão	18
1.1.3 – Níveis da Gestão	19
1.2 – GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS	20
1.2.1 – Conceito, mudanças e transformações	20
1.2.2 – Planeamento Estratégico dos Recursos Humanos	23
1.2.2.1 – Modelos de planeamento estratégico dos recursos humanos	26
1.3 – GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM	27
1.3.1 – Evolução histórica da dotação de pessoal de enfermagem	32
1.3.2 – Estratégias de previsão e/ou cálculo de recursos de enfermagem	34
1.3.2.1 – Censo de Doentes	36
1.3.2.2 – Necessidades de Assistência dos Doentes	37
1.3.2.3 – Sistema de classificação de doentes	38
1.4 – CÁLCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM	42
2 – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO	47
2.1 – PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO	47
2.2 – DESENHO METODOLÓGICO ADOPTADO	48
2.2.1 – Tipo de estudo	50
2.2.2 – Contexto do estudo	51

2.2.3 – Pergunta de investigação	51
2.2.4 – Participantes do estudo	51
2.2.5 – Recolha de dados	52
2.2.5.1 – Entrevista	52
2.2.5.2 – Análise documental	57
2.2.6 – Procedimentos de previsão de tratamento e análise dos dados	57
2.2.7 – Fidelidade e validade de dados qualitativos	61
2.2.8 – Considerações éticas e a investigação qualitativa	63
2.2.9 – Limitações e dificuldades do estudo	65
3 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS	66
3.1 - PROJECTO PRETRARCA: A PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS	66
3.1.1 – Caracterização da população em estudo	66
3.1.2 – Opinião acerca do Projecto Pretrarca – OPP	67
3.1.3 – Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca	69
3.1.3.1 – Tipo de intervenções – TIE	69
3.1.3.2 – Relevância das intervenções – RIE	72
3.1.3.3 – Tempo por intervenção – TEI	73
3.1.4 – Adequação dos recursos humanos no Projecto Pretrarca – ARH	75
3.2 – DADOS RETROSPECTIVOS DO PROJECTO PRETRARCA	76
3.3 – CÁLCULO DE ENFERMEIROS PARA O PROJECTO PRETRARCA	78
4 – PRINCIPAIS CONCLUSÕES E SUGESTÕES	80
5 – BIBLIOGRAFIA	82

<u>APÊNDICES</u>	88
Apêndice I – Caracterização do local - Projecto Pretrarca da Clínica Lisboa Cidade do CHPL	89
Apêndice II – Modelo do pedido de autorização ao Srº Enfermeiro Director do CHPL	96
Apêndice III – Modelo do consentimento informado dos participantes	98
Apêndice IV – Guião de entrevista	100
Apêndice V – Matriz de codificação Global	103
Apêndice VI – Grades de análise	105

0 - INTRODUÇÃO

A política organizacional tem sofrido ao longo dos tempos a influência das transformações políticas, sociais, culturais e económicas. Nesta perspectiva, os hospitais psiquiátricos não fogem à excepção.

Antes do advento dos hospitais asilares, os "loucos" vagueavam nas ruas e frequentemente eram encarcerados em prisões ou albergues. Estes locais, segundo Sequeira (2006) eram destinados sobretudo aos pobres, idosos, indigentes e delinquentes. No século XIX foram criados manicómios por toda a Europa, pois havia a "necessidade de libertar o organismo social daquele que era considerado um poderoso obstáculo ao progresso da civilização, isto é, o louco" (Sequeira 2006:27). Não obstante, presentemente, a OMS (2001) traça um panorama muito negativo sobre os hospitais psiquiátricos no mundo inteiro referindo que o modelo asilar predominante por um lado, promove o isolamento social tanto dos clientes como dos profissionais, por outro lado, está associado a modelos de gestão ineficientes caracterizados por má aplicação/gestão dos recursos humanos.

Perante esta conjuntura, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) aponta para a emergência de um novo paradigma assistencial assente no Modelo de Saúde Mental Comunitário que, na opinião de Cordeiro (2005), é considerado um marco fundamental da história da psiquiatria. É neste contexto que, a Ministra da Saúde pretendeu restringir a actividade dos grandes hospitais psiquiátricos, transferindo gradualmente a sua missão assistencial para os hospitais gerais e outros serviços existentes ou a criar na comunidade. Também a OMS (2002) através do Relatório Mundial da Saúde 2001, Saúde Mental – Nova Concepção, Nova Esperança, refere a importância do processo de desinstitucionalização dos clientes dos Hospitais psiquiátricos convencionais e sublinha que é essencial o estabelecimento e manutenção de sistemas de apoio na comunidade.

Estas alterações significativas das Políticas de Saúde Mental associadas à constante evolução no sector da saúde implicam uma reestruturação dos serviços existentes, ou seja, é necessário (re) –orientar os serviços, no sentido de responder à nova tendência o que implica transformar o processo de

trabalho vigente, ao qual a assistência psiquiátrica tradicional está subordinada. Neste sentido, “evidencia-se a necessidade de aumentar a rede comunitária ao nível das estruturas, (...) pelo que, a regulamentação e efectivação de equipas domiciliárias será um passo significativo.” (Relatório da Primavera, 2010). No entanto, seja qual for o serviço, os recursos humanos são o seu “motor”. Adequar o número de profissionais às necessidades de cuidados dos doentes psiquiátricos assistidos, para que recebam cuidados de qualidade é o objectivo primordial, quer dos doentes quer dos profissionais. Também às instituições de saúde interessa adequar os custos com o pessoal à nova realidade, ou seja, promover cuidados de qualidade, eficientes e de baixo custo. Por outro lado, os enfermeiros são o maior grupo profissional dentro das instituições de saúde o que representa um custo elevado quando comparado com as demais categorias. Dai que, um planeamento efectivo dessa classe profissional levando em linha de conta o ajuste dos recursos humanos, em função do trabalho que realiza, é seguramente um dos objectivos a ter em conta pelas instituições.

Enveredamos por um trabalho nesta temática dada a importância cada vez maior que vem sendo atribuída a esta problemática, mais concretamente com a dotação, e ser um tema que sempre nos despertou interesse.

Assim, o principal objectivo foi o de responder à seguinte questão central: Qual a concepção dos enfermeiros, afectos ao projecto Petrarca, sobre a dotação que melhor garanta a qualidade dos cuidados? Desta questão emergiram duas questões parcelares: a) Que cuidados de enfermagem são prestados no projecto Petrarca? b) Qual a dotação ideal de enfermeiros para o Projecto Petrarca?

Como estratégia de investigação optámos pelo estudo de caso e, utilizamos a técnica da entrevista em formato de semi estruturada e ainda a análise documental retrospectiva.

O trabalho constitui um elemento de avaliação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde. É o resultado do estágio que decorreu, no projecto Pretrarca da clínica Lisboa Cidade no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, de 24 de Fevereiro a 24 de Junho de 2011 num total de 360 horas sob a responsabilidade/orientação do Professor Doutor Adriano Pedro¹.

Os objectivos do trabalho são:

- Fundamentar o trabalho
- Definir as estratégias metodológicas adoptadas

¹ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Portalegre, Doutorando em Educação

- Apresentar os dados recolhidos
- Apresentar as principais conclusões

Para uma melhor compreensão, o trabalho está estruturado em cinco capítulos principais. No capítulo introdutório explicitamos a problemática e as questões de partida.

No primeiro capítulo pretendemos delimitar o enquadramento teórico do tema. Nele, clarificamos o conceito de gestão, recursos humanos e cálculo de pessoal porque foi destes conceitos que emergiu este trabalho.

No segundo capítulo definimos as estratégias metodológicas adoptadas de forma a atingir os objectivos delineados. Definimos a problemática, os objectivos que pretendíamos atingir e as questões orientadoras da pesquisa. Seguidamente, justificámos a razão pela qual optamos pelo “estudo de caso” e pela abordagem qualitativa.

Justificámos ainda a selecção do contexto da pesquisa e as técnicas que utilizámos na recolha de dados assim como, a população e as estratégias utilizadas na validação dos dados. Foram também mencionadas as estratégias utilizadas para o tratamento, análise e apresentação dos dados colhidos no terreno.

No terceiro capítulo apresentamos os resultados dos dados recolhidos. Este está subdividido em três. No primeiro sub capítulo abordamos a opinião dos enfermeiros, que trabalham a tempo inteiro ou parcial, acerca do Projecto Pretrarca. No segundo sub capítulo apresentamos dados do Projecto referentes ao período de 01 de Março de 2010 a 31 Abril de 2011. No terceiro sub capítulo apresentamos o cálculo do número de enfermeiros necessários para o Projecto de acordo com as intervenções realizadas no referido período.

No quarto capítulo, apresentamos as principais conclusões do trabalho e as sugestões.

As referências bibliográficas, são apresentadas no quinto capítulo que finaliza o trabalho.

Em anexo apresentamos os documentos utilizados, considerados relevantes e que complementam o trabalho.

1 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Fortin (1999:93) a fundamentação ou enquadramento teórico é:

“ (...) o termo geral utilizado para designar o quadro conceptual ou o quadro teórico que tem função de apoio (...) é uma generalização abstracta que (...) dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo”.

A revisão de literatura é essencial na elaboração na fundamentação teórica, pois permite fazer o balanço do conhecimento, relativamente, ao fenómeno em estudo, permite verificar o que tem sido estudado e investigado em torno desse problema/fenómeno; possibilita, ainda, identificar e explorar os conceitos em presença, as perspectivas existentes e as questões que se colocam.

De acordo com os objectivos definidos, o enquadramento teórico tem por base uma pesquisa bibliográfica, de forma a seleccionar a informação disponível, e obter uma linha lógica de pensamento. Atendendo a que o trabalho foi desenvolvido na área da gestão de recursos humanos e pretendíamos calcular as necessidades de enfermeiros para o Projecto Pretrarca, os conceitos a mobilizar circunscrevem-se a temas de gestão, gestão estratégica de recursos humanos e gestão de cuidados de enfermagem – dotação de pessoal, essenciais para a sua compreensão. Ou seja, são conceitos que ilustram a especificidade do fenómeno sobre os quais recaiu o trabalho.

1.1 – A GESTÃO EM SAÚDE

1.1.1 - Clarificação do conceito de administração/gestão

O ponto de partida para elaborar uma reflexão em torno deste conceito é a raiz etimológica do termo. O dicionário da língua portuguesa contemporânea, da Academia das Ciências de Lisboa refere que o termo gestão significa administração. Gestão, do latim *gestio*, significa acto de administrar.

Administração, provém igualmente do latim e resulta da junção de duas palavras “ad” que significa direcção, tendência para e “minister” que significa subordinação, obediência. Chiavenato (1999) in Parreira (2005:31) refere que a palavra administração pode ser definida como “ (...) a condução racional das actividades de uma organização”, sendo “ (...) imprescindível para a existência, sobrevivência e sucesso das organizações” visando atingir as metas da organização.

O estudo de Greco em 2004 refere que a palavra administração foi sendo substituída por gestão, que começou a ser referida mundialmente como um recurso estratégico. O significado e conteúdo da administração têm assumido, ao longo do tempo, diversas alterações, relacionadas com factos históricos, alterações políticas, sociais e religiosas, onde a evolução técnico-científica, sobretudo das ciências da saúde, é um exemplo paradigmático. A administração, tal como se encontra hoje, é o resultado histórico e integrado da contribuição de vários percursos.

Taylor, Fayol e os seus seguidores modernos consideram que uma boa organização é a que possui um organograma detalhado, com ênfase na divisão do trabalho, no planeamento das funções, na descrição do cargo, nos manuais de tarefas e procedimentos, o que gera estruturas fixas, permanentes e rígidas (Greco, 2004). Mas o planeamento e a organização tradicional são limitados, com baixa produtividade. Não se deve renunciar a esta estrutura, mas é necessário ir além dela, através do uso de flexibilidade e do conjunto de adaptações necessárias frente à mutação contínua da realidade em que se vive. Dai que, a gestão como qualquer outra área do conhecimento, tem evoluído ao longo do tempo e várias foram as teorias e escolas de pensamento que contribuíram para esta evolução.

Como já foi referido, longe vão os tempos da teoria da administração científica de Frederick Taylor que, no início do século passado, defendia a repartição de responsabilidades, em que à administração competia o planeamento das tarefas e dos métodos de produção, bem como a supervisão do processo produtivo e aos operários competia a execução pura e simples do trabalho. Hoje, e segundo Peter Drucker, definir a missão de uma organização é difícil, doloroso e arriscado, mas só assim se conseguem estabelecer políticas, desenvolver estratégias, concentrar recursos e começar a trabalhar; só assim uma organização pode ser administrada, visando um desempenho óptimo. E esta actividade torna-se muito mais eficaz se puder contar com a participação dos vários profissionais.

De facto, nos dias que correm, espera-se um enfoque no envolvimento dos colaboradores na definição de matérias estratégicas para a organização, como sejam a sua missão, visão, valores e objectivos organizacionais.

A organização e as actividades dos hospitais não podem ser equacionadas olhando apenas de e para o seu interior, sem atender ao meio que os rodeia. A missão/objectivo fundamental, razão de ser das organizações de saúde deve ser construída com a preocupação de que possa explicitar, sem ambiguidade, quatro componentes, definidas por Cecílio (2000:973-983), que deixem claras a sua singularidade e o seu compromisso com a sociedade: “esta organização existe para oferecer tais **produtos**, com tais **características**, para tais **clientes** visando alcançar tais **resultados**”.

- **Produtos** – O objecto das organizações de saúde pode, em algumas situações, de difícil medição. Nas áreas assistenciais, em particular, a qualidade do “produto” oferecido (na verdade, serviços) é um complexo procedimento que inclui não só medições objectivas e parametrizadas, como deve também considerar um forte elemento de subjectividade por parte do cliente.
- **Características** – Esta componente fala da excelência técnica e do atendimento ético e humanizado e de níveis de serviço. Não será oportuno trabalhar estes aspectos no enunciado da missão. Este detalhe deverá ser efectuado com o objectivo de reflectir e tentar operacionalizar formas concretas de melhoria do serviço, dentro das próprias equipas de trabalho.
- **Clientes** – Levar em linha de conta as características e opiniões dos clientes é fundamental para definir a missão.
- **Resultados** – É vital a definição de procedimentos/indicadores que avaliem a prossecução dos resultados previstos.

Actualmente não podemos ignorar que os hospitais têm uma tripla vertente nas respectivas missões: são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, locais de acolhimento de pessoas em sofrimento e vectores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde. Sendo a gestão “um conjunto variável de instrumentos e técnicos e de tecnologias utilizadas para garantir o sucesso das organizações ” (Vaz, 2000:23 in Araújo, 2008:34) é de todo o interesse que os gestores tenham presente que todas estas mudanças afectam a imprevisibilidade organizacional, por isso, aconselhável que abarquem estes conceitos e que os adequem á realidade e objectivos organizacionais. O mesmo autor salienta que, o que caracteriza uma boa ou má gestão está relacionado com a adequação das técnicas, tecnologias e instrumentos ao cumprimento da missão, á prossecução dos objectivos atendendo às características e contingências do

ambiente que move essa organização. Não existindo receitas, podemos dizer que, a implementação defeituosa de um modelo ou a sua desadequação á situação correcta pode comprometer o sucesso desse modelo.

1.1.2 – Funções da gestão

Para Teixeira (1998:3) a função da gestão é "interpretar os objectivos propostos e transformá-los em acção empresarial através de planeamento, organização, direcção e controlo de todos os esforços realizados em todas as áreas e em todos os níveis da empresa afim de atingir esses mesmos objectivos". Pode dizer-se que são quatro as funções da gestão: planeamento, organização, direcção e controlo.

- O **Planeamento** é "o processo de determinar antecipadamente o que deve ser feito e com fazê-lo. (...) tem implícita a ideia de acção a desenvolver para que as coisas aconteçam" (Teixeira, 1998:3,4). É nesta etapa que se definem as metas da organização, etapas a percorrer, tarefas a desenvolver e estratégias para alcançar as metas.

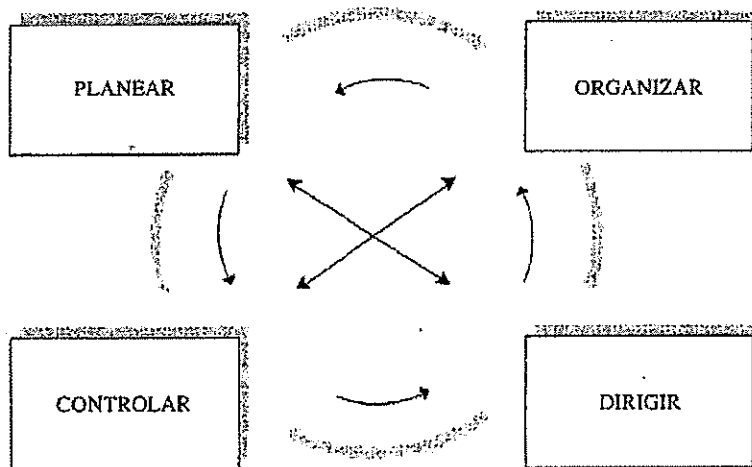
- A **Organização** consiste em "estabelecer relações formais entre as pessoas, e entre estas e os recursos, para atingir os objectivos propostos" (Teixeira, 1998:3,4), ou seja assegurar que a pessoa certa, com as qualificações certas está no local e no tempo certos para que melhor sejam cumpridos os objectivos.

- A **Direcção** é "o processo de determinar, isto é, afectar ou influenciar o comportamento dos outros. Envolve motivação, liderança e comunicação." (Teixeira, 1998:4)

- O **Controlo** é "o processo de comparação do actual desempenho da organização com standards previamente estabelecidos, apontando as eventuais acções correctivas." (Teixeira, 1998:4). Refere-se á monitorização do desempenho.

Teixeira (1998) e Chiavenato (1999) referem que a gestão é encarada como um processo que engloba as etapas descritas anteriormente. Contudo, estas funções não devem ser vistas isoladamente uma vez que são interdependentes, sendo o processo " (...) um modelo sistemático de fazer as coisas" como referem Stoner e Freeman (1995) in Parreira (2005:32) e como se pode observar na figura seguinte.

Figura 1 – Funções da gestão



Fonte: Teixeira, Sebastião – Gestão das Organizações. 3ª Ed. S. Paulo, Editora McGraw-Hill, 1998, ISBN 844-814-617-4, pag.5

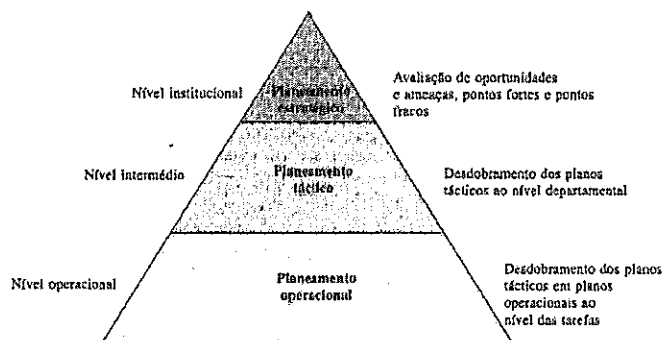
1.1.3- Níveis da Gestão

Teixeira (1998) considera que são três os níveis de gestão: institucional, intermédio e operacional.

- No **nível institucional**, a gestão caracteriza-se segundo Teixeira (1998:6) por “uma forte componente estratégica, ou seja, pelo envolvimento de todos os recursos disponíveis na determinação do rumo a seguir”
- No **nível intermédio** predomina uma “componente tática que se caracteriza pela movimentação de recursos num curto prazo e elaboração de planos e programas específicos relacionados com a área ou função do respectivo gestor” (Teixeira, 1998:6).
- No **nível operacional** predomina segundo Teixeira (1998:6) a “componente técnica, e a actividade traduz-se fundamentalmente na execução de rotinas e procedimentos”

Na figura seguinte pode ainda observar-se a relação entre os vários níveis de gestão e o planeamento.

Figura 2- Níveis de planeamento



Fonte: Teixeira, Sebastião – Gestão das Organizações. 3ª Ed. S. Paulo, Editora McGraw-Hill, 1998, S/ ISBN, pag.40

1.2- GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

Para Cabral - Cardoso (1998) in Macaia (2005:32) a gestão dos recursos humanos tem vindo a ser reconhecida como uma peça chave da estratégia e da competitividade empresarial. Como tal, uma das actividades de gestão é planejar os recursos humanos para viabilizar a estratégia da organização.

1.2.1-Conceito, mudanças e transformações

Factores como a globalização dos negócios, o desenvolvimento tecnológico, o forte impacto da mudança e o intenso movimento pela qualidade e produtividade, entre outros, destacam a importância da gestão de recursos humanos como recurso estratégico relevante para as organizações dada a sua criatividade, inovação e potencial intelectual; características que marcam a diferença relativamente a outros recursos organizacionais. Dai que, um dos recursos mais presente em todas as Organizações e que nenhuma pode dispensar é o "Factor Humano" – as pessoas. Chiavenato (1999), refere mesmo que as pessoas são como que o sistema nervoso das empresas e tratá-las como recursos organizacionais é um desperdício. Gomes (2000) in Carapeto e Fonseca (2006: 215) acrescenta ainda que "qualquer organização, mais do que uma simples estrutura é um sistema de actores que lhe dá vida e a torna viável." Podemos mesmo afirmar que os recursos humanos são o activo mais valioso de uma organização e que, é com e através das pessoas que as transformações poderão ter sucesso nas organizações. Bilhim (2004:7) salienta que "os recursos humanos hoje não constituem apenas mais um dos recursos da organização mas

antes, (...) o recurso estratégico. Representam aquele factor critico sem o qual (...) não á forma de ter sucesso."

Em termos de administração a importância dos recursos humanos é pela primeira vez revelada por Taylor, enquadrada nos seus princípios básicos. Frederico e Leitão (1999:105,112) definem Recursos Humanos como "as pessoas que integram, permanecem e participam na vida da empresa, qualquer que seja o seu nível hierárquico ou tarefa" e, engloba "Dotação e cálculo de pessoal, recrutamento e selecção, integração, formação, avaliação de desempenho e carreira".

Para Chiavenato (1999), a moderna gestão de pessoas consiste em várias actividades, entre as quais o planeamento dos recursos humanos. Carapeto e Fonseca (2006:222) referem que o planeamento dos recursos humanos "é uma tarefa fundamental para garantir o cumprimento da missão, da estratégia e dos objectivos da organização."

Mas, porque o contexto em que funciona a Gestão de Recursos Humanos é composto pela organização e pelas pessoas que nela interagem é pertinente introduzir estes dois conceitos no sentido de clarificar o conceito de Gestão de Recursos Humanos.

Para Chiavenato (1999:22) uma organização é "um sistema de actividades conscientemente coordenadas de duas ou mais pessoas" e, os recursos humanos são as pessoas "(...) que participam nas organizações e que nelas desempenham determinados papéis. (...)." Para o referido autor (Chiavenato, 1999:17) "as organizações requerem pessoas para as suas actividades e operações da mesma forma que requerem recursos financeiros, materiais e tecnológicos. Daí a determinação Recursos Humanos para descrever as pessoas que trabalham nas organizações." A Gestão de Recursos Humanos é entendida por Chiavenato (1999:138) como o "(...) planeamento, organização, desenvolvimento, coordenação e controle de técnicas capazes de promover o desempenho eficiente do pessoal, ao mesmo tempo em que a organização constitui o meio que permite às pessoas que com ela colaboram alcançar os objectivos individuais relacionados directa ou indirectamente com o trabalho."

As transformações ocorridas têm provocado importantes mudanças no contexto empresarial e consequentemente uma mudança paradigmática. Nos últimos tempos, factores como mudanças económicas, tecnológicas, sociais, culturais, legais, políticas, demográficas e ecológicas que actuam de maneira conjugada e sistemática, proporcionando imprevisibilidades e incertezas para as organizações; levaram a mudanças e transformações na função dos recursos

humanos e no ambiente externo das organizações. Até á segunda guerra mundial a administração de pessoal ocupava-se essencialmente com o recrutamento, disciplina, contagem dos tempos de trabalho e pagamentos aos empregados. Depois da segunda guerra, esta função passou a integrar outras actividades como, administração dos salários, formação básica e participação ou aconselhamento da administração da empresa na negociação e contratação colectivas. Nesta altura a acção centrava-se na resposta a problemas concretos e imediatos, sem qualquer preocupação de natureza estratégica.

Dentro do contexto de imprevisibilidade e incerteza os recursos humanos são uma das áreas de gestão empresarial onde mais mudanças ocorreram. Ao longo do tempo, o termo administração de pessoas foi sendo substituído por gestão de recursos humanos e, hoje fala-se em gestão de pessoas, na qual elas são vistas como parceiros e colaboradores do negócio da empresa, e não como meros funcionários remunerados em função do tempo disponibilizado à organização.

A visão de pessoas como recursos apresenta características diferentes da visão de pessoas como parceiros, conforme o quadro que se segue:

Quadro1 - Pessoas vista como recursos e como parceiros da organização

Pessoas como recursos	Pessoas como parceiros
• Empregados isolados nos cargos; • Horário rigidamente estabelecido; • Preocupação com normas e regras; • Subordinação ao chefe; • Fidelidade à organização; • Dependência da chefia; • Alienação em relação à organização; • Ênfase na especialização; • Executoras de tarefas; • Ênfase nas destrezas manuais; • Mão-de-obra.	• Colaboradores agrupados em equipa; • Metas negociadas e compartilhadas; • Preocupação com resultados; • Atendimento e satisfação do cliente; • Vinculação à missão e à visão; • Interdependência entre colegas e equipa; • Participação e comprometimento; • Ênfase na ética e na responsabilidade; • Fornecedoras de actividade; • Ênfase no conhecimento; • Inteligência e talento.

Fonte: CHIAVENATO, I. – Gestão de pessoas; o novo papel dos recursos humanos nas organizações. Rio de Janeiro: Campus Lda.1999, S/ISBN, pag 7

Actualmente, lidar com pessoas em contexto organizacional tornou-se uma actividade completamente diferente, já que estas deixaram de ser vistas com um papel meramente administrativo e passaram a surgir como uma função estratégica para a empresa.

Também as organizações, devido à concorrência, têm vindo a adaptar-se às necessidades do mercado para evitar ficarem desactualizadas, obsoletas o que leva a encarar a organização como uma realidade dinâmica e não estática, á qual a estrutura organizacional se vai adaptando.

1.2.2 - Planeamento Estratégico dos Recursos Humanos

Nas décadas de 70 e 80 ocorreu uma

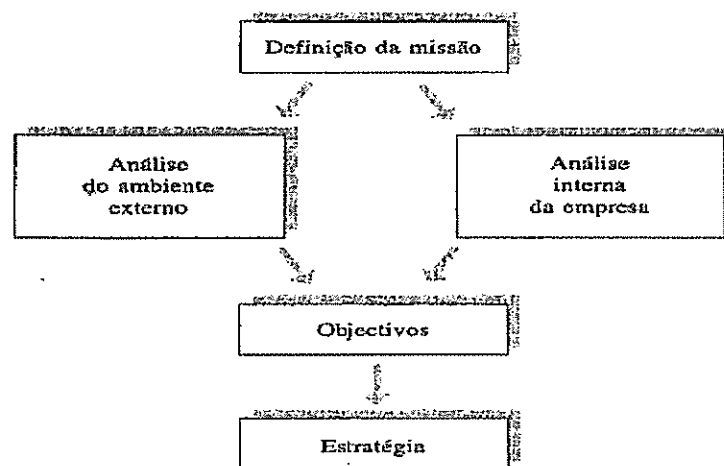
“ (...) reorganização do planeamento tradicional dos Recursos Humanos para o planeamento estratégico; da motivação e satisfação individual para o conceito de clima organizacional; das actividades de função pessoal analisadas de forma desagregada para os resultados organizacionais; e da formação profissional para a formação em sentido mais amplo e para o desenvolvimento organizacional. As organizações são formadas por pessoas que através das suas capacidades, aptidões e motivações, orientam a sua actividade, de modo a alcançar determinados objectivos pessoais e institucionais” (Frederico e Leitão, 1999:106,107)

O conceito de estratégia, como ferramenta explícita para gerir organizações económicas e sociais é de origem relativamente recente mas, considerado por Roberto (2003) como um factor de vantagem competitiva.

Sendo a organização, para Teixeira (1998), um sistema aberto que afecta e é afectado por factores externos, a definição de uma estratégia organizacional constitui o mecanismo através do qual as organizações interagem com o seu contexto ambiental, aproveitando as oportunidades e minimizando as ameaças potenciais do meio ambiente afim de alcançar o sucesso. E, é a partir da estratégia que se define o planeamento estratégico, considerado por Chiavenato (1999: 61) para os recursos humanos, como “o processo de decisão quanto aos recursos humanos necessários para atingir os objectivos organizacionais dentro de um determinado período de tempo” e consiste, segundo Teixeira (1998:43) “na determinação antecipada do que deve ser feito e como deve ser feito.

Compreende a definição de objectivos e das vias de actuação para os atingir (...) visa antecipar o futuro (...).” Este, como pode ser observado na figura 3 começa com a definição da missão, segue-se a análise do ambiente (análise externa) e a análise da própria organização (análise interna). Posteriormente definem-se os objectivos organizacionais e, por último formula-se, de forma clara e precisa; a estratégia que deve ser perfeitamente entendida por todos os colaboradores da organização, nomeadamente aqueles que vão desempenhar um papel fundamental na sua execução.

Figura 3 - Planeamento Estratégico



Fonte: Teixeira, Sebastião – Gestão das Organizações. 3ª Ed. S. Paulo, Editora McGraw-Hill, 1998, S/ ISBN, pag.44

A estratégia deve funcionar como um programa global para a consecução dos objectivos organizacionais, deve receber a aprovação geral e ser capaz de motivar e envolver todos os intervenientes da organização. Deste modo, facilmente se depreende que a estratégia organizacional e a política de gestão de recursos humanos devem estar em consonância para que as pessoas sejam geridas consoante a estratégia definida para a organização.

A gestão de pessoas envolve e integra seis processos organizacionais básicos: agregar, ajustar, recompensar, desenvolver, reter e controlar pessoas.

- **Processo de agregar pessoas** – Considerado parte fundamental do planeamento estratégico, de acordo com Chiavenato (1999) in Macaia (2006:44),

é o que se utiliza para incluir novos membros na organização e envolve o recrutamento e a selecção de pessoas. Para tal existem duas abordagens: a tradicional e a moderna. Enquanto que na abordagem tradicional, predomina o enfoque operacional e burocrático na abordagem moderna, predomina o enfoque estratégico. O recrutamento refere-se ao processo de procurar candidatos para um cargo específico e pode ser interno, externo ou uma combinação de ambos. Qualquer deles apresenta vantagens uma vez que o interno incentiva os funcionários actuais e o externo traz “sangue novo” e novas ideias para a organização segundo refere Schermerhorn et al (1999) in Macaia (2006:43). A selecção, como refere Chiavenato (1999) in Macaia (2006:43) consiste em “procurar, entre os vários candidatos recrutados, aqueles que são os mais adequados para os cargos existentes na organização, visando manter ou aumentar a eficiência e o desempenho do pessoal, bem como a eficiência da organização.”

- **Processo de ajustamento das pessoas à função** – Este, é o passo seguinte após o recrutamento e a selecção. Para Chiavenato (1999) in Macaia (2006:45) envolve “o desenho das actividades que elas irão realizar na organização, a sua orientação e acompanhamento do seu desempenho.”

- **Processo de recompensar pessoas** – Chiavenato (1999) in Macaia (2006:47) refere que são “os processos utilizados para incentivar os funcionários e satisfazer suas necessidades individuais mais elevadas e, incluem recompensas, remuneração e benefícios e serviços sociais.”

- **Processo de desenvolver pessoas** - Para Chiavenato (1999) in Macaia (2006:47) “é aquele que se usa para capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional e pessoal dos funcionários. Inclui a formação e o desenvolvimento das pessoas, programas de mudanças e desenvolvimento de carreiras, e programas de comunicação.”

- **Processo de retenção de pessoas na organização** – Não é mais do que, parafraseando Chiavenato (1999) in Macaia (2006:50) “aquele que se utiliza para criar condições ambientais e psicológicas satisfatórias para as actividades das pessoas. Envolve a administração da disciplina, higiene, segurança e qualidade de vida e manutenção de relações sindicais.”

- **Processo de controlar pessoas** – utiliza-se segundo Chiavenato (1999) in Macaia (2006:50) para “acompanhar e controlar as actividades das pessoas e verificar resultados. Inclue banco de dados e sistemas de informações administrativos.” O autor supra citados refere que controlar refere-se a “acompanhar, orientar e manter o comportamento das pessoas dentro de

determinados limites de variação, distinguindo-se de fiscalização externa e submissão ligadas a regras e regulamentos impostos.”

1.2.2.1 – Modelos de planeamento estratégico dos recursos humanos

Para que todos os cargos estejam ocupados por pessoas capazes de desempenhá-los adequadamente é necessário fazer o planeamento do pessoal. Chiavenato (1999) in Macaia (2006:40) propõe cinco modelos de planeamento de recursos humanos, uns genéricos e outros específicos. Os genéricos abrangem toda a organização e os específicos referem-se a determinados níveis ou unidades organizacionais. Assim, temos:

- **Modelo baseado na procura estimada do produto ou serviço –**

Baseia-se no conceito de que as necessidades são uma variável dependente da procura estimada do produto. A relação entre as duas variáveis, ou seja, o número de funcionários e procura do produto/serviço, é influenciada por variações na produtividade, tecnologia, disponibilidade interna e externa de recursos financeiros e disponibilidade de pessoas na organização. É um modelo que utiliza previsões de dados históricos. Está voltado predominantemente para o nível operacional da organização e não tem em consideração imprevistos, como por exemplo: estratégia dos concorrentes, situação do mercado de clientes, greves, falta de matéria-prima entre outros.

- **Modelo baseado em segmentos de cargos –**

Consiste em escolher um factor de produção (como nível de vendas, volume de produção, plano de expansão), cujas variações afectem proporcionalmente as necessidades de pessoal; estabelece os níveis históricos, passados e futuros para cada factor estratégico; determina os níveis históricos da mão-de-obra para cada unidade; projecta os níveis futuros de mão-de-obra para cada unidade através da correlação com a projecção dos níveis históricos, passados e futuros, do factor estratégico correspondente. Utiliza-se em empresas de grande porte.

- **Modelos de substituição de postos-chave –**

É o modelo que recebe os nomes de mapas de substituição ou organogramas para o planeamento de funcionários.

- **Modelo baseado no fluxo de pessoal –**

Este, refere-se ao mapa do fluxo das pessoas para dentro e para fora da organização. A verificação histórica desse movimento - entrada, saída, promoções e transferências internas - permite uma predição a curto prazo das necessidades de pessoal. É um modelo adequado para organizações estáveis e sem planos de expansão, nas quais a preocupação é apenas preencher as vagas existentes e dar continuidade ao

quotidiano. O modelo pode antecipar as consequências de contingências como a política de promoções da organização, aumento da rotatividade ou dificuldades de recrutamento etc. É muito útil na análise das consequências do sistema de carreiras, quando a organização adopta uma política coerente nesse sentido.

- **Modelo de planeamento integrado** – É o modelo mais amplo e abrangente de planeamento de recursos humanos e tem presente quatro aspectos: volume de produção planeado pela organização; mudanças tecnológicas dentro da organização que alteram a produtividade do pessoal; condições de oferta e procura no mercado e comportamento dos clientes; planeamento de carreiras dentro da organização.

1.3 - GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A enfermagem, incorpora o saber de várias ciências, entre elas a ciência da administração a qual contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração de pessoal de enfermagem.

As funções do enfermeiro estão previstas no decreto-lei 437/91 e delas fazem parte, entre outras, o planeamento, dos serviços de enfermagem. O planeamento, pode ser visto como um comboio que puxa as acções de organizar, liderar e controlar. É um processo de gestão, considerada uma fase indissociável de todo o processo administrativo e contribui para uma gestão mais adequada á realidade da organização. O planeamento em saúde é, para Tavares (1990) in Parreira (2005:222) “uma aplicação lógica á tomada de decisão, promovendo a eficiência na transformação da realidade (...).”

É a partir da missão que emergem os objectivos. Contudo, não basta apontar o destino, é indispensável planear a viagem. Mas as necessidades de hoje podem não ser as de amanhã e, sem planeamento a decisão não terá fio condutor podendo levar a tomadas de decisão não muito correctas. Dai que, urge planear tendo em mente uma constante (re)afecção.

Num passado recente, e perante as alterações ocorridas, as organizações de saúde viram, de um lado reduzidas as suas verbas e de outro mudanças que levaram á necessidade de reorganizar os serviços prestados. Esta nova conjuntura leva a preocupações crescentes das organizações e, o planeamento dos recursos humanos, nomeadamente profissionais de enfermagem, tem sido uma delas já que, de acordo com o Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros (2011:8) “a dotação adequada de enfermeiros é um dos aspectos fundamentais para atingir índices de qualidade dos cuidados de saúde da população alvo e para a própria organização.” Contudo, é do conhecimento geral, que os enfermeiros

são o maior grupo profissional dentro das organizações de saúde e, diversos estudos realizados² referenciados por Lulio (2009:3) demonstram que estes profissionais consomem, tradicionalmente, a maior parte do número da força de trabalho hospitalar com índice representativo de 60% e 80% nos custos com despesas salariais e, reduzir de custos é a palavra que impera na actualidade. Rogenski (2006) in Filha et al (s/d:4) refere que as inúmeras alterações ocorridas no campo da saúde, "afectam o serviço de enfermagem como, por exemplo, a questão da redução de custos que tende a recair sobre a equipa de enfermagem ocasionando diminuição do quadro de pessoal e/ou não reposição de vagas (...)", ou seja, uma forma imediata de reduzir custos será diminuir o número de efectivos. Não obstante, acreditamos mais numa política de planeamento efectivo, a qual preconiza o ajuste dos recursos humano às necessidades em cuidados de saúde. Segundo Campos (2004) in Filha et al (s/d:3) "o trabalho de enfermagem é complexo e dinâmico, apresenta dimensões éticas, filosóficas, sociais, económicas, técnicas e políticas e está inserido no contexto de uma instituição de saúde, onde se desenvolve e se ajusta á sua política organizacional."

Gillies (1994), citando Meyer, in Macaia (2006:61) refere que a qualidade dos cuidados de enfermagem aumenta se houver equilíbrio na relação entre a carga de trabalho e a dotação do pessoal de enfermagem. Quando há défices importantes de pessoal a qualidade dos cuidados pode estar deteriorada, na medida em que o excesso de trabalho prejudica a realização dos procedimentos de enfermagem.

Para tal é necessário prever, estimar, calcular o pessoal que, para Kurcgant (1991) in Filha et al (s/d:5) é "a etapa inicial do processo de provimento de pessoal cuja finalidade é a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de enfermagem, directa ou indirectamente prestados á clientela".

Ou seja, apesar dos constrangimentos financeiros da actualidade, os gestores devem preocupar-se em ajustar os recursos humanos em função do trabalho que pretendem desenvolver não descurando a qualidade dos mesmos e a segurança dos clientes e profissionais.

Neste sentido, a OMS apela para a importância de uma gestão adequada dos enfermeiros uma vez que se veicula " (...) a necessidade de reflectir um modelo de organização de recursos humanos essencial á qualidade dos cuidados e á segurança associada (...)" devendo para tal utilizar-se "metodologias e critérios

² Dutra (2004), Santos; Figueiredo (2004), Gaidzinski; Fugulin; Castilho (2005); Formiga; Germano (2005); Campos; Melo (2007) in Lulio, Fabiana (2009:3)

que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência". (Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros, 2011:5,8)

Desde á muito que tem havido preocupação de encontrar modelos e fórmulas que contribuam, de forma objectiva para o cálculo de pessoal de enfermagem, no entanto, a OMS considera que "nenhum deles é especialmente adequado."

Não existindo métodos perfeitos, o cálculo de pessoal continua a ser uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros gestores no planeamento dos recursos humanos pois como foi referido, os aspectos quantitativos dos profissionais de enfermagem nas organizações de saúde são enfatizados para que haja a garantia de segurança e qualidade na assistência ao cliente. Para a Divisão de Estudos e Planeamento da Saúde (1999) in Parreira (2005:249) a dotação de pessoal "(...) é considerada factor primordial da gestão estratégica" e é definida por Frederico e Leitão (1999:113) como "é uma actividade que se realiza com o objectivo de estabelecer de forma quantitativa e qualitativa, as necessidades em pessoal de enfermagem para prestar cuidados a um determinado grupo de doentes." Pelo que, é considerado pelas organizações e seus gestores foco de atenção, uma vez que interfere directamente na eficácia, na qualidade e no custo da assistência á saúde, uma vez que os enfermeiros são o maior grupo de profissionais dentro de uma instituição de saúde. (Gaidzinski, Fugulin, Castilho 2005).

Balderas (1995) in Campos (2006) refere que a dotação de pessoal tem a finalidade de "efectuar uma previsão do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados de enfermagem nos diversos serviços, de acordo com a capacidade instalada, a complexidade dos cuidados e o modo de organização desses cuidados." Esta, para Frederico e Leitão (1999:113) tem "a finalidade de concretizar não só aspectos do plano de acção da instituição de saúde, no que se refere a pessoal (número, tipo e custos), mas também para avaliar o nível de cuidados de enfermagem." As mesmas autoras referem ser necessário considerar factores externos e internos, já que podem ser influenciadores da prestação de cuidados. Para as autoras supracitadas (1999:113) os "factores externos englobam:

- Contextuais;
- Estrutura arquitectónica;
- Comunicação e circulação;
- Tipologia dos utentes;
- Dados estatísticos do serviço;
- Relações funcionais dos serviços de enfermagem

Os factores internos são:

- Tipologia dos utentes;
- Produtividade;
- Organização”

Contudo, apesar de serem reconhecidos como importantes, estes factores internos e externos são difíceis de quantificar pelo que como critério quantificável é referido o grau de dependência do doente através da utilização do sistema de classificação de doentes. Deste modo, surgem como indicadores relevantes:

- Horas de cuidados necessários por dia de internamento (HCN);
- Horas de cuidados prestadas por dia de internamento (HCP);
- Taxa de ocupação (TO);
- Lotação (LO).

Cortés (1992) in Macaia (2006:61) refere ainda que, uma adequada dotação de pessoal de enfermagem deve ter presente, aspectos como:

- “O tipo de cuidados que se quer prestar, ou seja, o modelo de cuidados de enfermagem que se quer adoptar;
- A dotação pressupõe que a instituição dispõe de um quadro de pessoal aprovado;
- O pessoal com quem se pode contar e sua forma de acesso ao emprego;
- O estatuto do sistema remuneratório, bem como os horários e férias dos empregados;
- A estrutura arquitectónica da unidade e a distância dos serviços de apoio.”

A mesma autora in Macaia (2006:61) salienta que, o modelo de cuidados de enfermagem que o cliente espera, de forma geral está orientado para:

- “Cobrir todas as necessidades básicas;
- Abordar todas as técnicas diagnosticas e de tratamento requeridas;
- Manter conforto hoteleiro;
- Ser tratado em todos seus problemas e de forma personalizada;
- Prestar os cuidados numa relação de empatia que reduza o medo e a desconfiança do utente.”

Deste modo, e como refere Frederico e Leitão (1999:113) a dotação do pessoal está directamente relacionada com a qualidade dos cuidados prestados e a segurança do cliente, sem descurar a produtividade e a satisfação dos profissionais e, essencialmente, o bem-estar e satisfação do cliente.

Mas, Gaidinzki (1998) refere que é necessário uma metodologia pois caso contrário as argumentações face às administrações ficam fragilizadas. Rodrigues Filho (1992) in Frederico e Leitão (1999:114-115) referem três tipos de metodologia, pelas quais se pode optar: descritiva, administrativa e de pesquisa operacional.

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

Por outro lado, Censo et al (2004) in Ohara (2009:16) acrescentam que “(...) o ajuste dos recursos humanos necessários para suprir as demandas do trabalho de enfermagem e das tarefas que são destinadas a esses trabalhadores constitui um estudo que deve levar em conta inúmeras variáveis: quais actividades deverão ser realizadas, qual a necessidade e complexidade de qualificação técnica e específica, qual a dependência de enfermagem, qual a tecnologia necessária, quais os recursos técnicos e materiais disponíveis e quais as características de ordem técnica, científica e pessoal dos trabalhadores (...).”

As variáveis intervenientes, são para Gaidinzki (1998) in Ohara: “ a complexidade assistencial, identificada por meio da utilização de um instrumento de classificação de pacientes, a carga de trabalho da unidade, o tempo efectivo de trabalho e o índice de ausências previstas ou não no serviço”

Já em 1983, Alward referia a importância de utilizar um sistema de classificação de doentes para justificar a necessidade de profissionais. Gaidzinski, Fugulin, Kurcgant (2005) in Ohara (2009:18) salienta que “o conhecimento do perfil assistencial dos pacientes pode subsidiar o planeamento e a implementação de programas assistenciais que melhor atendam às necessidades desses pacientes (...)”

1.3.1 – Evolução histórica da dotação de pessoal de enfermagem

Segundo Kurcgant et al (1991) a dotação de pessoal é uma das actividades da gestão de recursos de enfermagem que visa estabelecer de forma qualitativa e quantitativa as necessidades de enfermagem para a prestação de cuidados para um determinado número de clientes.

Cerro (1995) in Machado (2001:18) refere que, inicialmente, a dotação de pessoal “baseava-se no conhecimento que as Direcções das Instituições de Saúde detinham da prática de enfermagem, tais como: experiências anteriores, próprias ou de outros, logo plena de subjectividade” e era condicionada por “pressões exercidas pelos mais variados poderes factuais presentes na instituição.” Posteriormente, começou-se a ter presente “os rácios estruturais como: Enfermeiros / n.º de camas...”. Contudo, e por estes rácios serem estáticos, ou seja, porque não utilizavam qualquer parâmetro de actividade, o mesmo autor refere que “impediam o alcance de níveis adequados de produtividade.” Mais tarde, começou-se a usar rácios de assistência paramédicos, ou seja, “integraram critérios da actividade médica para tentar medir as necessidades de cobertura de cuidados de enfermagem.” O passo seguinte e, referido pelo mesmo autor, foi “a classificação de doentes” que fornecia um valor aproximado por, no início, não medir o trabalho realizado. Finalmente, surgiram

“os métodos que utilizam instrumentos para medir os níveis de cuidados de enfermagem. Estes baseiam-se em observar as actividades de enfermagem, previamente classificadas das mais variadas formas e valoradas em termos de tempo, de forma a posteriormente calcular o tempo necessário em cuidados para um determinado doente e transformar este tempo em número de enfermeiros. E ainda este autor que afirma que apesar de aparecerem novas metodologias de dotação de pessoal de enfermagem estas não marcam o desaparecimento das anteriores já que por vezes umas complementam as restantes.”

Esta opinião é partilhada por Gaidinzki (1998) quando descreve a evolução dos métodos de cálculo de pessoal em quatro períodos:

- Método intuitivo ou das relações de proporção (antes de 1939);
- Introdução da variável hora média de cuidado (1939);
- Introdução da variável relativa às ausências (1947);
- Introdução do sistema de classificação de doentes (1960).

Já Twigg e Duffield (2009) referenciados por Lulio (2009:10,11) falam em cinco métodos:

- Abordagem intuitiva ou julgamento dos profissionais – baseada na experiência profissional para decidir acerca do número adequado de profissionais, sem referência á qualidade dos cuidados;
- Proporção de enfermeiros por cama ocupada – estabelece uma relação estatística simples entre as variáveis que medem as actividades de enfermagem referentes ao número de camas e casos de clientes; faz o cálculo do rácio enfermeiro/cama sem considerar as alterações dos níveis de dependência dos clientes;
- Método de avaliação da dependência de cuidados/qualidade – previsão feita de acordo com o número de clientes, níveis de dependência e nível de qualidade de cuidados mínimos, sugerindo a utilização de um sistema informático; indicação das necessidades de enfermagem a partir do sistema de classificação de doentes (avalia a dependência do cliente);
- Relação entre o tempo/tarefa por actividade de enfermagem – abordagem das intervenções referentes ao processo de enfermagem; tem por base a observação dos serviços de enfermagem nos turnos da manhã, tarde e noite onde é possível contabilizar o total de horas dispendidas naquele serviço;
- Método de análise de regressão – Estabelece o número de enfermeiros para qualquer nível de determinação da actividade. Avalia em que proporção os diferentes factores (nº de camas ocupadas, admissões planeadas...) influenciam o nº de enfermeiros.

Pelo que foi referido, apesar de existirem vários métodos; constata-se que, o cálculo dos recursos humanos não é tarefa fácil e varia de acordo com o número e o tipo de funções a desempenhar. O ICN (2000) referenciado por Machado (2001:19) acrescenta ainda que a complexidade se intensifica quando “as

referidas funções encerram atitudes não só do domínio do «executar³», mas também do «observar⁴», do «gerir⁵», do «atender⁶» e do «informar⁷».

1.3.2 - Estratégias de previsão e/ou cálculo de recursos de enfermagem

Camano-Puig & Rincón (2000) citados por Machado (2001:19) afirmam que são múltiplas as metodologias para prever/calcular as cargas de trabalho de enfermagem, de forma a permitir uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de assistência. Contudo o percurso a seguir é sempre pessoal desde que haja coerência e rigor científico.

A mais antiga das metodologias refere serem as enfermeiras mais experientes a estabelecer para cada Doente-tipo os Standards de Assistência. Outro dos métodos é o de "Amostragem de Trabalho", o qual Gillies (1994) in Machado (2001:19) define como: "um método de Engenharia Industrial que mede o tempo utilizado nos três tipos de actividades de enfermagem (assistência directa, assistência indirecta e educação para a saúde), numa dada Unidade." Este, de acordo com o mesmo autor

"permite medir o tempo gasto pelas tarefas de enfermagem, os fluxos de trabalho e a reorganização das tarefas de modo a obter a máxima eficácia. Baseia-se na suposição de que uma amostra ao acaso das actividades de um trabalhador terá uma configuração geral, semelhante à das actividades laborais totais."

No entanto Gillies (1994) in Machado (2001:19) afirma que

"é necessário que um dado trabalhador siga um conjunto de etapas: todas as actividades realizadas por estes trabalhadores serão agrupadas segundo uma classificação lógica, preparam-se as folhas de colheitas de dados e tomam-se as decisões relativas ao número de trabalhadores a observar, determina-se ainda o período no qual decorrem as observações e a frequência com que serão exercidas. Posteriormente os observadores serão preparados quanto à forma de identificar as condutas e de efectuar os registos. O pessoal deve

³ "Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: desempenhar uma tarefa técnica". (ICN, 2000:156)

⁴ "Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: ver e observar cuidadosamente alguém ou alguma coisa". (ICN, 2000:152)

⁵ "Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: estar encarregado de, ou enquadrar, alguém ou alguma coisa". (ICN, 2000:153)

⁶ "Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa". (ICN, 2000:160)

⁷ "Acção de Enfermagem com as seguintes características específicas: falar com alguém acerca de alguma coisa". (ICN, 2000:162)

ser informado do objectivo, desenho, metodologia e duração do estudo. Seguidamente procede-se à análise e extracção das conclusões passando-se a informação aos gestores de enfermagem. Os dados obtidos devem ser partilhados com o pessoal de enfermagem no sentido de lhes dar a conhecer os resultados e de virem a pôr em prática os ajustes necessários à melhoria da prestação de cuidados.”

Outro dos métodos que pode ser utilizado para determinar o número de enfermeiros necessários é o “Método Operativo de Gestão” que segundo Machado (2001:20) é “um modelo de sistemas para relacionar a função de recursos humanos com outras funções directivas, as quais devem estar coordenadas com: planificação, organização, direcção, comunicação, motivação e controle.” Ou seja, Gillies (1994) in Machado (2001:20) refere que neste método

“formulam-se sandards de assistência de enfermagem para cada doente-tipo, calculam-se as proporções doente-enfermeiro tendo em conta as frequências e as dificuldades das tarefas. Posteriormente contrata-se, selecciona-se, orienta-se e organiza-se o pessoal necessário de acordo com um sistema que proporciona uma evolução continuada e o controle de qualidade.”

Para que a gestão actue de forma eficaz é importante melhorar o equilíbrio entre o pessoal e a carga de trabalho e, Gillies (1994) in Machado (2001:20), refere alguns factores como preponderantes para a previsão aferida da carga de trabalho de enfermagem, entre os quais:

- **O Censo de Doentes,**
- **As Necessidades de Assistência dos Doentes** que inclui a assistência directa, a assistência indirecta e a educação para a saúde,
- **O sistema de classificação de doentes.**

Para efectuar o cálculo do número de enfermeiros para um determinado serviço, é necessário:

- Elaborar uma relação dos diferentes tipos de doentes. Se o serviço já estiver em funcionamento pode consultar-se o censo de modo a prever o número de internamentos. Se a situação é inaugural o cálculo é feito a partir das estatísticas de saúde e/ou do censo das consultas externas. A consulta destes censos permite segundo Gillies (1994) in Machado (2001:20)

“agrupar ou caracterizar os doentes segundo o diagnóstico, grupos etários, ou outra variável. Face às diferentes categorias uma Enfermeira Especialista deve proceder à prescrição de intervenções de enfermagem. Logo, a mesma enfermeira deve ainda mensurar quantas vezes ao dia cada intervenção de enfermagem deve ser desenvolvida.”

- Posteriormente e segundo o autores supra citados (2001:20)

“um observador experiente procede à observação directa de uma amostra do pessoal para determinar o tempo médio que requer a realização de cada actividade, quer nos cuidados directos quer nos de apoio. Por fim, uma Enfermeira Especialista ou Gestora quantificará a média do tempo por dia, que um doente de cada categoria necessita. Multiplica-se o número obtido (média de tempo, por doente, por dia) pelo número previsto de doentes e somam-se todos os produtos face às diferentes categorias estabelecidas para um dado Serviço.”

1.3.2.1 - Censo de Doentes

Diariamente em todas as Instituições de Saúde são registados os dados dos doentes. A sua análise, pode ajudar de forma efectiva à previsão da carga de trabalho. Smith (1985), Bracken et al. (1985) citados por Gillies (1994) in Machado (2001:20), afirmam que o progresso científico ou mesmo as variações demográficas podem ser determinantes para variações verificadas entre a dotação estimada no ano anterior e o censo actual. Frederico e Leitão (1999:15), afirmam que “em Portugal o critério que com mais frequência tem sido utilizado para o cálculo de necessidades em pessoal de Enfermagem é o rácio por cama disponível. Contudo como vários autores expressam, a referência deverá ser o alvo dos cuidados de enfermagem, logo o doente internado/utente, e não a cama disponível.”

Hagerty et al (1985) citados por Gillies (1994) in Machado (2001:20), afirmam que

“a revisão do censo de doentes, dos índices de ocupação média, das estatísticas do tempo médio de internamento, os diagnósticos de admissão e os diagnósticos no momento da alta clínica, nos três últimos anos, constituem fontes de informação importantíssima. Também a revisão de histórias clínicas, permitem detectar possíveis

necessidades de assistência. As técnicas de avaliação de tarefas são úteis para determinar os standards de tempo que se aplicam nos cuidados dos doentes com diferentes níveis de dependência.”

1.3.2.2 - Necessidades de Assistência dos Doentes

Wolfe & Young (1965) referidos por Machado (2001:21) referem que: “a carga de trabalho da equipa de enfermagem pode ser mensurada estatisticamente a partir da soma dos Cuidados Directos com os Cuidados Indirectos”. Gillies (1994) in Machado (2001:21) salienta ainda a importância de considerar três tipos de necessidades: “as de assistência directa, de assistência indirecta ou administrativa e as de educação para a saúde.”

A – Assistência Directa

Gillies (1994) in Machado (2001:21) refere que, esta consiste “na prestação de cuidados ao próprio doente, mais especificamente quando o desempenho é dirigido às necessidades fisiológicas e psicológicas do doente.”

Os autores supra citados referem existir duas possibilidades para quantificar esta necessidade “a informação dispensada pela enfermeira que presta os cuidados, e/ou o estudo feito por um observador experiente.” Acrescentam ainda que a primeira forma “pode trazer alguns inconvenientes já que há enfermeiros que não são precisos quer quanto à informação quer quanto à quantificação de tempos” e que, isso acontece porque “a prestação cria um envolvimento tal, que a noção de tempo deixa de estar presente. Já a observação é um método eficaz, contudo implica não só um observador treinado mas também conhecedor do exercício de enfermagem.”

Gillies (1994) in Machado (2001:23) salienta, os aspectos interessantes a extrapolar das duas metodologias, ou seja,

“se é a enfermeira a informar, vamos poder quantificar as actividades puramente intelectuais, bem como a planificação dos cuidados a implementar; se seguimos a observação só se quantifica o visível ou observável. Com efeito não é fácil determinar os tempos da prestação de cuidados de enfermagem.”

B – Assistência Indirecta, Administrativa ou de Suporte

Gillies (1994), Wolfe & Young (1965) in Machado (2001:21) afirma que este tipo de assistência refere-se às “actividades desenvolvidas para o doente, mas que não requerem a sua presença.” Contempla

“a planificação dos cuidados, requisições de materiais e equipamento, consulta de outros membros da equipa de assistência, registo de notas de enfermagem e leitura da história clínica, informar sobre o estado do doente a outros colaboradores e elaborar um plano de assistência para alta.”

O tempo médio estimado para estas actividades varia, consoante o tipo de patologia, entre 38 e 60 minutos de acordo com os estudos realizados por Wolfe & Young (1965) e Meyer (1978) citados por Gillies (1994) in Machado (2001:23).

Gillies (1994) in Machado (2001:23) acrescenta ainda que

“a estrutura da Instituição pode interferir com o tempo médio utilizado na Assistência Indirecta, já que as características da organização - piramidal, linear, linear pura, linear por funções e equipas ou organização matricial - influirá na quantidade de tempo que as enfermeiras gastam para comunicarem entre si ou com outros técnicos.”

C – Educação para a Saúde

Esta para Gillies (1994) in Machado (2001:24) engloba “todas as actividades que os enfermeiros realizam afim de informarem, ensinarem e motivarem o doente e a família.” No entanto, esta deve ser individualizada, pois doentes com o mesmo diagnóstico podem apresentar necessidades diferentes, uma vez que cada doente é uma pessoa singular, e portanto, diferente do outro. Cortés (1992) in Macaia (2005:66) reforça esta ideia ao referir que “cada doente apresenta características próprias e o atendimento será diferente, apesar de existirem normas e protocolos que regulam as actividades.” Mas, a educação para a saúde, apesar de individualizada face ao diagnóstico, é para Machado (2001) “uma actividade que quase todos os doentes necessitam e há itens cuja pertinência é indiscutível como sejam: grau de actividade, medicação, tratamentos, seguimento médico e de enfermagem e serviços de suporte ou Segurança Social.”

Meyer (1978) citado por Gillies (1994) in Machado (2001:24) refere que “uma Instituição atribuiu à Educação para a Saúde e apoio psicológico 14,5 minutos por doente por dia.”

1.3.2.3 - Sistema de classificação de doentes

Rodrigues Filho, citado por Frederico e Leitão (1999:114), define Sistema de Classificação como: “um sistema que determina as exigências do doente em termos de cuidados de enfermagem, com base nas suas necessidades, nas

intervenções de enfermagem e nas prioridades do cuidado". Desta forma os Sistemas de Classificação vão substanciar o processo de tomada de decisão quanto à qualidade dos cuidados, ao melhoramento da produtividade, aos custos e ainda à gestão dos Recursos Humanos.

Gillies (1994) in Machado (2001:25) afirma que os Sistemas de Classificação de Doentes foram introduzidos de forma a basearem a planificação de pessoal quando se admitiu que a diversidade de necessidades de assistência dos doentes advém mais dos diferentes níveis de dependência que dos diferentes diagnósticos. Com efeito as intervenções de enfermagem visam contemplar o restabelecimento da autonomia ou minorar o agravamento da sua perda. Assim define Sistema de Classificação de Doentes como: "um método de agrupamento de doentes de acordo com a quantidade e complexidade de cuidados de enfermagem que estes doentes necessitam." Salaria ainda que o objectivo destes sistemas é atribuir um valor numérico aos doentes de modo a que se possa, por meio de um registo numérico, quantificar o volume de actividades de enfermagem necessário a esses doentes.

Edwardson (1985) citado por Gillies, (1994) in Machado (2001:25) afirma que um sistema de classificação de doentes é

"um instrumento que serve para distribuir em categorias os doentes de acordo com certas necessidades de assistência que podem ser observadas clinicamente pela enfermeira. Os sistemas de classificação reflectem os diferentes níveis de dependência ou os diferentes diagnósticos. Estes vão possibilitar extrapolar os diferentes tipos de cuidados a implementar face a cada categoria de doentes, logo estimar o tempo médio no desempenho."

Para Hoffman (1989) in Frederico e Leitão (1999:168) um sistema de classificação de doentes é "um agrupamento de doentes de acordo com algumas propriedades" cujo objectivo essencial é "conhecer as horas de cuidados de enfermagem necessárias em cada uma das diferentes unidades, mediante o estudo das necessidades dos doentes e a aplicação de determinados tempos de enfermagem para cada um dos níveis de dependência."

Os autores supra citados (1999:168) referem ser um instrumento de gestão que

"permite informação fidedigna em tempo útil, com a vantagem de orientar a tomada de decisão, tendo como objectivo o equilíbrio dos recursos humanos em função das necessidades e de permitir o

melhor nível de qualidade dos cuidados em função dos recursos disponíveis.”

Permite ainda “garantir que o esforço individual, seja orientado para a visão global da instituição, bem como medir o progresso, comparar com terceiros e impulsionar a mudança.”

O sistema de classificação de doentes surge com um estudo realizado em 25 hospitais de Nova York, em 1930, o que leva Rodrigues Filho in Frederico e Leitão (1999:167) a admitir que a necessidade de classificar doentes segundo determinados parâmetros não é recente. Posteriormente, em 1950 na Escola de enfermagem de S. Pittsburg foi realizado um estudo com o objectivo de determinar as exigências de cuidados de enfermagem em doentes com diagnósticos médicos e cirúrgicos. Apesar dos avanços, apenas em 1960, nos Estados Unidos e também na Grã-Bretanha o sistema de classificação de doentes teve um ritmo mais acelerado com os trabalhos realizados por um grupo de pesquisadores da Escola de Engenharia e da Divisão de investigação Operacional do Hospital da Universidade de Johns Hopkins. Os estudos realizados, foram desenvolvidos “com a finalidade de dimensionar o grupo de enfermagem na área hospitalar, de forma racional, utilizando técnicas da engenharia industrial e da ciência da administração.” Na década de 1980, alguns sistemas de classificação de doentes começaram a ser postos em causa devido às suas limitações o que levou a rever os objectivos de classificação de doentes, tornando-os mais abrangentes.

Em Portugal, devido á inexistência de um instrumento de medida das necessidades efectivas dos clientes em cuidados de enfermagem para uma análise precisa e detalhada da dotação de enfermeiros foi criado, desde 1984, um Sistema de Classificação de Doentes baseado em graus de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E) que, para Veiga in Frederico e Leitão (1999:170) consiste “numa distribuição de doentes por categorias de acordo com a definição das suas necessidades em cuidados de enfermagem.” A classificação dos doentes é feita “consoante os cuidados de enfermagem que necessitam e posterior quantificação desses cuidados para prever as necessidades em pessoal de enfermagem.”

Em Portugal, o Sistema de Classificação de Doentes utilizou na sua construção, o modelo GRASP (Grace Reynolds Application of Peto), desenvolvido nos Estados Unidos, inovador em termos de gestão, desconhecido em Portugal, mas que o grupo de trabalho adaptou à realidade do país. Segundo Frederico e Leitão (1999:171), o sistema GRASP “é fruto de três anos de investigação de

campo, para validar o conceito de Peto, desenvolvido no Medical College of Geórgia. Este conceito foi constantemente melhorado, e actualmente é utilizado em mais de 600 hospitais no Canadá, EUA e Reino Unido. Frederico e Leitão (1999:171) referem que, neste sistema, classificar consiste “na avaliação da dependência do doente em cuidados de enfermagem através de um quadro de classificação de doentes, pela determinação do tempo necessário para prestar cuidados totais com um atendimento personalizado e dentro de determinados padrões de qualidade.” Os mesmos autores (1999:171) salientam que “o cálculo das horas totais de enfermagem necessárias inclui as horas para prestar cuidados directos⁸ e as horas para prestar cuidados indirectos⁹.” As horas para prestar cuidados directos obtêm-se através de um instrumento de classificação, denominado quadro de classificação de doentes, no qual estão incluídas as actividades de cuidados directos mais representativas do trabalho dos enfermeiros, onde se incluem habitualmente: dieta, banho, vestir e despir, mobilidade, medicamentos, tratamentos, sinais vitais, factores de conduta, necessidades sociais e factores especiais como admissão e alta entre outros.

Pode dizer-se, que o Sistema de Classificação de Doentes baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e tem como objectivos:

- Optimizar os recursos de enfermagem disponíveis;
- Planear cuidados a prestar;
- Gerir com eficácia o número de enfermeiros necessários em cada serviço;
- Identificar as necessidades em recursos de enfermagem;
- Adequar a dotação dos quadros de pessoal;

Contudo, é importante sublinhar que, tal como referem Frederico e Leitão (1999:167) “um sistema de classificação de doentes por si só, não aumenta a

⁸ Toda a tarefa que pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo preparar a medicação, administrar a terapêutica, registos,... (Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem medicina e cirurgia in Macaia, 2005:72)

⁹ Toda a tarefa que embora concorra para a assistência global do doente, não pode ser identificada como sendo destinada a um determinado doente, por exemplo, arrumação da sala de trabalho, passagem de turno, preparação de material para esterilização, ...(Manual de conceitos básicos para a definição de níveis de dependência em cuidados de enfermagem medicina e cirurgia in Macaia, 2005:72)

produtividade, não resolve o problema da escassez de pessoal, apenas ajuda, na medida em que permite uma distribuição mais eficiente dos recursos humanos, quase sempre escassos.”

Para Perrota e Gaidzinski (2002) o sistema de classificação permite identificar as necessidades dos clientes, orientar a dotação de recursos de enfermagem e fornecer dados estatísticos para a direcção.

1.4 – CÁLCULO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM

Alguns autores¹⁰, referenciados por Lulio (2009:4) referem que o cálculo de pessoal é considerado o processo inicial para provimento de enfermeiros. Salientam ainda, que este é realizado de forma sistematizada, ou seja, “considera as etapas de identificação das cargas de trabalho diário na assistência e utiliza como instrumento um sistema de classificação de doentes a partir do levantamento das intervenções de cuidado em enfermagem.” Tem por finalidade determinar o número de profissionais necessários de forma a assegurar as necessidades directas e indirectas de assistência de enfermagem aos clientes, garantindo a qualidade dos cuidados e preservando a segurança dos intervenientes, de acordo com a estrutura e filosofia da instituição.

Gaidzinski; Kurcgant (1998), Dal Bem; Gaidzinski; (2007) referenciados por Lulio (2009:13) consideram que o cálculo de pessoal segue duas vertentes: a forma empírica e a forma matemática. A **forma empírica**, fundamenta-se “nas necessidades específicas das unidades e pela instituição, cuja vivência do dia-a-dia é o que lhes permite saber o quantitativo e o qualitativo de pessoal requerido para assistência prestada”. A **forma matemática**, como o próprio nome refere “utiliza fórmulas matemáticas apresentadas pela literatura”, contudo, “não consideram as especificidades dos indivíduos a serem cuidados”

Kurcgant (1991) in Filha et al (s/d: 8) propõe algumas sugestões para proceder ao cálculo de pessoal entre as quais caracterização da instituição, do serviço de enfermagem e dos clientes, cálculo do pessoal propriamente dito e avaliação de todo esse processo.

- **Caracterização da instituição** – “através do conhecimento da filosofia da instituição, dos objectivos, das propostas assistenciais, bem como do levantamento dos recursos quantiquantitativo dos recursos humanos, materiais, físicos, sociais e económicos que interferem na dinâmica da instituição.”

¹⁰ Gaidzinski (1998); Matsushita, Adami e Carmagnani (2005); Campos e Melo (2007); Dal Bem, Gaidzinski (2007); Vigna e Perroca (2007) in Lulio, Fabiana (2009:3)

- **Caracterização do serviço de enfermagem** – “pela análise da filosofia, objectivos, programas e propostas; análise da categoria de pessoal que compõe a equipa de enfermagem, e seu correlacionamento com o tipo, numero e complexidade das actividades directa ou indirectamente ligadas á assistência (...)”
- **Caracterização da clientela** – “através do conhecimento epidemiológico da população pertencente á área de actuação da instituição de saúde e através da classificação do paciente, segundo as necessidades de cuidados directos e indirectos prestados pela equipa de enfermagem (...)”

O mesmo autor (1991) in Filha et al (s/d: 9) refere que o cálculo de pessoal caracteriza-se da seguinte forma: “tempo médio dispendido pela equipa de enfermagem segundo a classificação do tipo de cuidado para cada paciente, mediante o registo de todo o tempo gasto pelos elementos de enfermagem que prestam assistência directa ou indirecta aos pacientes.”

Mas, ao realizar a pesquisa bibliográfica nesta área e, embora muito se tenha falado sobre as novas práticas e políticas de saúde mental, deparamo-nos com a escassez de referências sobre o cálculo de profissionais necessários para assistir com qualidade um cliente psiquiátrico e quantos clientes um profissional consegue atender de forma terapêutica. Assim, em Portugal não foram encontrados estudos nesta área de especialidade. Apenas encontramos referência ao trabalho realizado no Brasil, por Martins et al em 2001, para clientes portadores de transtornos mentais agudos, decorrentes do nível de dependência da Enfermagem Psiquiátrica. As mesmas autoras salientam que os temas que ainda devem ser pesquisados na especialidade são: os indicadores da qualidade da assistência nas diversas modalidades de atendimento, a quantidade de horas de assistência de enfermagem psiquiátrica, o índice de produtividade e o tempo efectivo de trabalho da equipe de enfermagem psiquiátrica assim como o absentismo e suas causas. Neste sentido propuseram um instrumento proposto denominado “Classificação do Nível de Dependência para Enfermagem Psiquiátrica” com três categorias para os níveis de dependência: nível de dependência discreta, intermediária e plena aos cuidados de Enfermagem Psiquiátrica. O instrumento contém 11 indicadores críticos do cuidado: 1) cuidados com a aparência e higiene; 2) expressão do pensamento; 3) humor; interacção social; 4) actividades; 5) alimentação e hidratação; 6) sono; 7) medicação; 8) eliminações; 9) sinais vitais e outros controles; 10) problemas e 11) queixas

somáticas. Cada um destes indicadores três níveis de gradação: dependência discreta, intermediária e plena aos cuidados de Enfermagem Psiquiátrica.

Em Portugal, noutras áreas de actuação, segundo Frederico e Leitão (1999), o critério mais utilizado para o Cálculo do pessoal de enfermagem é o rácio enfermeiro por cama disponível, mas esta filosofia tem-se revelado inadequada, uma vez que o padrão não deve ser a cama disponível, mas sim a referência ao doente internado. Para Cortés (1992) in Macaia (2005:63)

“o rácio enfermeiro/cama é um indicador que em si mesmo não diz nada e que só poderia ser comparado com hospitais similares, atendendo que as diferenças das necessidades em pessoal são tão variadas entre os hospitais que este padrão não vale nem como medida, nem como referência.”

Balderas Pedrero (1988) in Macaia (2005:63) considera que para determinar o pessoal de enfermagem necessário se aplicam os seguintes parâmetros: horas necessárias a prestação de cuidados de enfermagem nas 24 horas, distribuição do pessoal por turnos, jornada laboral, licenças e férias.

São vários os factores que intervêm no planeamento de recursos humanos. Para efeitos do cálculo do número de horas de trabalho á que considerar “ o enfermeiro trabalha 261 dias por ano (365 dias anuais -104 (52x2) dias de fim de semana) deduzindo ainda os dias para férias, feriados, formação e faltas. Assim, segundo o Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros (2011:9) para determinação do valor do número de horas de trabalho prestado por cada enfermeiro por ano, considera-se adequado:

- a) Enfermeiro em regime de trabalho de 35 horas/semana, 1400 horas/ano - tendo por base as seguintes deduções: 26 dias (182h) para férias¹¹ + 12 dias (84h) para feriados¹² + 15 dias (105h) para formação¹³ + 8 dias (56h) para faltas¹⁴

¹¹ O valor apresentado foi obtido em função da idade dos enfermeiros constante no balanço social global do ministério da saúde de 2008, elaborado em conformidade com o disposto no nº 1 do artigo 173º do RCTFP (Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag 9)

¹² Artigo 168º do RCTFP (Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag 9)

¹³ Nº 3 do artigo 20º do decreto-lei nº 248/2009, de 22 de Setembro (Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag. 9)

¹⁴ O cálculo do número de dias de falta dos enfermeiros considera o balanço social global do ministério da saúde de 2008 (anexo I). Da apreciação do balanço social, constatou-se que o

A mesma fonte referida anteriormente (2011:11) diz que a concepção de enfermagem comunitária envolve “as intervenções no âmbito da promoção e protecção da saúde, da prevenção da doença, da reabilitação (...), actua (...) em complementaridade funcional com outros profissionais”

As Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) têm por missão “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção dos ganhos em saúde (...)” e, assumem “uma intervenção de âmbito comunitário (...), prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no domicílio e na comunidade, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de (...) doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...) garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, aos cidadãos que vivem, trabalham e socializam na área geodemográfica da sua influência” (Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros, 2011:13)

Na intervenção na comunidade, os enfermeiros garantem “o atendimento das necessidades em cuidados de enfermagem das populações e a continuidade dos processos terapêuticos definidos, sendo de particular relevância a sua gestão eficiente.” (Ministério da Saúde/Ordem dos Enfermeiros, 2011:42)

As fórmulas de cálculo sugeridas pelo Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros (2011) variam de acordo com a especificidade de cada serviço. Para calcular o número de enfermeiros nas unidades de cuidados na comunidade a formula é a que apresentamos no quadro 2 e os tempos previstos no quadro 3.

Quadro 2 – Fórmula de cálculo

Fórmula para cálculo
$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$

Fonte: Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag 14

número de dias de falta por enfermeiro tem vindo a diminuir, sendo de 8 dias o ultimo ano analisado (Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag 9)

Na fórmula, o AT refere-se ao atendimento por ano, o HCN/AC às horas de cuidados necessários por sessão/atividade/área de intervenção e o T ao período normal de trabalho por enfermeiro/ano.

Quadro 3 - Horas de cuidados necessários em enfermagem por actividade

Tipo de actividades	HCN Tempo médio/minutos
Consulta de Enfermagem/Entrevista	30
Cuidados curativos /procedimentos de enfermagem	30
Administração de terapêutica	15
Educação para a Saúde em grupo	60
Visitação domiciliária (incluindo deslocação)	60

Fonte: Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros – Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência, Proposta do grupo de trabalho, 2011, pag 14

2 – OBJECTIVOS E METODOLOGIA DO ESTUDO

2.1 - PROBLEMÁTICA E OBJECTIVOS DO ESTUDO

Após a realização do enquadramento teórico que nos permitiu uma melhor compreensão da problemática em estudo, vamos neste capítulo, explicitar a razão de ser da escolha desta problemática assim como os objectivos do estudo pois concordamos com Quivy e Campenhoudt quando referem que “o primeiro problema que se põe ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar bem o seu trabalho” (Quivy e Campenhoudt, 1992:29). Acerca das temáticas, Moraes (1990:12) considera que “na escolha do tema para pesquisa é fundamental que este seja do agrado do pesquisador (...)” Myra e Lopes in Moraes (1990:12) recomendam ainda que o investigador “ (...) procure encontrar prazer no trabalho, para que o execute de boa vontade e grande dedicação”.

Quivy e Campenhoudt (1992) referem que uma investigação é, por definição algo que se procura, é um caminhar para um melhor conhecimento que deve ser aceite com todas as hesitações, desvios e incertezas que isso implica. Assim o investigador deve escolher tão rapidamente quanto possível e de forma clara o fio condutor para que o trabalho possa ser iniciado e estruturado com coerência.

O estudo que escolhemos surgiu da aliança de vários aspectos, ou seja, como a nossa formação inicial é em Enfermagem, a experiência profissional na área do Cuidar de pessoas com doença mental, o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) apontar para a emergência em Portugal, de um novo modelo assistencial nesta área, nomeadamente, o Modelo de Saúde Mental Comunitário e considerarmos os recursos humanos uma das áreas de gestão empresarial com grande impacto nas organizações e determinante para a eficácia organizacional consideramos pertinente associá-los. Foram estes, digamos que, os pressupostos, que estiveram reunidos para a tomada de decisão acerca do tema que escolhemos de forma a encontrar resposta ao objectivo/ponto de partida deste trabalho: Qual a concepção dos enfermeiros, afectos ao projecto Petrarca, sobre a dotação que melhor garanta a qualidade dos cuidados?

Desta forma, após delimitarmos o tema, o passo seguinte foi a pesquisa de informação pertinente relacionada com o tema assim como a sua filtração ao que

Gil (1999) refere ser um procedimento racional e sistemático que tem como objectivo proporcionar resposta aos problemas levantados ao mesmo tempo que elimina a desordem na informação.

Pretendemos conhecer:

- A opinião dos enfermeiros acerca do Projecto Pretrarca;
- A tipologia dos cuidados de enfermagem prestados;
- Os cuidados considerados mais relevantes em termos de gasto de tempo;
- O tempo médio dispendido para cada um dos cuidados de enfermagem;
- Opinião acerca dos recursos humanos actuais para atender às necessidades da população afecta ao Projecto Pretrarca.

Os objectivos são:

- Conhecer as intervenções realizadas Projecto Pretrarca;
- Calcular o número de enfermeiros para o projecto Pretrarca.

2.2 - DESENHO METODOLÓGICO ADOPTADO

Fortin (1999:40) diz-nos que

“é no decurso desta fase que o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas (...). Assegura-se também, que os instrumentos são fiéis e válidos. Estas diversas decisões metodológicas são importantes para assegurar a fiabilidade e a qualidade dos resultados de investigação”.

Assim, depois de introduzido o tema e expostas as razões da escolha do objecto de análise, vamos agora apresentar a metodologia de trabalho adoptada. Fortin (2009:4) refere que “A investigação científica constitui um método por excelência que permite adquirir novos conhecimentos.” Refere ainda que

“A investigação científica é em primeiro lugar um processo, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre elas: ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimento.”

(Fortin, 1999:17) Seaman (1987) in Fortin (1999:17) definiu a investigação científica como “um processo sistemático de colheita de dados empíricos tendo por objectivo descrever, explicar e prever fenómenos.” Lopes (2008) acrescenta ainda que, este pode ser corrigido conforme a sua progressão assim como negar ou corrigir tudo o que foi proposto.

Norwood (2000) citado por Fortin (2009:26/27) refere que

“Um método de investigação comporta dois elementos: o paradigma do investigador e a estratégia utilizada para atingir o objectivo fixado. (...) O paradigma do investigador refere-se á sua visão do mundo, às suas crenças, que determinam a perspectiva segundo a qual ele coloca uma questão de investigação e estuda o fenómeno. A estratégia refere-se à metodologia ou aos procedimentos utilizados pelo investigador para estudar o fenómeno que suscita o seu interesse. Assim aos diferentes métodos de investigação correspondem diferentes estruturas utilizadas para conceptualizar e compreender o fenómeno.”

A autora supra citada salienta que, ao escolher uma metodologia de investigação, o investigador “adopta uma visão do mundo e um fundamento filosófico.”

Para Fortin (1999: 132,372,) a metodologia é “o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões colocadas”, é “o conjunto de métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica e/ou secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e técnicas utilizadas no quadro dessa investigação.” Para Polit e Hungler (1995:109) a metodologia “ (...) expressa uma estratégia adoptada pelo pesquisador para desenvolver informações precisas, objectivas e passíveis de interpretação.”

Do ponto de vista metodológico, importa ter a noção de que o método não é uma fórmula rígida, uma receita a aplicar cegamente. Polit e Hungler (1993: 33), salientam que “ (...) o investigador precisa de tomar uma quantidade de decisões acerca dos métodos que utilizará” já que “Os métodos de investigação harmonizam-se com os diferentes fundamentos filosóficos que suportam as preocupações e as orientações de uma investigação (Fortin, 1999: 22).

Apesar de existirem diversas formas de realizar um mesmo trabalho, face ao referido anteriormente, facilmente se depreende que a escolha dos métodos e

técnicas a utilizar numa investigação são importantíssimas. Esta, depende da natureza do problema e do objecto que o investigador deseja conhecer ou estudar, assim como do tipo de informação que pretenda obter.

Os métodos e técnicas da investigação que convergem para o conhecimento, estão usualmente divididos em dois grupos: os métodos qualitativos e os métodos quantitativos tal como refere Fortin (1999:22)

Para que a tomada de decisão estivesse correctamente adequada ao estudo, a mesma foi antecedida por um período de reflexão onde estiveram presentes a temática abordada e a questão de investigação que esteve na origem deste trabalho. A escolha incidiu num estudo de cariz qualitativo.

A pesquisa qualitativa para Polit e Hungler (1995: 270) “costuma ser descrita como holística (preocupada com os indivíduos e seu ambiente, em todas as suas complexidades) e naturalista (sem qualquer limitação e controle impostos ao pesquisador).” Palmeiro (1995: 54) refere que “os dados qualitativos permitem descrições ricas e solidamente fundadas em processos obtidos num contexto focal, permitindo respeitar a dimensão temporal, avaliar a causalidade local e formular explicações”.

Para uma mais fácil compreensão este capítulo é dividido em sub capítulos: tipo e contexto do estudo; participantes do estudo; recolha, análise e procedimento estatístico dos dados; limitações e considerações éticas. As estratégias seleccionadas, “obedeceram a passos teoricamente adequados”, inscritas nos manuais de investigação.

2.2.1 - Tipo de estudo

Segundo Fortin (1999:41) “a escolha do tipo de estudo por parte do investigador, depende de duas situações: do problema em causa e do estado dos conhecimentos à volta deste problema.” Mas, o que se pretende é “ (...) obter respostas fiáveis às questões de investigação (...)” (Fortin, 1999:133)

Como estratégia de investigação e porque pretendemos compreender profundamente uma realidade próxima e restrita, optámos pelo estudo de caso que, segundo Gil (1989:78) “ (...) é considerado um estudo profundo e exaustivo de um ou de poucos objectos, de maneira a permitir um conhecimento amplo e detalhado do mesmo”. Para Polit e Hungler (1995:125) “são investigações em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social.” Gil (1989:79) aponta como maior limitação “a impossibilidade de generalização dos resultados.”

2.2.2 - Contexto do estudo

Como diz Quivy e Campenhoudt (1992:160) “ (...) não é de estranhar que a maior parte das vezes, o campo de investigação se situe na sociedade onde vive o próprio investigador”. Assim, seleccionámos o Projecto Pretrarca - Apoio domiciliário – inserido na Clínica Lisboa Cidade do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Apêndice I) para realizar o estágio que resultou neste trabalho. O estágio decorreu durante o período de 24 de Fevereiro a 24 de Junho de 2011 num total de 360 horas, sob a responsabilidade/orientação do Professor Doutor Adriano Pedro.¹⁵

2.2.3 - PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

O ponto de partida para qualquer trabalho científico, nasce normalmente, da inquietação, curiosidade, interesse do investigador e, a melhor forma de o começar será sob a forma de uma interrogação clara, exequível e pertinente a que Fortin dá o nome de “pergunta de investigação” e define como “(...) um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa de conceitos-chave, especifica a natureza população que se quer estudar e sugere uma investigação científica” (Fortin,1999:51).

A questão de investigação que nos surgiu foi: Qual a concepção dos enfermeiros, afectos ao projecto Petrarca, sobre a dotação que melhor garanta a qualidade dos cuidados? Desta questão emergiram duas questões parcelares: a)Que cuidados de enfermagem são prestados no projecto Petrarca? b)Qual a dotação ideal de enfermeiros no Projecto Petrarca?

2.2.4 - Participantes do estudo

Falar em participantes do estudo remete-nos segundo Fortin (1999:201) para “ (...) a população sobre a qual se realizará o estudo” definida como “ (...) uma colecção (...) de sujeitos que partilham características comuns (...)” (Fortin, 1999:202). Na mesma linha de pensamento, Polit e Hungler (1995:34) afirmam que a população é “o conjunto ou totalidade de objectos, sujeitos, ou membros que estão em conformidade com um conjunto de especificações.”

Neste estudo a população corresponde às enfermeiras que trabalham no Projecto Pretrarca, num total de quatro, pois como nos diz Taylor e Bogdan citados por Palmeiro (1996:65) “ não importa o número de casos, o importante é o

¹⁵ Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde de Portalegre

potencial de cada “caso” para ajudar o investigador no desenvolvimento de compreensões teóricas sobre a área em estudo.”

Não definimos neste trabalho critérios de exclusão e, o único critério de inclusão foi o de aceitar participar no estudo.

2.2.5 - Recolha de dados

A colheita de dados é, para Fortin (1999:365) “(...) um processo de observação, de medida e consignação de dados, visando recolher informação (...) junto dos sujeitos que participam numa investigação.” Contudo, e porque podemos seguir diferentes itinerários, antes de levar a cabo a colheita de dados a autora supra citada salienta que “o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tem necessidade para responder aos objectivos da sua investigação.” (Fortin, 1999)

Pelo referido anteriormente depreendemos que o instrumento de colheita de dados é de crucial importância para que o investigador atinja os objectivos que pretende. No entanto, Costa (1999:140) salienta “um processo de estudo de caso não se pode socorrer de uma só técnica, mas de uma pluralidade delas, accionadas alternada ou simultaneamente pelo investigador” pelo que, neste estudo privilegiámos a entrevista como técnica de colheita de dados no formato de semi estruturada mas, recorreremos também á análise documental retrospectiva.

A recolha de dados decorreu no período previsto após pedido de autorização ao Srº Enfermeiro Director (Apêndice II) e consentimento dos participantes (Apêndice III).

2.2.5.1 - Entrevista

Para Fortin (2009:375), a entrevista “é o principal método de colheita de dados nas investigações qualitativas (...) um modo particular de comunicação verbal entre duas pessoas, um investigador que recolhe dados e um respondente que fornece a informação.” Esta técnica tem geralmente três funções: examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno tal como é percebido pelos participantes; servir como principal instrumento de medida e servir de complemento aos outros métodos de colheita de dados.

Sampieri et al (2006:381) referem que, o que se pretende é “ (...) obter respostas sobre o tema, problema ou tópico de interesse nos termos, a linguagem e a perspectiva do entrevistado. (...) O «especialista» é o entrevistado, portanto o

entrevistador deve escutá-lo com atenção. Interessa-nos o conteúdo e a narrativa de cada resposta.”

Fortin (1999) refere que as principais vantagens de utilização desta técnica são: o contacto directo com a experiência individual das pessoas, uma maior possibilidade de obter informações sobre temas de elevada complexidade associados a aspectos emocionais, permite ainda uma taxa de resposta elevada e a obtenção de respostas detalhadas. Polit e Hungler (1995) salientam ainda, que a entrevista permite ao participante descrever o que é importante para ele, sem que lhe seja fornecida a opinião do investigador. Por outro lado, o facto de o entrevistador estar presente permite-lhe averiguar se as perguntas foram compreendidas pelo entrevistado e observar toda a linguagem não verbal envolvida, contribuindo, assim, para que não haja interpretações incorrectas. Quando este se apercebe de que a pergunta não foi compreendida pelo entrevistado, deverá reformulá-la para que não haja desvios do tema que pretende investigar. Para além dessas vantagens, Gil (1989) refere que, a entrevista não exige que o entrevistado saiba ler ou escrever. No entanto, e como nos diz Fortin (1999: 379) a sua utilização também se pode fazer acompanhar de algumas desvantagens como “o tempo requerido para a entrevista (...) e os dados (...) serem difíceis de codificar e de analisar.” A entrevista deve desenrolar-se “num tom espontâneo, indutivo, cuidadoso e com certo ar de “curiosidade” por parte do entrevistador. (...) Também é recomendado descartar questões muito directas, e não questionar de maneira tendenciosa ou induzindo a resposta.” (Sampieri et al 2006:382).

As entrevistas dividem-se em estruturadas, semi-estruturadas ou não-estruturada (abertas). Nas primeiras, o entrevistador realiza o seu trabalho baseando-se num guia de questões específicas e sujeita-se exclusivamente a ele. As entrevistas semi-estruturadas, por sua vez, baseiam-se num guia de assuntos ou questões e o pesquisador tem a liberdade de introduzir mais questões para a precisão de conceitos ou obter maior informação sobre os temas desejados. As entrevistas abertas são fundamentadas num guia geral com assuntos não-específicos e o pesquisador tem toda a flexibilidade para as dirigir (Sampieri et al, 2006).

Existe a possibilidade de utilizar várias ferramentas para recolher a informação numa entrevista, por exemplo através de gravações de áudio ou vídeo, anotações em cadernetas e computadores pessoais ou de bolso, fotografias, entre outras.

Durante a entrevista, ou imediatamente após a sua realização, convém anotar os nossos pontos de vista, comentários, observações, reflexões, conclusões preliminares, hipóteses iniciais, dúvidas e incertezas. Ao finalizar as entrevistas teremos um valioso material que é necessário preparar para a análise qualitativa.

Como já foi referido, o formato da entrevista utilizado foi o de semi-estruturada, que Zjac (2003), citado por Fortin (1999:377), define como “ (...) uma interacção verbal animada de forma flexível pelo investigador. Este deixar-se-á guiar pelo fluxo da entrevista com o objectivo de abordar, de um modo que se assemelha a uma conversa, os temas gerais sobre os quais deseja ouvir o respondente, permitindo assim destacar uma compreensão rica do fenómeno em estudo.” Gil (1989:116) refere que este tipo de entrevista “ (...) apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso.” Esta, é utilizada quando se “ (...) deseja obter informações particulares sobre o tema (...) quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivido pelos participantes” (Fortin, 1999:376). Esta, possibilita aos participantes relatar e explicar as suas expectativas sobre o fenómeno em estudo.

Como ferramenta para recolher a informação das entrevistas, utilizamos a gravação áudio pois permite que o investigador ouça as vezes que considerar necessárias, e é uma forma de assegurar que toda a informação fica registada.

Fortin (1999:248) salienta que antes de uma entrevista semi-estruturada “ (...) é indispensável elaborar um plano no qual o objectivo geral do tema a cobrir está indicado assim como os sub temas, segundo uma ordem lógica” pelo que o guião de uma entrevista é um suporte essencial para que o entrevistador encontre um fio condutor para toda a entrevista. Serve, como o nome indica, de guia para o entrevistador permitindo que este não se disperse com temas que não interessam para a problemática em estudo ou que não perca tempo com temas menos relevantes.

O guião da entrevista (Apêndice IV) foi construído com perguntas abertas, ou seja, as questões foram colocadas de modo a “ (...) deixar o sujeito livre para responder como entender, sem que tenha que escolher respostas pré-determinadas” (Fortin, 1999:247)

O guião foi validado pelo orientador do trabalho e, é constituído por quatro blocos temáticos diferentes:

A – Caracterização dos participantes

Com este bloco temático pretendemos obter dados para caracterizar os participantes do estudo. Este tem um carácter introdutório, permitindo assim que os entrevistados ficassem mais á vontade.

B – Opinião dos participantes acerca do Projecto Pretrarca

Neste bloco solicitamos aos participantes que nos revelassem a sua opinião acerca do Projecto Pretrarca

C – Tipologia e tempo nos cuidados

Neste bloco solicitamos aos participantes que nos falassem de forma espontânea sobre aspectos do dia-a-dia. O principal objectivo era conhecer as actividades desenvolvidas, as mais relevantes em questão de tempo e tempo dispendido em cada um dos actos realizados.

D – Perspectiva dos participantes sobre dotação de pessoal

Com este bloco temático pretendemos conhecer a opinião dos participantes relativamente á adequação ou não dos recursos humanos actuais para prestar cuidados com qualidade.

Antes de iniciarmos a abordagem temática preocupamo-nos com a legitimação da entrevista ou seja, procuramos motivar o entrevistado para a participação no estudo e obter o consentimento legal para a respectiva participação, assegurando a confidencialidade e o anonimato. Isto porque, o consentimento informado salvaguarda ao participante o poder de, livremente, optar por participar ou não na pesquisa e deve fazê-lo apenas e após uma explicação detalhada e em linguagem acessível dos objectivos do estudo, meios a utilizar para obter a informação e os benefícios que podem advir. Polit e Hungler (2004) refere que existe consentimento informado quando a pessoa em causa aceita participar possuindo informação adequada quanto à pesquisa, é capaz de compreender as informações e possui o poder da livre escolha, estando capacitada para voluntariamente consentir ou recusar participar no estudo.

O consentimento para participar na entrevista assim como a autorização para proceder á sua gravação foi obtido de cada um dos participantes imediatamente antes do início da entrevista, momento em que explicamos o objectivo do estudo.

As entrevistas foram realizadas no Gabinete do Pretrarca por ser considerado um local calmo, privado e agradável, tal como sugere Fortin (1999:248) e de acordo com o calendário acordado e disponibilidade dos participantes. Tiveram a

duração máxima de vinte e cinco minutos, sendo objecto de gravação áudio, como foi referido.

Ao longo das entrevistas procuramos criar um clima de confiança no entrevistado e desenvolver empatia com ele. Utilizámos uma linguagem perceptível e mostramos disponibilidade, abertura e proximidade, que se sentissem confortáveis e confiantes na exposição das suas experiências. Evitamos elementos que perturbassem a conversa tais como o toque do telemóvel, o barulho da rua e a interrupção de terceiros. Procuramos ainda que, o entrevistado, por sua vez, estivesse descontraído, que mantivesse um comportamento natural e salvaguardamos a sua privacidade. Tentamos que a conversa decorresse da forma mais natural possível ao mesmo tempo que redireccionámos, com discrição, para a temática abordada pois como referem Polit e Hungler (1995:252) neste tipo de entrevista " (...) a função do entrevistador é encorajar os participantes a falar livremente sobre os tópicos que constam no guião" mas, o investigador deve estar desperto para o eventual surgimento de questões não previstas no plano inicial e, caso isso aconteça, controlar a situação, dirigindo a entrevista para os objectivos da investigação. No entanto, Parreira (2000) refere que essas informações devem ser valorizadas porque podem enquadrar-se no estudo, revelando aspectos previstos.

Constatámos que os participantes mantiveram uma atitude de interesse, o gravador não foi considerado factor inibidor e que as entrevistas decorreram segundo a ordem preconizada no guião.

No final agradecemos a disponibilidade assim como o valioso contributo.

Concluídas as entrevistas, reunimos os dados necessários para efectuar o respectivo tratamento, análise e apresentação dos dados, dando assim continuidade ao estudo.

A cada entrevista foi atribuído um código, consoante a ordem de realização. Posteriormente, fizemos a sua transcrição para suporte informático pois como refere Fortin (1999:379) " a transcrição dos dados é fundamental, de modo a proceder posteriormente á sua análise." Tivemos a preocupação de proceder á transcrição o mais próximo possível da data da entrevista, de modo a descrever os aspectos emocionais visíveis dos participantes e ainda sermos nós, na qualidade de investigador a fazê-lo pois como refere Flores (1994:11) "a recolha e a análise dos dados em investigação qualitativa, devem ser efectuadas pela mesma pessoa" uma vez que " (...) os dados qualitativos são ricos em significado e a sua análise e interpretação necessita apoiar-se num conhecimento do contexto em que foram produzidos e das condições de produção."

Posteriormente procedemos à sua transcrição integral. Cada entrevista foi identificada por um “código”, escolhemos a letra “E” para denominar o termo entrevistas. Esta letra foi seguida de um número para designar as “Entrevistadas” ficando assim designadas de **E1, E2, E3, E4**, para cada uma das entrevistas. No que concerne a apresentação dos excertos das entrevistas recorremos a pontuação suplementar, de modo a aumentar a fidelidade dos dados transcritos:

- ... – Indica pausa no discurso;
- (...) – Indica excerto de discurso que não tem relevância para análise.

2.2.5.2 - Análise documental

A análise documental como o próprio nome indica analisa documentos. Assim analisamos os dados referentes ao período de 01 de Abril de 2010 a 31 de Março de 2011, gentilmente cedidos pela Sr^a Enfermeira Coordenadora do Projecto.

2.2.6 – Procedimentos de previsão de tratamento e análise dos dados

Conseguir responder à problemática em estudo é o grande objectivo de qualquer investigação. Assim, e para que esta fase fosse possível, após a colheita de dados organizamos todo o material recolhido. Posteriormente procedemos à análise e interpretação dos dados.

A análise de dados em investigação qualitativa é para Fortin (1999:306)

“uma fase integrada no processo de investigação, presente de cada vez que o investigador se remete a um período de colheita de dados em que ele deve situar-se em relação ao que já emergiu dos dados e ao que resta para descobrir.”

Segundo Gil (1989:166) a análise “tem como objectivo organizar e sumarizar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação”, enquanto que a interpretação “tem como objectivo a procura do sentido mais amplo das respostas (...)”

Gil (1994) afirma que, é o conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações realizadas a partir dos dados com o objectivo de fazer ressaltar dados relevantes em relação a um problema de investigação.

Não existindo regras sistemáticas, universalmente aceites, para a análise e a apresentação de dados qualitativos Polit e Hungler (1995) referem que é essencial estabelecer uma linha de orientação, com vista à organização de todos os elementos recolhidos.

Segundo Gil (1994) os dados obtidos das diversas fontes chegam ao investigador em estado bruto, necessitando então, de ser processados para facilitar a compreensão, a interpretação e a interferência.

A técnica escolhida para compreender os resultados foi a análise de conteúdo enquanto técnica de investigação qualitativa, definida por Berelson in Bardin (2007:31) como “uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações.” Richardson (1989:172), acrescenta que “a análise do conteúdo deve ser eficaz, rigorosa e precisa. Trata-se de compreender melhor um discurso, de aprofundar as suas características (...) e extrair os momentos mais importantes”.

Através desta técnica foi possível, como refere Vala (1986) desmontarmos um discurso e produzirmos um novo discurso através da atribuição de traços de significação.

Iniciamos então o tratamento dos dados obtidos, através da audição das entrevistas realizadas e sua transcrição integral pois como refere Bardin (2007) a transcrição total das entrevistas constitui o corpus da análise. Uma vez transcritas as entrevistas, as mesmas foram impressas. Posteriormente, iniciamos o processo de análise lendo e relendo as entrevistas já que Guerra (2006:70) sugere “ (...) uma leitura cuidadosa de cada entrevista.” Durante a leitura das mesmas, tivemos presente a temática do estudo e identificámos no interior das mesmas, as partes que nos interessavam. Fizemos ainda, nesta fase, anotações nas margens direita e esquerda de modo a proceder a uma síntese das narrativas e, optamos por sublinhar com cores as entrevistas impressas para uma mais rápida visualização da problemática apresentada. Das frases e afirmações significativas emergiram conceitos e significados, que foram seleccionados, agrupados e codificados, procedendo-se à identificação e classificação das unidades de registo.

O segundo passo, o da exploração do material, é segundo Bardin (2009:121) “uma fase (...) longa e fastidiosa, que consiste essencialmente de operações de codificação.”

Para Holsti citado por Bardin (2007:97) a codificação é “o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exacta das características pertinentes do conteúdo.” Para Fortin (1999:308) “é uma operação de decomposição em unidades de sentido das transcrições «verbatim» ou das notas extensivas”.

Identificámos, em seguida as unidades de registo, de significação ou de sentido e as unidades de conteúdo, às quais atribuímos códigos. Este processo de codificação, permitiu-nos agrupar os dados em subconjuntos, em função das características comuns, pois, como refere Gil (1994:44) “a análise prossegue quando separamos unidades e as agrupamos em função de determinadas afinidades”.

De acordo com Bardin (2007:98) a unidade de registo “é a unidade de significação a codificar e correspondente ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização (...) pode ser de natureza e de dimensões muito variáveis (...) e a mais utilizada é a palavra (...) e o tema” e, a unidade de contexto serve de “unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo.” (Bardin 2007:100,101)

De forma restrita, para a autora supra citada (2007) a unidade de contexto é entendida como o segmento mais longo de conteúdo que o investigador considera quando caracteriza uma unidade de registo, sendo a unidade de registo o segmento mais curto. A unidade de contexto tem a função de assegurar a fidelidade e a validade da análise.

Neste estudo a unidade de registo que utilizamos foi o tema que segundo Berelson referenciado por Bardin, (2007:99) é “uma afirmação acerca de um assunto. Quer dizer, uma frase, ou uma frase composta, habitualmente um resumo ou uma frase condensada, por influência da qual pode ser afectado um vasto conjunto de formulações singulares” e consiste em “descobrir os «núcleos de sentido» que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido.”

Como a maioria dos procedimentos de análise se organiza em redor de um processo de categorização o passo seguinte foi o da categorização, definido por Bardin (2007:111) como “uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” cujo objectivo é “fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados em bruto” (Bardin, 2007:112)

Para a autora supra citada (Bardin, 2007:111) as categorias são “rubricas ou classes, (...) reúnem um conjunto de elementos (unidades de registo (...)) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão das características comuns destes elementos.” Habitualmente são compostas “por um termo chave que indica

a significação central do conceito que se quer apreender, e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.” (Hogenrad (1984) citado por Vala (1986:110)

Aplicámos então, manualmente, o sistema de códigos às entrevistas que realizamos e criamos “siglas” identificativas das categorias e subcategorias que emergiram pois como Grawitz citado por Ferreira e Carmo (1998:225) “ o conteúdo será classificado e eventualmente quantificado.” No entanto, como as categorias não têm carácter estático deparámo-nos com a necessidade de alterar algumas codificações estabelecidas e estabelecer também subcategorias, surgindo a necessidade de atribuição de sub-códigos. Com esta reestruturação constante pretendemos dar continuidade ao processo da forma mais correcta, pois como nos diz Gil (1994:50)“ à medida que o investigador possui um maior conhecimento do material que analisa, as regras de codificação podem alterar-se”.

As categorias foram estabelecidas, com base nos objectivos do estudo e revisão bibliográfica, enquanto que as sub categorias surgiram de um processo *á posteriori* resultante da análise e tratamento dos dados e de acordo com a informação obtida. Assim, num processo “*á priori*”, foram definidas três categorias. Num processo “*á posteriori*” e com base nas unidades de registo obtidas a partir do processo de categorização, foram então estabelecidas três subcategorias para a segunda categoria. E, as principais Categorias e Sub-Categorias que constituem o corpo da análise são:

- Opinião acerca do Projecto Pretrarca (OPP)
- Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca
 - Tipo de intervenções (TIE)
 - Relevância das intervenções (RIE)
 - Tempo por intervenção (TEI)
- Adequação dos recursos humanos no Projecto Pretrarca (ARH)

Para que as categorias pudessem ser apelidadas de “boas categorias”, no decorrer do processo de categorização dos dados, tivemos presente qualidades referenciadas por Bardin (2007:113,114), como: exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objectividade, fidelidade e produtividade. A exclusão mútua é “a condição estipula que cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão”, a homogeneidade “ Em que o principio da exclusão mútua depende da homogeneidade das categorias (...). Num mesmo conjunto categorial só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise”, a pertinência “ o sistema de categorias deve reflectir as intenções da investigação (...)”, a

objectividade e a fidelidade em que “ as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises” e por ultimo a produtividade “ um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados férteis: férteis em índices de inferências, em hipóteses novas e em dados exactos.”

Face ao exposto anteriormente, elaborámos a matriz de codificação Global (Apêndice V).

Posteriormente foram construídas as grades de análise (Apêndice VI) onde constam os excertos das entrevistas que se relacionam com cada uma das categorias e sub categorias.

Como etapa final deste processo foi construída a grelha de análise final dos dados ou matriz de síntese, para cada subcategoria identificada. Esta, como nos diz Miles e Huberman, citado por Gil (1994:91) “ constitue a melhor forma de dispor os dados.”

2.2.7 - Fidelidade e validade de dados qualitativos

A abordagem qualitativa, como refere Fortin (1999:322) “ (...), concentra-se em demonstrar a relação que existe entre os conceitos, as descrições, as explicações e as significações dadas pelos participantes e investigador relativamente ao fenómeno, (...).” O objectivo é apresentar, com rigor, as experiências dos participantes do estudo, o qual é “ (...) demonstrado através da atenção que o investigador dá á confirmação da informação descoberta”. (Streubert e Carpenter, 2002:33). Para tal, os critérios de validade e fidelidade são características essenciais, para verificar até que ponto os procedimentos realizados levam á obtenção de dados credíveis e de que forma, os mesmos, estão em conformidade com aqueles que foram fornecidos pelos participantes do estudo.

Por fidelidade entende-se, a precisão e a constância dos resultados fornecidos pelos instrumentos de medida, enquanto a validade, diz respeito à exactidão com que um conceito é medido. Ou seja, o investigador deve assegurar-se e assegurar aos seus leitores de que mediu o que pretendia medir, ou seja que alcançou os objectivos.

No fundo, a indagação central que surge relativamente a estes conceitos é: as medidas utilizadas produzem dados que reflectem a verdade?

A análise de conteúdo é válida quando a descrição do conteúdo é significativa relativamente ao problema em causa e reproduz a realidade dos

factos. No que diz respeito á fidelidade, existem algumas dificuldades específicas, uma vez que qualquer conteúdo é passível de múltiplas interpretações. Para que tal facto seja minimizado e a fidelidade seja conseguida o estudo deve garantir que vários codificadores/ investigadores cheguem a resultados idênticos e, assegurar que, ao longo do trabalho, um mesmo codificador, usa de igual forma, os critérios de codificação.

No nosso estudo a análise, a codificação e a interpretação dos dados foi realizada apenas por uma investigadora, pelo que, para evitar o enviesamento o processo foi submetido a uma rigorosa supervisão do orientador e o trabalho em equipa uma constante. Utilizamos a fidelidade intra codificador ou seja, ao longo do trabalho, aplicamos de igual forma, os critérios de codificação. Salientamos que com a utilização dos mesmos critérios, foram alcançados os mesmos resultados.

Patton (1990) defende a validação dos dados com recurso aos próprios participantes. No nosso trabalho realizamos a validação das inferências com todos os participantes e verificamos que houve concordância nas mesmas.

Lincoln e Guba (1985) citados por Polit e Hungler (1995:210-212) sugerem quatro critérios fundamentais para assegurar a fidedignidade dos dados qualitativos: credibilidade, transferibilidade, segurança e confirmabilidade. A credibilidade refere-se “ (...) á confiança na verdade dos dados” e envolve dois aspectos: “ (...) executar a investigação de forma a que a credibilidade das descobertas fique realçada, e (...) percorrer os passos necessários para demonstrar a credibilidade.” A transferebilidade refere-se á “ (...) capacidade de generalização dos dados. Isto é, em que medida as descobertas a partir de dados podem ser transferidas a outros locais ou grupos. (...) é de certa forma uma questão (...) de planeamento, e não uma questão relativa á importância dos dados em si”. A segurança dos dados refere-se” á estabilidade desses mesmos dados através do tempo, mediante condições.” A confirmabilidade é definida como “ (...) a objectividade ou neutralidade dos dados, de modo a que haja concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significado dos dados”

De acordo com os critérios anteriormente referidos, no nosso trabalho, toda a documentação foi entregue e revista pelo orientador assim como realizadas auditorias por interrogatório pelo orientador do estudo.

Patton (1990) citado por Polit e Hungler (1995) salienta que uma das formas de tornar o plano de investigação mais sólido/ consistente é através de um

processo de triangulação, ou seja "através da combinação de metodologias no estudo dos mesmos fenómenos ou programas"

Denzin (1989) citado por Polit e Hungler (1995:211) identifica quatro tipos de triangulação:

- **Triangulação dos dados:** Consiste na reunião de dados de diversas fontes de informação, compreendendo três aspectos fundamentais, o tempo, o espaço e as pessoas.
- **Triangulação dos investigadores:** Consiste na participação de dois ou mais investigadores, no estudo do mesmo fenómeno e análise dos dados obtidos.
- **Triangulação das teorias:** Consiste em avaliar as várias hipóteses e teorias existentes, de forma a testá-las.
- **Triangulação dos métodos:** Consiste em utilizar vários métodos de investigação num mesmo estudo.

Destes quatro tipos utilizamos a triangulação de dados por ser a que mais se adequa ao trabalho realizado.

Para validar a entrevista, utilizamos o que Fortin (1999) denomina de Ensaio/Validação. O guião da entrevista foi validado com o orientador do trabalho. Para aperfeiçoar os procedimentos previstos na realização das entrevistas, aplicamos o guião a uma enfermeira, que não sendo participante do estudo, desenvolve a sua actividade num serviço com as mesmas características.

Este ensaio permitiu:

- Validar as orientações do guião relativamente à clareza e precisão, sequência das questões, bem como a sua pertinência face ao objectivo do estudo;
- Desenvolver competências em relação à técnica da entrevista, no que diz respeito ao como e quando colocar novas questões, no sentido de clarificar e validar aspectos da mesma;
- Prever a duração das entrevistas;
- Treinar a utilização do gravador que foi o meio seleccionado para o registo das mesmas.

2.2.8 - Considerações Éticas e a Investigação Qualitativa

Carmo e Ferreira (1998:33) referem que "(...) a realização de qualquer investigação implica por parte dos investigadores o cumprimento de princípios éticos, geralmente aceites pela comunidade de investigadores (...)". A ética é para

Fortin (1999:114) “ (...) o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”.

Face ao referido, somos levados a afirmar que a investigação relacionada com a componente humana levanta questões éticas e morais pouco previsíveis e nem sempre claras pelo que o consentimento dos intervenientes na investigação e a protecção dos participantes contra qualquer espécie de dano assumem primordial importância para que a mesma decorra dentro dos parâmetros legais. O anonimato e a confidencialidade são outra regra básica e um direito dos participantes.

O consentimento informado salvaguarda ao participante o poder de, livremente, optar por participar ou não na pesquisa e deve fazê-lo apenas e após uma explicação detalhada e em linguagem acessível dos objectivos do estudo, meios a utilizar para obter a informação e os benefícios que podem advir. Polit e Hungler (1995) referem que existe consentimento informado quando a pessoa em causa aceita participar possuindo informação adequada quanto à pesquisa, é capaz de compreender as informações e possui o poder da livre escolha, estando capacitada para voluntariamente consentir ou recusar participar no estudo.

No decurso do trabalho, tivemos a preocupação de respeitar os aspectos éticos e morais, de modo a preservar a individualidade humana. Asseguramos também que os procedimentos efectuados, fossem regidos por princípios éticos e deontológicos. Fizemos diligências no sentido de proteger os direitos fundamentais e liberdades dos participantes já que, Fortin (1999:261) refere que “ antes de empreender a sua investigação, o investigador deve solicitar autorização para realizar o estudo num dado estabelecimento.” Assim, solicitamos autorização, por escrito, ao Srº Enfermeiro Director do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, a qual foi obtida. Solicitamos ainda aos participantes, em forma de convite, que fizessem parte do estudo. Posteriormente, informamos as finalidades e objectivos da pesquisa assim como a sua utilidade no futuro. Esclarecemos acerca da decisão de participar ou não participar e, informamos ainda que mesmo que decidisse participar podia, caso entendesse desistir em qualquer momento. Esclarecemos que a informação era confidencial e que apenas o investigador e orientador tinham acesso aos dados. Da mesma forma, pedimos autorização para proceder á gravação das entrevistas, mas antes esclarecemos esta necessidade e asseguramos que as informações obtidas eram utilizadas apenas para o fim a que tinham sido propostas.

O consentimento dos participantes foi obtido mediante documento escrito datado e assinado pelos mesmos antes do início das entrevistas, e nele constavam todas as informações, tal como se pode verificar pelo anexo V.

Mantivemos o anonimato e confidencialidade dos dados. Fornecemos ainda a cada participante o nosso contacto, enquanto investigador, ficando assim aberto um canal de comunicação que podia ser utilizado, se tal fosse desejado.

De forma a manter a autenticidade relativamente aos participantes, transcrevemos na íntegra a informação fornecida.

2.2.9 - Limitações e dificuldades do estudo

Ao longo do trabalho e de forma consciente, deparamo-nos com a presença de algumas dificuldades, relacionados com várias dimensões e características inerentes ao estudo – temáticas e metodológicas; as quais estão, directa e maioritariamente, relacionadas com limitações de ordem pessoal. Salientamos a nossa inexperiência, enquanto investigadora na área qualitativa, particularmente na área das entrevistas, enquanto instrumento de recolha de dados seleccionado. Assim, a elaboração da entrevista e a forma de a conduzir foram algumas das dificuldades que tivemos que ultrapassar.

A análise de conteúdo, enquanto técnica de investigação, nunca utilizada por nós, foi outra das dificuldades com que nos deparamos pois, desde início, tivemos a noção de que era uma técnica trabalhosa, morosa e complexa.

Finalmente, a inexistência de trabalhos de investigação nesta área e a diversidade de literatura associada, obrigou-nos a um maior investimento na selecção o que associado ao factor tempo e realização pós laboral se transformou em mais uma limitação.

3 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Após a colheita de dados, surge o desafio de analisar a variedade e qualidade dos dados obtidos. Este capítulo consiste essencialmente na organização dos dados colhidos, procurando-se agrupá-los e sintetizá-los para que, apresentados estruturadamente possam ser alvo de análise.

3.1 - PROJECTO PRETRARCA: A PRESPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Aqui, são apresentadas as categorias e subcategorias incluídas na Matriz de codificação global construídas com base nos discursos das entrevistadas durante a realização da pesquisa. Tal como nos refere Vala, (1994, p.110), "(...) trata-se da desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso (...)" cuja finalidade pretende "(...) Efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas".

3.1.1 - Caracterização da população em estudo

Para melhor conhecer esta população, consideramos pertinente recolher alguns dados que consideramos relevantes para a caracterizar, nomeadamente: sexo, idade, habilitações profissionais, número de horas de trabalho semanal no projecto, número de horas de trabalho semanal no CHPL.

Quadro IV – Caracterização da população

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO					
Entrevistadas	Género	Idade	Habilitações profissionais	Nº H de trabalho semanal no PP	Nº H de trabalho semanal no CHPL
E1	Feminino	56	Graduada	6 horas	42 horas
E2	Feminino	50	Especialista	31 horas	31 horas
E3	Feminino	35	Graduada com especialidade	19 horas	35 horas
E4	Feminino	44	Graduada	14 horas	29 horas

Pela observação do quadro I verificamos que a população é composta por 4 pessoas (N=4) e todas elas pertencem ao género feminino.

A entrevistada mais nova tem 35 anos e 56 anos é a idade da entrevistada mais velha. Existe ainda um elemento com 44 anos e outro com 50 anos.

Da totalidade das entrevistadas (N=4) 3 (50%) são enfermeiras graduados, 1 (25%) é enfermeira especialista.

Relativamente ao número de horas semanais no Projecto Pretrarca verificamos que estas oscilam entre as 6 e as 31 horas semanais. Existe ainda um elemento que faz 14 horas semanais e outro que faz 19 horas semanais.

No que concerne ao número de horas de trabalho semanal no CHPL estas variam entre as 29 e as 42 horas semanais. Os outros dois elementos um faz 31 horas e o outro faz 35 horas semanais.

Podemos então concluir que, relativamente ao número de horas semanais, apenas um dos elementos trabalha a tempo inteiro no Projecto Pretrarca, ou seja, o que faz 31 horas e todos os outros trabalham a tempo parcial no referido Projecto.

3.1.2 - Opinião acerca do Projecto Pretrarca – OPP

Ao longo dos tempos houve necessidade de rever alguns aspectos acerca das políticas de saúde mental. Os serviços foram-se reorganizando e a reflexão sobre a mudança de paradigma do hospital para a comunidade revela que foram introduzidas mudanças de longo alcance, no sentido da desinstitucionalização e criação de alternativas na comunidade.

Face ao referido anteriormente tivemos interesse em conhecer a opinião da equipa de enfermeiros que trabalha, a tempo inteiro ou parcial, no Projecto Pretrarca, acerca deste mesmo Projecto. Assim, uma das questões da entrevista foi: Qual a sua opinião acerca do Projecto Pretrarca?

Da análise às respostas obtidas constatamos que todos os participantes têm uma resposta favorável e consensual quanto ao Projecto Pretrarca. A E1 refere que "(...) o projecto é útil" e "(...) permite fazer a intervenção junto do utente e da família". Também a E2 refere que "(...) é um bom projecto, é uma mais valia para este serviço". A mesma opinião tem E3 quando diz que "(...) é um projecto muito interessante, muito importante". E4 expressa que "(...) é um projecto bastante pertinente a nível da psiquiatria, bastante necessário".

Sabemos ainda que um dos princípios da abordagem de saúde mental comunitária "dá cada vez maior ênfase á manutenção dos doentes na respectiva comunidade residencial, (...) em vez de os confinar, mais ou menos

permanentemente, em instituições psiquiátricas”. Também a Lei de Saúde Mental diz que “Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível” facto que pode ser evidenciado nas palavras de E2 “(...) as pessoas estão-se a manter em casa (...) a fazer a sua vida o que é uma mais valia para a pessoa (...) porque nós prestamos esse apoio domiciliário”. E3 acrescenta ainda que “(...) a equipa vai junto do doente (...) presta cuidados no domicílio aos doentes (...) o doente é acompanhado muito de perto (...) uma equipa multidisciplinar vai a casa do utente para avaliar as condições do mesmo” e E4 diz que “(...)garantimos que eles se mantenham na comunidade”

A Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007:62) afirma que “os serviços de cada área geo-demográfica devem ser coordenados e integrados, de modo a facilitar a continuidade dos cuidados”. E3 salienta este facto quando afirma que “(...) devia haver também nas outras clínicas do hospital” acrescenta que “(...) o projecto devia continuar” já que “(...) Este projecto é um projecto de futuro” e “(...) se a lei da saúde mental preconiza que o doente permaneça na comunidade penso que é um projecto que tem todo o interesse e (...) toda a viabilidade para continuar”.

A referida Comissão (2007:62) preconiza que a decisão de internamento seja “tomada quando esgotadas todas as alternativas de tratamento na comunidade” e E3 refere que “ (...) se o doente quando tem alta do serviço for referenciado ao Pretrarca e nós começarmos a fazer visitas e começarmos a acompanhar este doente os reinternamentos diminuem e (...) se houver necessidade de reinternar o tempo que estão internados é muito mais curto” acrescenta ainda que “(...) se virmos que realmente á necessidade do doente ser internado são desencadeadas todas as demarches para que o doente seja realmente internado mas com um período de internamento muito mais curto o que nos traz imensa satisfação”. Salienta ainda que “(...) desde que o projecto começou o número de reinternamentos diminuiu (...) mesmo (...) indo daqui com um projecto terapêutico havia muitas vezes abandono e os doentes eram muitas vezes reinternados”, que “(...) evita muitos reinternamentos”. Esta ideia é também partilhada por E2 quando refere que “(...) reduz o numero de re-internamentos e a porta giratória”. E4 refere “(...)garantimos que não estejam sempre a recorrer ao internamento.”

A família é a primeira instituição a quem recorremos quando necessitamos, pelo que é imperativo o seu envolvimento nos cuidados e, vai ao encontro do que Cardoso et al (1997:18) referem “a família é o elo de ligação mais importante para o doente, o seu grande apoio emocional, o agente que mais se envolve no

processo de colaboração com o doente e equipa de saúde. A suas necessidades de permanecer junto do doente para o proteger, apoiar e aliviar a sua ansiedade não pode ser ignorada." Esta ideia é verbalizada por E3 quando diz "(...) é muito vantajoso para o doente e para a família, para a família que consegue ter o seu familiar em casa"

A Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98, de 24 de Julho) prevê que " A prestação de cuidados de saúde mental promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual (...)" e E3 refere que "(...) se o que se pretende para a saúde mental é que os utentes sejam desinstitucionalizados, ou seja (...) que eles permaneçam na comunidade (...) o maior tempo possível, que se evite que (...) os doentes descompensem, ou seja que entrem numa fase aguda da sua doença (...)"

Para Hend (1994) o cuidar envolve prestar atenção. Esta atenção centrada na pessoa que está envolvida no processo de cuidar, sobressai quando E3 expressa "(...) sabe que nós vamos lá (...) eles sabem que nós disponibilizamos tempo para eles não chegamos e não dizemos agora vimos cá fazer isto e pronto, dizemos então como é que se sente, quer conversar, á alguma coisa que o preocupa e depois vamos trabalhar isso."

Beteghelli et al (2005) referem que é imprescindível que o enfermeiro mantenha uma comunicação eficaz com o doente mental, estabelecendo vínculos para um relacionamento baseado na confiança e segurança, assim, o doente mental pode falar de si, dos seus problemas, depositando cada vez mais credibilidade nestes. Este facto é expresso no relato de E4 "(...) muitos utentes que não têm adesão ao tratamento, e que não têm suporte na sua comunidade, na sua família nós acabamos por ser esse suporte e garantimos que eles se mantenham na comunidade (...) que não estejam sempre a recorrer ao internamento."

3.1.3 - Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca

Esta categoria está sub dividida em três subcategorias: tipo de intervenções, relevância das intervenções e tempo por intervenção, que passamos a apresentar.

3.1.3.1- Tipo de intervenções – TIE

Segundo McCloskey e Bulechek (1996) in Machado (2001:70) Intervenção de Enfermagem é "Qualquer tratamento baseado no conhecimento e juízo clínico que uma enfermeira executa para alcançar resultados no doente/cliente".

As intervenções realizadas pelos enfermeiros são variadas, mas todas elas "(...) têm como objectivo ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde (...)". (Decreto –Lei nº161/96 de 4 de Setembro. Artº 4º, nº1)

A visita domiciliária é um instrumento importante que aproxima a equipe de saúde mental da família e comunidade e uma das intervenções referidas por E1 são as "(...) visitas domiciliárias" que Garcia (1997:27) define como "(...) um conjunto de actividades que resultam de uma planificação prévia, desenvolvida pelos profissionais que integram a equipa multidisciplinar de cuidados de saúde e tem como objectivo proporcionar cuidados de saúde, incluindo a promoção, protecção, tratamento e reabilitação com a responsabilização do utente e da sua família, em colaboração com os profissionais de saúde, no domicílio dos utente (...)".

Pela análise dos discursos surgem-nos intervenções educativas e assistenciais, vertentes que Kawamoto et al (1995:35) salientam quando se referem á visita domiciliária. A vertente assistencial é verbalizada por todas as entrevistadas quando se referem E1 á "(...) administração de terapêutica injectável, os depôts (...) preparação de terapêutica per'os" E2 ao "(...) treino de gestão terapêutica que engloba (...) a terapêutica injectável, ou seja os depôts (...) a terapêutica per'os (...) organização e supervisão da caixinha da medicação", E3 á "(...) terapêutica injectável de longa duração (...)fazem um depôt (...) supervisão da toma da medicação oral (...) caixinha da medicação, (...) supervisão e avaliação da gestão da medicação (...) treino da gestão da medicação" e E4 "(...) desde a simples supervisão da preparação de uma caixa da medicação semanal (...) até á organização da casa e (...) preparação de caixas da medicação"

A vertente educativa é visível nos relato de E2 e E3 quando se referem aos "(...) Ensinos acerca da medicação". Segundo Murta (2007: 316) o enfermeiro é essencial na educação em saúde, e essencial à saúde do doente. O ensino em cuidados de enfermagem segundo Phaneuf, (2005: 274) "assenta numa finalidade bem clara, que é de ajudar as pessoas a adquirir as ferramentas que lhes permitam tomar a responsabilidade do seu próprio bem-estar. O conhecimento é libertador; deve libertar o doente da sua dependência e permitir-lhe a sua evolução em direcção à autonomia, auto-cuidado e responsável pela tomada de decisões".

Todas as entrevistadas verbalizaram cuidados directos que Gillies in Machado (2001:21) referem ser a "prestação de cuidados ao próprio doente, mais especificamente quando o desempenho é dirigido às necessidades (...)

psicológicas do doente.” Apenas a E2 verbalizou “(...) articulação com outras entidades, como juntas de freguesia, PSP (...) articulação com outros técnicos”, ou seja actividades indirectas que Gillies (1994), Wolfe & Young (1965) in Machado (2001:21) refere serem “actividades desenvolvidas para o doente, mas que não requerem a sua presença.” Acerca destas, DINIZ, (2005:20) afirma que “O conceito de Parceria tem vindo a ser utilizado em várias áreas do conhecimento e de intervenção (...) já que cada vez é mais comum (e benéfico) a inter-relação (...).”

McFarlane et al., (2003), demonstraram que a utilização suplementar de intervenções familiares pode reduzir cerca de quatro vezes as taxas de recaída a um ano e entre 20 e 50% as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos, em comparação com o tratamento individual clássico não complementado com as mesmas. E1 refere “(...) intervenção familiar” como um dos tipos de intervenção.

A importância dos registos de enfermagem é actualmente reconhecida. Têm como finalidade descrever a situação de um utente e quais os cuidados que de enfermagem que lhe foram prestados. Pimenta e Vale, citado por Rodrigues (2005:6) referem que “estes devem ocupar um lugar de destaque, sendo insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde ele exerce a sua actividade.” Nesta mesma linha de pensamento, George (2000:72) diz que o registo “representa a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos...” no entanto apenas E3 verbaliza os “(...) registos” como intervenção.

O processo de enfermagem constitui uma forma eficiente de organização mental, facilita o planeamento, a execução e a avaliação das acções desenvolvidas. Estas etapas foram verbalizadas por E3 quando refere “(...) Fazemos o diagnóstico do doente, definimos as intervenções e (...) e depois fazemos a avaliação (...) avalia o estado em que ele está, se o doente está a ficar mais descompensado, se fez um abandono de terapêutica, o que é que está a acontecer com o utente”. HORTA (1979) diz que “O processo de enfermagem é a dinâmica das acções sistematizadas e inter-relacionadas, visando a assistência ao ser humano.” Woolley (1999:46) refere que a metodologia do Processo de Enfermagem tem por base a técnica de resolução de problemas, sendo que “o pensamento crítico deve acompanhar cada fase do processo, começando pela capacidade de identificar os problemas de saúde (...)”

Lieberman (1993:132) refere que o treino de aptidões sociais reduz o índice de recaídas. Isabel Fazenda (2006) citada por Silva e Guedes (2008) refere que a

reabilitação psicossocial intervém em diversas áreas entre as quais o treino de competências pessoais e sociais, intervenções que foram também verbalizadas pelas entrevistadas. E1 refere o "(...) treino de actividades de vida e gestão do dinheiro" E2 fala em "treino de competências sociais que engloba as actividades de vida diária" E3 diz que "(...) é trabalhado o autocuidado, (...) treino das avd's."

Um estudo realizado por Nicolino et al (s/d:708) revelou que "64,3% dos pacientes não aderem ao medicamento." Tal resultado é similar à de outros estudos científicos, pois a não adesão no tratamento ocorre em torno de 50% a 60% associado a variáveis sócio demográficas, psicopatologias e interactivas. Sabemos ainda que as taxas de abandono de terapêutica em psiquiatria são mais altas que em outras especialidades médicas e que o controle e tratamento dos transtornos mentais são fundamentais, como é revelado pelo Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. Esta vertente é verbalizada pela E3 quando se refere à "(...) adesão à terapêutica".

As intervenções à pessoa com doença mental, ocorrem de acordo com as situações e particularidades de cada paciente (Murta, 2007:317) como exemplifica o relato da E4 "(...) É variável, depende (...) as situações são muito disparas é de acordo às necessidades dos utentes (...) é muito variável é um bocado difícil (...) é um leque muito variado."

" (...) A consulta de enfermagem" foi a intervenção mais referida entre as entrevistadas já que foi verbalizada por E2, E3 e E4 o que nos apraz dizer que é uma actividade que está a ser cada vez mais valorizada pois, é a partir dela, que se delineia o processo de enfermagem o qual segundo George (2000) in Bateghelli et al (2005) se utilizado de forma adequada na abordagem do doente mental direcciona para os cuidados a prestar, revelando-se na essência da prática de enfermagem, como instrumento e metodologia para ajudar o enfermeiro na tomada de decisão. Proporciona ainda avaliar as intervenções e reformulá-las para reverter um quadro de desequilíbrio psicoemocional.

3.1.3.2 - Relevância das intervenções – RIE

Quanto à relevância das intervenções a opinião é variável, como se pode verificar pelo relato dos registos das entrevistadas.

De acordo com Jorge et al (2006) as diversas maneiras de pensar e agir em função do tratamento dos doentes mentais seja com práticas individuais ou interdisciplinares, para que seja efectiva, deve incluir a família o que é verbalizado por E1 " (...) sem dúvida, a intervenção familiar e a intervenção individual"

E2 salienta que “Os mais relevantes (...) a gestão do regime terapêutico, da medicação com a pessoa” pois sabe-se que “A não-adesão ao tratamento está associada a má prognóstico, maior probabilidade de recaídas, de reinternamentos e aumento no consumo de recursos no sector da saúde”.

Já a E3 e a E4 consideram mais relevante a consulta de enfermagem. E3 diz que “(...) a que ocupa maior tempo é (...)a consulta de enfermagem, onde é feita esta avaliação do utente”. E4 (...)acho que é mesmo na consulta é onde nós estamos ali (...) a validar com o utente, a estimulá-lo a que adopte comportamentos e (...) isso demora muito mais tempo, é muito difícil fazê-lo entender a importância, a necessidade (...) portanto aí a demora (...) é muito mais difícil (...) é onde nós demoramos mais tempo.”

Do discurso destas duas entrevistadas podemos depreender que estão a valorizar a intervenção autónoma de enfermagem, consulta de enfermagem descrita por Jesus (2006) citado pelo Ministério da Saúde (1999) como “(...) uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem.”

3.1.3.3 - Tempo por intervenção – TEI

Tempo por intervenção – É o tempo gasto pelos enfermeiros para realizarem um contacto com um utente no domicílio.

No quadro seguinte apresentamos os dados referentes ao tempo por intervenção, que foram verbalizados pelas entrevistadas.

Quadro V – Tempo por intervenção de enfermagem.

Intervenção Tempo	VD	C E	Administração de terapêutica Injectável	Supervisão da caixa da medicação	Treino de Avd's
20 a 30 minutos	E1,E4		E3		
30 a 40 minutos		E2, E3		E3	E3
Até 60 minutos	E2				

Como se pode verificar todas as entrevistadas referiram um tempo médio. Enquanto que E1 e E4 referiram "(...) 20 a 30 minutos" para uma visita domiciliária, E2 refere "(...)60 minutos." E2 referiu ainda "(...) 30 a 40 minutos" para a consulta de enfermagem tal como E3. Podemos ainda verificar que E3 foi a única que referiu um tempo médio para cada um dos tipos de intervenção.

De acordo com o quadro o "tempo" parece ser uma variável facilmente operacionalizável. Contudo, pelos relatos, verificamos que são vários os aspectos que aumentam a sua complexidade e também a sua variabilidade. Todas as entrevistadas salientaram o facto de cada pessoa ser diferente da outra daí também os tempos serem variáveis. E1 refere que "(...) varia de pessoa para pessoa". A mesma opinião tem E2 quando diz que "(...) varia de pessoa para pessoa, cada caso é um caso". E3 refere que "(...) todos estes cuidados requerem algum tempo (...) cada utente requer o seu tempo (...) no início da relação terapêutica necessitamos de mais tempo, para que o utente nos comece a conhecer e crie connosco a tal relação terapêutica (...) vamos gerindo o tempo também de acordo com as necessidades de cada pessoa". E4 refere que "(...) eu giro o tempo de acordo com aquilo que eu estou a ver se eu estou a ver que a pessoa está a responder, se está a ser rentável para a pessoa ou não (...) é também de acordo com o número de visitas (...) essa situação é variável, muito difícil, é difícil porque eu pessoalmente não tenho essa preocupação (...) não tenho por hábito olhar para o relógio e estar preocupada com isso (...) não é uma coisa que me preocupe propriamente (...) depende dos actos."

E3 referiu o trânsito e o estacionamento como constrangimentos que deviam ser tidos em consideração como se verifica nos seus relatos "(...) não podemos contabilizar só o tempo que estamos com o utente para desempenhar todos estes cuidados temos que contar também com o tempo que é gasto nas deslocações (...) e toda a logística que isso envolve, o facto de trabalharmos na cidade de Lisboa, em que o estacionamento é caótico, em que se perde o tempo para estacionar a viatura porque (...) a viatura não pode ficar mal estacionada porque a existência de uma multa ou o carro ser rebocado acarreta custos para os técnicos do projecto."

A E4 salientou ainda "(...) normalmente estamos a fazer uma coisa e associamos a essa uma outra, portanto as coisas fundem-se, entrelaçam-se (...) nós estamos a fazer um acto e associamos um outro portanto não é um tempo só de um acto, é comum a dois actos". A associação de actos vai ao encontro do que é referido por Herderson (1994) todas as necessidades se encontram

interrelacionadas, sendo a satisfação de cada uma destas necessidades diferente de pessoa para pessoa variando com os factores psicológicos, sociais e culturais.

3.1.4 - Adequação dos recursos humanos no Projecto Pretrarca – ARH

O investimento na área dos recursos humanos é decisivo para o êxito da reforma dos cuidados de saúde mental. Neste domínio, no relatório da Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007:126) podemos ler que “a análise da situação actual (...) mostra que, no conjunto dos serviços públicos de saúde mental, os recursos humanos são escassos, sobretudo em alguns grupos profissionais, encontram-se mal distribuídos (...)” O que pode ser ilustrado pelo relato de E4 “(...) isso é uma pergunta difícil (...) isso é um bocado confuso eu não me parece que sejam os adequados por um lado, por outro lado uma pergunta um bocado complicada de responder (...) Para umas categorias á excessos e noutras não.”

A totalidade das entrevistadas é da opinião que os recursos humanos são desadequados. E2 refere que “(...) não são adequados”. A mesma ideia é revelada por E3 “(...) Os recurso em termos do Pretrarca penso que são limitados. (...) Este projecto devia ser dotado de mais enfermeiros”.

E1 e E4 consideram também que os recursos são desadequados mas têm ideias contraditórias. Enquanto que E1 diz que “(...) deveriam ser menos enfermeiros a trabalhar no projecto”, E4 considera o inverso “(...) Os enfermeiros são poucos”.

Gillies (1994), citando Meyer, in Macaia (2006:61) refere que “o excesso de trabalho prejudica a realização dos procedimentos de enfermagem.” Esta ideia pode ser verificada nos excertos de E3 quando salienta ainda que “(...) se houvesse mais recursos podíamos trabalhar outras áreas (...) por exemplo aplicação de escalas em determinados aspectos que nós muitas vezes não utilizamos porque é impossível dado o numero de utentes que temos”. A mesma opinião tem E2 que “(...) dava-nos mais tempo para (...) trabalhar a família (...) fazer mais treinos de competências sociais que neste momento devido ao horário que temos não nos é possível fazer”.

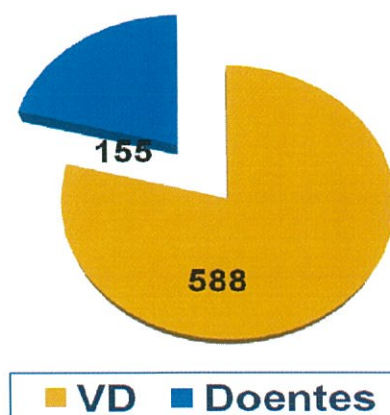
Contudo todas as entrevistadas salientam a importância de enfermeiros a tempo inteiro como se pode verificar. E1 diz “(...) deveria funcionar com dois enfermeiros a tempo inteiro” assim como E2 “(...) precisávamos de ter enfermeiros a tempo inteiro”. Também E3 diz que “(...) devia ter um acréscimo ainda maior de enfermeiros para que assim se pudessem prestar cuidados ainda com mais qualidade”. A mesma opinião tem E4 “(...) deviam ser a tempo inteiro”.

E1 acrescenta ainda que “(...) isto facilitaria e em muito o funcionamento, portanto não só á relação que se estabelece com os utentes e familiares e também (...) haveria uma maior facilidade de comunicação entre médicos e enfermeiros”

3.2 - DADOS RETROSPECTIVOS DO PROJECTO PRETRARCA

Neste sub capítulo apresentamos os dados referentes ao período de 01 de Abril de 2010, data de início do Projecto Pretrarca, a 31 de Março de 2011. Salientamos que estes dados foram-nos cedidos pela enfermeira coordenadora do Projecto e é com conhecimento da mesma que são aqui apresentados. Não existem registos do tempo dispendido, em média para cada uma das actividades, nem as patologias dos doentes atendidos.

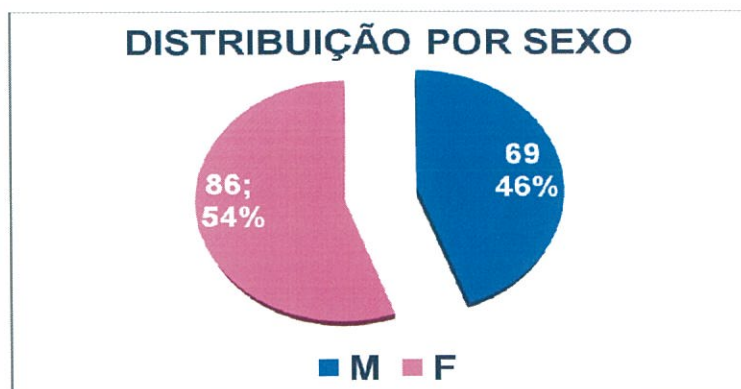
Gráfico I – Doentes atendidos no Projecto Pretrarca / Visitas domiciliárias realizadas



Fonte: Gonçalves, Albertina (2011)

Pelo gráfico anterior podemos verificar que o Projecto atendeu 155 doentes e foram realizadas 588 visitas domiciliárias.

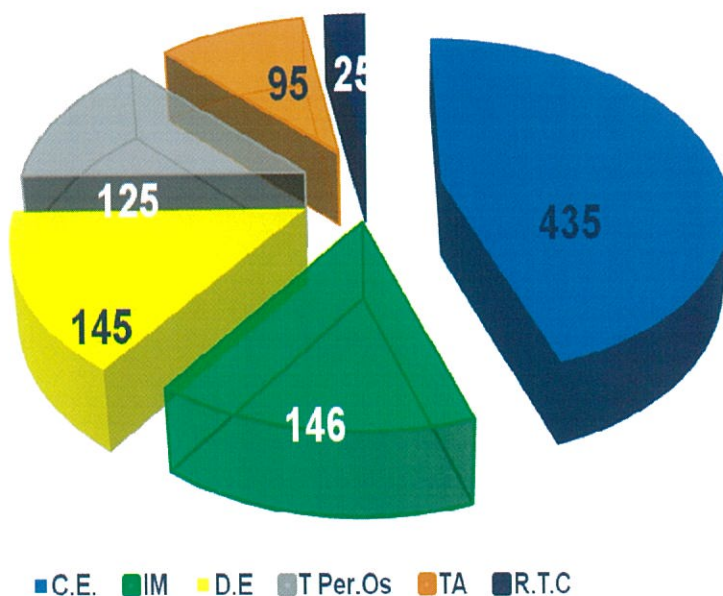
Gráfico II – Distribuição dos doentes atendidos no Projecto Pretrarca segundo o sexo



Fonte: Gonçalves, Albertina (2011)

Pela observação do gráfico II verificamos que, dos 155 utentes atendidos no Projecto 86 pessoas eram do sexo feminino, o que corresponde a 54% e 69 eram do sexo masculino o que corresponde a 46%.

Gráfico III – Distribuição das visitas domiciliárias segundo a tipologia dos cuidados de enfermagem



Fonte: Gonçalves, Albertina (2011)

Da observação do gráfico III podemos dizer que foram realizadas 971 intervenções. A tipologia dos cuidados, inseridos na visita domiciliária, realizados com maior frequência foram, por ordem decrescente, consultas de enfermagem (435), administração de terapêutica intramuscular (146), diagnósticos de enfermagem (145) gestão de terapêutica per'os (125), avaliação de tensão arterial (95), reuniões com técnicos da comunidade (25).

3.3 – CÁLCULO DE ENFERMEIROS PARA O PROJECTO PRETRARCA

Neste sub capítulo apresentamos os cálculos efectuados baseados em fórmulas matemáticas. Tal como refere, Temes et al (1990:92) in Machado (2001:38) “uma adequação de pessoal numa unidade será aquela que sai como resultado do estudo de pesquisa de cuidados.”

Assim, de acordo com os dados anteriores considerámos os seguintes cálculos auxiliares:

AT – 588 atendimentos realizados

HCN – Horas de cuidados necessários que corresponde a:

Consulta Enfermagem	$435 \times 0,5h = 217,5$
Terapêutica Intramuscular	$146 \times 0,25h = 36,5$
Diagnósticos de enfermagem	$145 \times 0,5h = 72,5$
Tensão arterial	$95 \times 0,5h = 47,5$
Reuniões com técnicos da comunidade	$25 \times 1h = 25$
Terapêutica per os	$125 \times 0,5 = 62,5$

HCN total = 461,5 h

AC = 155 clientes

T – 1400 h/ano

Aplicando a fórmula:

$$\frac{AT \times HCN/AC}{T}$$

$$EN = 588 \times [461,5/155] / 1400 = 1,25 \text{ enfermeiros necessários}$$

Conclui-se que são necessárias 43,75 h de trabalho semanal, para atender o volume de trabalho realizado no período em estudo.

Esta dotação não contempla actividades que os enfermeiros habitualmente realizam junto dos clientes e famílias, mas que não registam estatisticamente, tais como, a elaboração de registo de evolução clínica, gestão de stocks de medicamentos e materiais, contactos telefónicos diversos, pedidos de receitas, treinos de actividades de vida e intervenções familiares. Estas actividades foram explicitadas nas entrevistas que realizámos aos 4 enfermeiros que trabalham a tempo inteiro e parcial no Projecto Pretrarca.

Seguidamente apresentamos uma estimativa de horas de cuidados necessários para suprir as actividades que não estão contempladas, mas que são realizadas pelos enfermeiros, de acordo com o seu discurso. Tomamos como base a os tempos mínimos preconizados para as Unidades de Cuidados na Comunidade.

Não foi possível estimar os tempos gastos nas sessões de educação para a saúde que os enfermeiros afirmam realizar associadamente à administração de terapêutica.

HCN – Horas de cuidados necessários que corresponde a:

Elaboração de registos	$588 \times 0,25h = 147$
Gestão de stocks	$146 \times 0,25h = 36,5$
Contactos telefónicos	$155 \times 0,25h = 38,75$
Gestão de documentação	$155 \times 0,25h = 38,75$
Treino de actividades de vida diária	$155 \times 0,25h = 38,75$
Intervenção familiar	$155 \times 0,25h = 38,75$

HCN total = 388,5 h

EN = $588 \times [388,5/155] / 1400 = 1,05$ enfermeiros necessários

Segundo as nossas estimativas, são necessários mais 35h de trabalho semanal, para atender ao trabalho que efectivamente é realizado, conforme é referido pelos enfermeiros nas entrevistas.

Concluimos assim, que face às intervenções de enfermagem realizadas pela equipa no período de 01 de Abril de 2010 a 31 de Março de 2011, a dotação recomendada será de **78,75 h** semanais o que corresponde à realidade actualmente em vigor de 70 h/ atribuídas. Contudo, esta dotação não permite aumentar o número de intervenções nem o número de clientes atendidos.

4 - PRINCIPAIS CONCLUSÕES E SUGESTÕES

Com a realização deste trabalho, que teve como finalidade constituir um elemento de avaliação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, esperamos ter conseguido transmitir ao leitor o percurso realizado.

Passamos a apresentar uma reflexão assim como propostas para trabalhos posteriores.

Constatamos que o cálculo de pessoal é um processo complexo condicionado por múltiplos factores. Deparamo-nos com a escassez de estudos em saúde mental e psiquiatria, nomeadamente no trabalho comunitário, acerca de dotação de pessoal, o que se revelou uma dificuldade acrescida.

No Projecto Pretrarca, onde decorreu o nosso estágio, a prestação de cuidados de enfermagem é realizada no domicílio do cliente, através de visita domiciliária. Relativamente à opinião acerca do Projecto esta é unânime e favorável. A tipologia dos cuidados prestados podem agrupar-se, essencialmente, em dois tipos: consultas de enfermagem e gestão de terapêutica, sendo a primeira considerada a mais relevante em termos de gasto de tempo. Quanto ao tempo médio dispendido, verificamos que são vários os aspectos referidos para a sua variabilidade. Contudo, apresentaram um tempo médio relativamente a cada intervenção mas salientaram o facto de num único instante temporal poderem ser realizadas várias intervenções.

Relativamente á adequação dos recursos humanos a opinião também é unânime: são escassos, mas deviam trabalhar a tempo inteiro no Projecto.

Pela aplicação da fórmula matemática são necessárias 43,75 h de trabalho semanal, para atender o volume de trabalho realizado no período em estudo, de acordo com os dados quantitativos facultados. Mas, porque esta dotação não contempla actividades verbalizadas pelos enfermeiros nas entrevistas realizadas, por estimativa, a dotação recomendada será de 78,75 h semanais o que corresponde à realidade actualmente em vigor de 70 h/ atribuídas. Contudo, esta dotação não permite aumentar o número de intervenções nem o número de clientes atendidos.

Sugerimos a realização de um trabalho adicional para contabilizar as horas necessárias do trabalho realizado não registado, bem como, a análise custo benefício destas intervenções.

5 - BIBLIOGRAFIA

Afonso, Paulo Lourenço (2010). *Liderança elementos chave do processo*. Escolar Editora, Lisboa. ISBN 978-972-592-290-3.

Aguiar, Ana Beatriz et al (2005). *Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico publicado na revista electrónica de enfermagem*, vol 7, nº3, pag 318-326, disponível em <http://www.fen.ufg.br>

Amaro, Fausto (2006). *Introdução à Sociologia da Família*. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. 2006. 167p. ISBN: 972-8726-85-6.

Bardin, Laurence – *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70 Lda 2007 ISBN: 978-972-44-1506-2

Bilhim, João Abreu (2004). *Gestão estratégica de Recursos humanos* - Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, S/ISBN

Caetano, António; Vala, JORGE (2007). *Gestão de recursos humanos contextos, processos e técnicas*. Ed.Lisboa, 3ª Edição. ISBN: 978-972-8871-15-4.

Campos, J. (2010). *Fecho de hospitais pode ter consequências "trágicas"*. *Jornal de Notícias*, 2005, Recuperado em 2010, Junho 12 de <http://jn.sapo.pt/>.

Câmara, Pedro et al (2007). *Novo humanator, recursos humanos e sucesso empresarial*. Edições Dom, Quixote, Lisboa. ISBN 978-972-20-3524-8.

- Carapeto, Carlos; Fonseca, Fátima (2006). *Administração Pública – Modernização, qualidade e Inovação*. Edições Silabo, Lda, 2ª edição, Lisboa, ISBN 972-618-423-1
- Chiavenato, Idalberto (2004). *Recursos Humanos – o capital humano das organizações*, 8ªed., 2004, São Paulo: Editora Atlas, S/ ISBN
- Chiavenato, Idalberto (2005). *Comportamento Organizacional – a dinâmica do sucesso das organizações*, 2ª ed., Rio de Janeiro: Editora Campus, S/ISBN
- Cecílio, Luiz (2000). Trabalhando a missão de um hospital como facilitador da mudança organizacional: limites e possibilidades, in Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro,16(4): 973-983, Out./Dez.
- Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2006). *Plano de Acção 2007-2016 de Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços em Saúde Mental em Portugal*. Despacho do Ministro da Saúde publicado no D.R.II série, nº 101, de 25 de Maio de 2006.
- Ferreira, Manuela Malheiro; CARMO, Hermano (1998) *Metodologia da Investigação: Guia para Auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta, ISBN 972-674-231-5
- Flores, Gil Javier (1994). *Análisis de datos cualitativos : aplicaciones a la investigación educativa*. Barcelona: PPU. ISBN 84-477-0326-6
- Firmino, Manuel Brazinha (2010). *Gestão das organizações conceitos e tendências actuais*. Escolar Editora, Lisboa. ISBN 978-972-592-287-3.
- Fortin, Marie Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da concepção á realização*. Loures, Lusociência. ISBN 972-8383-10-X

Frederico, Manuela; Leitão, Maria dos Anjos (1999). *Princípios de Administração para enfermeiros*. Formasau – Formação e Saúde, Lda, 1ª edição, Coimbra, ISBN 972-8485-09-3

Gil, A. Carlos (1991). *Como e laborar projectos de pesquisa*. 3ª edição, S. Paulo, Editora Atlas, AS.

Greco, R M (2004). *Ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde*, Brasília (DF), Revista brasileira de enfermagem, vol 57, nº4, pag 472-474.

Kurcgant, Paulina et al (1991). *Administração em enfermagem*. S. Paulo Editora Pedagógica e Universitária Lda., ISBN 85-12-12470-9

Lulio, Fabiana – Dissertação de mestrado (2009). *O uso de sistemas informatizados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem: uma revisão integrativa da literatura*, Brasil, disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/.../FabianaRangelMarquesLulio.pdf

Macaia, Damas (2005). Dissertação para obtenção do grau de mestre em gestão pública – *Sistema de classificação de doentes em enfermagem: contributos na gestão dos enfermeiros nos hospitais da rede do sistema nacional de saúde*. O caso huc, disponível em repositorio.uac.pt/...3/.../DissertMestradoDamasMacaia2006.pdf

Machado, Paulo (2001). Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – *Gestão de recursos de enfermagem nos cuidados de saúde primários, contributo para um discurso mais rigoroso*, Porto, 2001 disponível em repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/.../4142_TM_01_C.pdf
e

- Martins, Paula et al (2008). Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em enfermagem – *Sistema de classificação de pacientes na enfermagem psiquiátrica: validação clínica*, Brasil, disponível em www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a03.pdf e, www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde.../Paula_Shinzato.pdf
- Moraes, Irany Novah (1990). *Elaboração da pesquisa científica*. 3.^a ed. ampliada. São Paulo: Livraria Atheneu Editora.
- Ohara, Renato (2009). Dissertação de mestrado – *Caracterização do perfil assistencial dos pacientes adultos de um pronto socorro*, Brasil – Ribeirão Preto, 2009 disponível em www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde.../RenatoOhara.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial da saúde 2001. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. 1.^a edição. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Relatório da Primavera 2010 – *Desafios em tempos de crise*. Disponível em [RelatorioPrimavera2010_OPSS.pdf](#)
- Polit, Denise F. & Hungler, Bernadette P. (1995). – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*, 3.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Lda., S/ISBN
- Portugal, Ministério da Saúde/Ordem dos enfermeiros (2011). *Guia de recomendações para o cálculo da dotação de enfermeiros no serviço nacional de saúde, indicadores e valores de referência*, Proposta do grupo de trabalho, Lisboa, disponível em www.ordemenfermeiros.pt
- Pedro, Maria José; Olivier; Maria de Fátima – *Gestão de Pessoas Aplicada à Área da Saúde*. Editora Napoleão. 2008. ISBN: 9788560842025.

Perroca MG - Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA: validação clínica [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2000.

Portugal, Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008

Quivy, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc van (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva, ISBN: 972-662-275-1

Richardson, Robert et al (1989) *Pesquisa Social – Métodos e Técnicas*. São Paulo.

Rodrigues, Luís et al, – Compreender os recursos humanos do serviço nacional de saúde. Edições Colibri, Apifarma, Lisboa, 2002, ISBN 972-772-314-4

Teixeira, Sebastião – Gestão das organizações. 2ª ed. Lisboa: McGraw-Hill, 1998. ISBN 844-814-617-4.

Vala, Jorge et al (1994). *Psicologia social das organizações: estudos em empresas portuguesas*. Oeiras: Celta Editora, ISBN: 972-8027-19-2

Vala, J. – A Análise de Conteúdo. In: SILVA, A.; PINTO, J. (1999). *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 1986. Ciências Sociais, Lisboa: Ed. Afrontamento.

Diplomas legais

- Decreto-lei N.º 35/99, de 5 de Fevereiro
- Decreto-lei N.º 161/96 de 4 Setembro
- Decreto-lei N.º 437/91 de
- Lei N.º 36/98, de 24 de Julho

- Lei Nº 93/98 de 21 de Abril
- Portaria Nº 1373/07 de 19 de Outubro

Web Sites:

- <http://www.hjmatos.min-saude.pt>
- http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_3/original_09.htm
- www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/D...
- [www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10](http://www.repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10...)
- www.fasb.edu.br/revista/index.php/con

APÊNDICES

APÊNDICE I

Caracterização do local - Projecto Pretrarca da Clínica Lisboa Cidade do CHPL

Caracterização do local

O Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, nasceu a 19 de Outubro de 2007 com a Portaria nº 1373/2007. É parte integrante do Serviço Nacional de Saúde, enquadrado no sector público administrativo, mas dotado de autonomia administrativa e financeira, de património próprio, e integra o Hospital Júlio de Matos e o Hospital Miguel Bombarda, regendo-se pelo Decreto-Lei n.º 188/2003 de 20 de Agosto¹⁶ e pelas normas em vigor para o Serviço Nacional de Saúde.

A sede é na Avenida do Brasil, nº 53, freguesia de S. João de Brito, no Parque de Saúde de Lisboa, num espaço onde aproximadamente 40% das estruturas edificadas se encontram ocupadas por outras entidades do Ministério da Saúde ou com ele relacionadas.

O Hospital Júlio de Matos foi aberto ao público em 2 de Abril de 1942, mas suas origens remontam a 1912, ano que se iniciou o estudo para a construção do "Novo Manicómio de Lisboa" cujo objectivo era ser uma opção ao antigo Hospital Miguel Bombarda, onde presentemente apenas funciona o Hospital de Dia. Todavia, nos anos 50 e 60 o Hospital Júlio de Matos foi considerado um modelo de instituição psiquiátrica quer em Portugal quer na Europa, pioneiro na investigação científica nas áreas da psicocirurgia e psicofarmacologia (foi nesta instituição que Egas Moniz realizou a sua investigação em psicocirurgia que lhe valeu um prémio Nobel em Medicina no ano de 1949). Actualmente, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa atende mais de 15 mil clientes por ano com cerca de 40 mil consultas, 1 700 internamentos e mais de 7 mil urgências servindo uma população de mais de um milhão de habitantes. Dispõe de vários serviços, alguns dos quais integrados na comunidade: consultas de várias especialidades (psiquiatria, psicologia, neurologia, medicina interna, endocrinologia, sexologia, etc.); área de reabilitação psicossocial, com residências de transição; meios complementares de diagnóstico; grupo de teatro terapêutico e equipas comunitárias multidisciplinares. O atendimento psiquiátrico de urgência é realizado no Hospital de Santa Maria com recursos humanos pertencentes ao Centro Hospitalar. Desenvolve ainda actividades complementares como as de ensino pós-graduado, investigação e formação. Dispõe de várias comissões de apoio à gestão como Comissão de Ética, Comissão de Humanização e Qualidade dos Serviços, Comissão Científica e Pedagógica, Comissão de Controlo de Infecção

¹⁶ Aprovou o regime jurídico da gestão hospitalar, determina que a estrutura orgânica das instituições hospitalares públicas, nomeadamente a composição, as competências e o funcionamento dos órgãos de administração, apoio técnico, fiscalização e de consulta, bem como os modelos de financiamento e de avaliação da actividade realizada, devem constar de um regulamento a aprovar por diploma próprio do Governo.

hospitalar, Comissão de Farmácia Hospitalar e Comissão de Segurança, higiene e Saúde no trabalho

As aplicações informáticas em uso no Centro Hospitalar que envolvem o acesso a cuidados e fornecidas pelo Ministério da Saúde/Administração Central do Sistema de Saúde, I.P. (ou pelo antigo IGIF) são: SONHO – sistema de informação dos hospitais; SAM – Sistema de Apoio ao Médico; SAPE – Sistema de Apoio à prática de enfermagem; GLINNT – HS (Glintt Healthcare Solutions) – Sistema de actualização e validação da terapêutica.

O acesso aos recursos da instituição a partir dos postos de trabalho, é feito mediante a utilização de palavra-passe.

No desenvolvimento da sua actividade o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa rege-se pelos valores da humanização e personalização na prestação de cuidados, pelo respeito da dignidade individual de cada cliente, pela promoção da saúde mental na comunidade, com organização de respostas adequadas e articuladas com as redes dos cuidados locais de saúde, segurança social, autarquias e outras entidades comunitárias, tendo como objectivo central a promoção da equidade no acesso à prestação de cuidados de psiquiatria e saúde mental, humanizados, de qualidade e em tempo oportuno.

O Decreto – Lei n.º 35/99, de 5 de Fevereiro¹⁷, que regulamenta a Lei n.º 36/98, de 24 de Julho¹⁸, estabelece os princípios e o modelo de organização dos serviços de psiquiatria e saúde mental, assentes no desenvolvimento de redes de serviços locais organizadas por sectores geodemográficos (A, B, C, D, L, S) com áreas funcionais de consultas externas e de intervenção comunitária, localizando os internamentos e os atendimentos de urgência em hospitais gerais de acordo com as orientações da política de saúde mental a nível nacional e regional, com os planos estratégicos e decisões superiormente aprovadas, designadamente as previstas no Plano de Acção para Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental. De acordo com a Portaria nº 1373/2007¹⁹ e em conformidade com esta legislação, os hospitais psiquiátricos possuem a seguinte missão:

¹⁷ Estabelece os princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e Saúde Mental, designados por “Serviços de Saúde Mental”.

¹⁸ Lei de Saúde Mental – estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental.

¹⁹ É criado o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, pessoa colectiva de direito público dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio, que integra os Hospitais de Júlio de Matos e de Miguel Bombarda.

- a) “assegurar a prestação de cuidados de saúde até à sua substituição pelas novas estruturas;
- b) desenvolver programas de reabilitação adaptados às necessidades específicas dos doentes de evolução prolongada aí residentes, promovendo a sua desinstitucionalização.”

A Clínica Psiquiátrica Lisboa Cidade, situada no Pavilhão 21 Novo, assume a responsabilidade pela assistência – na fase aguda da doença -no âmbito de Saúde Mental e Psiquiatria, à população abrangida pelos sectores C e L. Ou seja, abrange áreas geodemográficas contíguas, que se reportam a freguesias de Lisboa tal como pode observar no quadro seguinte.

Áreas de abrangência da Clínica Lisboa Cidade

	CS	Freguesias	População	Distribuição por Faixa Etária		
				0-14	15-64	65+
Sector C	Alameda	São Jorge de Arroios, Alto do Pina, São João de Deus	160.790	18.879	104.783	37.128
	Marvila	Marvila				
	S. João	São João, Beato, Santa Engrácia				
	Olivais	Santa Maria dos Olivais.				
Sector L	Coração de Jesus	Nossa Senhora de Fátima, São Sebastião da Pedreira	126.434	12.669	78.404	35.361
	Graça	Castelo, Graça, Madalena, Santiago, Santo Estevão, São Cristóvão e S. Lourenço, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Vicente de Fora, Sé, Socorro				
	Lapa	Lapa, Prazeres, Santos-o-Velho				
	Luz Soriano	Encarnação, Mártires, Mercês, Sacramento, Santa Catarina, Santa Justa				
	Penha de França	Anjos, Pena, Penha de França				
	S. Mamede / Santa Isabel	São Mamede, Santa Isabel				
TOTAL			287.224	31.548	183.187	72.489

Fonte: Censos 2001

Pela observação do quadro verifica-se que a área de abrangência corresponde a um total de 10 Freguesias da região de Lisboa e, a população residente na área de abrangência é de 287.224 habitantes.

Habitualmente, a admissão é feita através da Urgência Psiquiátrica do Hospital, a funcionar á data de entrega do relatório no Hospital de São José, ou através da consulta externa do CHPL. Existem situações em que os clientes internados são de outras clínicas, por inexistência de vaga na sua área de abrangência, ou então por *roullemant*, isto é, pessoas fora das áreas de abrangência do hospital, oriundas de locais onde a assistência psiquiátrica não exista.

Os diagnósticos mais frequentes dos clientes internados são: esquizofrenia, doença bipolar, depressão e psicoses em fase aguda e situações de demência. A

duração média de internamento ronda as 2 semanas, no entanto há pessoas que necessitam de mais tempo de internamento para estabilizar a fase aguda da sua doença. Uma grande parte dos clientes internados neste serviço provém de famílias carenciadas, com baixos recursos económicos e sociais. A média das idades varia entre os 20 e os 70 anos.

A equipa multidisciplinar é constituída por: 9 Médicos (4 médicos psiquiatras e 5 internos de psiquiatria); 26 Enfermeiros (1 enfermeiro chefe, 1 enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, 15 enfermeiros graduados e 9 enfermeiros); 3 Psicólogos; 2 Assistentes Sociais; 1 Assistente Administrativo e 10 Assistentes Operacionais. O Serviço dispõe de 46 camas distribuídas por dois andares. No piso inferior encontram-se 16 camas, que se destinam a clientes com idade superior a 60 anos daí ser apelidada de psiquiatria geriátrica. No andar superior encontram-se 30 camas destinadas a clientes em fase aguda da sua doença. O serviço dispõe ainda de dois núcleos de intervenção comunitária (Olivais e Sardinheiras) com profissionais afectos a esta Unidade mas que exercem, maioritariamente, a sua actividade nestes serviços. Recentemente foi criado o Projecto PRETRARCA com o objectivo de *“ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade”*, com profissionais afectos a este serviço.

Através do recurso ao internamento pretende-se a estabilização da situação clínica dos clientes, os quais serão, posteriormente, referenciados à consulta externa e sempre que possível inseridos no contexto familiar. Quando não se verifica esta última situação, o cliente é referenciado para a unidade de reabilitação para treino de competências sociais ou providencia-se um lar de acordo com a família, no caso de pessoas na 3ª idade.

No momento da admissão do cliente no serviço é entregue ao próprio e à família o guia de acolhimento com informações úteis e pertinentes a ambos. Durante o internamento são desenvolvidas actividades terapêuticas.

Todos os clientes que têm alta ficam com consulta marcada. É elaborada nota de alta em suporte informático para a consulta externa do Hospital e em suporte de papel para as consultas que se realizam fora do Centro Hospitalar.

O encaminhamento dos clientes para os Núcleos de Intervenção comunitária é feito através do internamento.

Mas, a OMS (2002) através do *Relatório Sobre A Saúde no Mundo 2001, Saúde Mental, Nova Conceção Nova Esperança*, propõe uma série de medidas que têm como finalidade o encerramento dos hospitais psiquiátricos de modelo asilar,

traçando um quadro negro sobre os mesmos a nível mundial, sugerindo o internamento das pessoas em situação aguda de doença mental e psiquiátrica nos hospitais gerais. A Lei de Saúde Mental²⁰ nas alíneas a) e b) do nº 1²¹ do artigo 3º²² prevê que “a) A prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social; b) Os cuidados de saúde mental são prestados no meio menos restritivo possível”. Neste sentido, a Coordenação Nacional para a Saúde Mental (Portugal, Ministério da Saúde, 2008) sugere o encerramento gradual destas instituições, pois uma vasta evidência científica veio mostrar que o modelo assistencial comunitário é mais profícuo que o modelo baseado nos hospitais psiquiátricos asilares. Apesar deste fim anunciado dos hospitais psiquiátricos alguns autores, tais como, Guterres (2003), têm sublinhado a carência de estruturas comunitárias.

Deste modo, o Conselho Nacional de Saúde Mental (2002) atribui aos hospitais psiquiátricos uma missão centrada na *reabilitação psicossocial e baseada em estruturas comunitárias*. No sentido de dar resposta ao objectivo do Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) “ajudar a pessoa a recuperar plenamente a sua vida na comunidade” o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa tem desenvolvido esforços no sentido de criar serviços comunitários em cada uma das áreas de afectação.

Assim, PRETRARCA – Prevenir e tratar em Casa é o nome do projecto de apoio domiciliário da Clínica Lisboa Cidade, aprovado no âmbito do Concurso de Projectos Inovadores em Saúde Mental. É dotado de regulamento próprio e, *através de uma equipa móvel visa “garantir o tratamento e prevenção de recaídas dos doentes, numa perspectiva que associa o tratamento farmacológico a uma vertente terapêutica psicossocial, a ser realizada na residência dos doentes” (in Projecto Pretrarca:6)*. Presta cuidados multidisciplinares no domicílio dos utentes, associando o tratamento farmacológico e psicossocial, promovendo a adesão ao tratamento.

Os objectivos do projecto são:

- Prevenção de Recaídas;
- Aumento da adesão ao tratamento;
- Prevenção da deterioração de capacidades;
- Promoção da qualidade de vida;
- Prevenção do fenómeno “Porta Giratória”;
- Redução do número e tempo de internamento.

²⁰ Lei n.º 36/98, de 24 de Julho

²¹ Disposições gerais

²² Princípios gerais de política de saúde mental

São referenciados utentes que apresentam significativo risco de recaída, assistidos pela Equipa Lisboa – Cidade do CHPL. O encaminhamento dos clientes para o Pretrarca é feito, em folha própria, através da consulta externa, do internamento e da urgência psiquiátrica do Hospital de São José, de acordo com critérios definidos pelas equipas médicas dos sectores C e L. O agendamento das visitas é feito por uma assistente social, uma psicóloga e uma enfermeira e utiliza o técnico de referência. O espaço que decorre entre uma visita e outra depende da avaliação que é feita e pode variar de semanal a quinzenal ou mesmo mensal. Sabemos que, neste momento, se encontra em fase inicial de implementação um instrumento de avaliação inicial das necessidades dos utentes. As visitas domiciliárias são feitas por dois técnicos, pela necessidade de segurança dos próprios técnicos e também para uma salvaguarda do próprio utente

A equipa do projecto é composta por: enfermeiros; psiquiatras; assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeuta, assistentes operacionais e secretária de unidade.

A equipa de enfermagem visa:

- Participar na gestão integrada de casos – Projectos terapêuticos individualizados;
- Assegurar a administração de terapêutica injectável de longa duração;
- Organizar outra medicação prescrita, garantindo o receituário e aquisição atempada;
- Promover e supervisionar acções terapêuticas que visam melhorar a qualidade de vida dos utentes e suas famílias;
- Estimular competências no desempenho das AVD's e no exercício da cidadania;
- Coordenar o agendamento das visitas;
- Fazer a articulação com outros técnicos e organismos;
- Efectuar registos no SONHO e base de dados própria.

APÊNDICE II

Modelo do pedido de autorização ao Srº Enfermeiro Director do CHPL

Exmº Srº
Enfermeiro Director do
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

Assunto: Pedido de autorização para a realização de entrevistas integradas no relatório de Mestrado em Enfermagem

Florabela Rosa Miranda Estrela, Enfermeira, a exercer funções na Clínica Psiquiátrica II deste Centro Hospitalar e a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem na vertente da Gestão de Unidades de Saúde leccionado pela Escola Superior de Saúde de Portalegre integrada no Instituto Politécnico de Portalegre, encontro-me a elaborar o relatório de estágio que decorreu neste Centro Hospitalar na Clínica Lisboa Cidade (CPIII) – Projecto Pretrarca, de 24 de Fevereiro a 24 de Junho de 2011, de acordo com o pedido anteriormente formulado, pela referida escola. O estágio foi desenvolvido na área da gestão de recursos humanos e a finalidade foi calcular a **dotação de enfermeiros para o Projecto Pretrarca**, tendo em vista o processo de melhoria contínua de cuidados de saúde. Assim, venho por este meio solicitar a Vª Exª que me seja concedida autorização para realizar entrevistas, inseridas no âmbito do trabalho que me encontro a realizar, às enfermeiras que desenvolvem actividade profissional neste projecto com vista à conclusão do relatório acima mencionado.

Estabeleci os seguintes objectivos:

Conhecer a opinião das enfermeiras que trabalham no Projecto Pretrarca acerca deste mesmo projecto;

Conhecer a tipologia (actividades) dos cuidados de enfermagem que prestam;

Conhecer, em média, qual é o tempo dispendido para cada um dos cuidados de enfermagem.

A população é constituída pela totalidade das enfermeiras que desenvolvem a sua actividade profissional no Projecto Pretrarca, a tempo inteiro ou parcial.

O método de colheita de dados escolhido é a entrevista semi estruturada audio-gravada. Mais informo, que procederei de acordo com os princípios éticos de forma a garantir o anonimato e a confidencialidade de toda a informação colhida.

Lisboa, 06 de Fevereiro de 2012

Antecipadamente agradeço

Florabela Rosa Miranda Estrela

APÊNDICE III

Modelo do consentimento informado dos participantes

Consentimento Informado

Eu, Florbela Rosa Miranda Estrela, enfermeira a exercer funções na Clínica Psiquiátrica II inserida no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, e a frequentar o 1º Curso de Mestrado em Enfermagem na vertente da Gestão de Unidades de Saúde encontro-me a realizar um estudo de investigação de natureza qualitativa, subordinado ao tema: Dotação e cálculo de pessoal para o Projecto Petrarca.

Este estudo pretende contribuir para uma reflexão e calculo acerca do número de enfermeiros necessários para prestar cuidados com qualidade no Projecto Pretrarca.

Assim, solicito a colaboração de V^a. Ex^a. para uma entrevista bem como proceder á sua gravação áudio. Mais informo que, o tempo previsto é de aproximadamente 30 a 45 minutos e que os aspectos éticos serão assegurados. No final do estudo, os resultados estarão disponíveis para serem consultados.

Desde já agradeço a sua disponibilidade e colaboração, sem as quais este trabalho não seria viável.

Tomei conhecimento

(Assinatura da participante entrevistada que teve conhecimento e autoriza a realização da entrevista)

Data

Obrigado pela sua colaboração

APÊNDICE IV
Guião de entrevista

Guião de Entrevista Semi-estruturada

Eu, Florbela Rosa Miranda Estrela, enfermeira do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, encontro-me a realizar o Mestrado em Enfermagem na vertente da Gestão de Unidades de Saúde. O estágio foi desenvolvido na área da gestão de recursos humanos e a finalidade é calcular **a dotação de enfermeiros para o Projecto Pretrarca**, tendo em vista o processo de melhoria contínua de cuidados de saúde. O objectivo é adequar o número de enfermeiros às actividades desenvolvidas no referido projecto.

Sexo:

Idade:

Habilitações profissionais:

Número de horas semanais no projecto:

Número de horas de trabalho semanal no CHPL:

Parâmetros a abordar:

Qual a sua opinião acerca do Projecto Pretrarca?

Qual a tipologia (actividades) dos cuidados de enfermagem que presta?

Desses cuidados quais os que considera mais relevantes em termos de gasto de tempo?

Em média qual é o tempo dispendido para cada um desses cuidados de enfermagem?

Considera que os recursos humanos actuais são adequados? Porquê?

ENTREVISTA COM DIMENSÕES ANALÍTICAS

DIMENSÕES ANALÍTICAS	QUESTÃO PRINCIPAL	QUESTÕES SECUNDÁRIAS
A - Caracterização da população Objectivo: caracterizar os participantes do estudo.	Sexo Idade Habilitações profissionais Número de horas semanais no projecto Número de horas de trabalho semanal no CHPL	
B - Opinião dos participantes acerca do Projecto Pretrarca Objectivo: conhecer a opinião dos participantes do estudo acerca do Projecto Pretrarca	Qual a sua opinião acerca do Projecto Pretrarca?	
C – Tipologia e tempo nos cuidados Objectivo: conhecer as actividades desenvolvidas, as mais relevantes em questão de tempo e tempo dispendido em cada um dos actos realizados.	Qual a tipologia (actividades) dos cuidados de enfermagem que presta?	Desses cuidados quais os que considera mais relevantes em termos de gasto de tempo? Em média qual é o tempo dispendido para cada um desses cuidados de enfermagem?
D – Perspectiva dos participantes sobre dotação de pessoal Objectivo: conhecer a opinião dos participantes relativamente à adequação ou não dos recursos humanos actuais para prestar cuidados com qualidade.	Considera que os recursos humanos actuais são adequados? Porquê?	

APÊNDICE V
Matriz de codificação Global

MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

CATEGORIAS/SUB-CATEGORIAS
Opinião acerca do Projecto Pretrarca – OPP
Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca • Tipo de intervenções – TIE • Relevância das intervenções – RIE • Tempo por intervenção – TEI
Adequação dos recursos humanos no Projecto Pretrarca – ARH

APÊNDICE VI
Grades de análise

GRADES DE ANÁLISE

GRADE DE ANÁLISE Nº 1

ENTREVISTADO	Opinião acerca do Projecto Pretrarca - OPP
E1	(...) o projecto é útil (...) permite fazer a intervenção junto do utente e da família
E2	(...) é um bom projecto, é uma mais valia para este serviço (...) reduz o numero de re-internamentos e a porta giratória (...) as pessoas estão-se a manter em casa (...) a fazer a sua vida o que é uma mais valia para a pessoa (...) porque nós prestamos esse apoio domiciliário
E3	(...) é um projecto muito interessante, muito importante (...) evita muitos reinternamentos (...) presta cuidados no domicilio aos doentes (...) uma equipa multidisciplinar vai a casa do utente para avaliar as condições do mesmo (...) o doente é acompanhado muito de perto (...) sabe que nós vamos lá (...) eles sabem que nós disponibilizamos tempo para eles não chegamos e não dizemos agora vimos cá fazer isto e pronto, dizemos então como é que se sente, quer conversar, á alguma coisa que o preocupa e depois vamos trabalhar isso. (...) Este projecto é um projecto de futuro (...) se o que se pretende para a saúde mental é que os utentes sejam desinstitucionalizados, ou seja (...) que eles permaneçam na comunidade (...) o maior tempo possível, que se evite que (...) os doentes descompensem, ou seja que entrem numa fase aguda da sua doença (...) penso que este projecto é muito importante porque a equipa vai junto do doente, avalia o estado em que ele está, se o doente está a ficar mais descompensado, se fez um abandono de terapêutica, o que é que está a acontecer com o utente (...) o projecto devia continuar (...) devia haver também nas outras clínicas do hospital (...) se a lei da saúde mental preconiza que o doente permaneça na comunidade penso que é um projecto que tem todo o interesse, todo o interesse e toda e toda a viabilidade para continuar (...) desde que o projecto começou o número de reinternamentos diminuiu (...) mesmo (...) indo daqui com um projecto terapêutico havia muitas vezes abandono e os doentes eram muitas vezes reinternados (...) se o doente quando tem alta do serviço for referenciado ao pretrarca e nós começarmos a fazer visitas e começarmos a acompanhar este doente os reinternamentos diminuem e (...) se houver necessidade de reinternar o tempo que estão internados é muito mais curto (...) é muito vantajoso para o doente e para a família, para a família que consegue ter o seu familiar em casa, que (...) sente que há uma equipa por trás a quem podem recorrer se sentirem alguma alteração, se tiverem alguma dúvida (...) se virmos que realmente á necessidade do doente ser internado são desencadeadas todas as demarches para que o doente seja realmente internado mas com um período de internamento muito mais curto o que nos traz imensa satisfação.
E4	(...) é um projecto bastante pertinente a nível da psiquiatria, bastante necessário (...) muitos utentes que não têm adesão ao tratamento, e que não têm suporte na sua comunidade, na sua família nós acabamos por ser esse suporte e garantimos que eles se mantenham na comunidade (...) que não estejam sempre a recorrer ao internamento

GRADE DE ANÁLISE Nº 2

ENTREVISTADO	Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca • Tipo de intervenções - TIE
E1	(...) visitas domiciliárias que incluem: (...) administração de terapêutica injectável, os depôts (...) preparação de terapêutica per'os (...) Intervenção familiar (...) envolver a própria família no tratamento do utente. (...) Intervenção individual (...) como treino de actividades de vida e gestão do dinheiro.
E2	(...) treino de gestão terapêutica que engloba: (...) a terapêutica injectável, ou seja os depôts (...) a terapêutica per'os (...) organização e supervisão da caixinha da medicação (...) Ensinos acerca da medicação (...) treino de competências sociais que engloba as actividades de vida diária (...) articulação com outras entidades, como juntas de freguesia, PSP ... (...) articulação com outros técnicos (...) tratamentos compulsivos
E3	(...) é feita a consulta de enfermagem (...) é a consulta de enfermagem, a adesão á terapêutica (...) terapêutica injectável de longa duração (...) fazem um depôt (...) supervisão da toma da medicação oral (...) caixinha da medicação, (...) supervisão e avaliação da gestão da medicação (...) é trabalhado o autocuidado (...) treino das avd's. (...) ensinos acerca da medicação (...) treino da gestão da medicação (...) Fazemos o diagnóstico do doente, definimos as intervenções e (...) e depois fazemos a avaliação (...) registo no processo do doente, depois das visitas (...) depois ainda o tempo que demora a deslocação, porque nós não podemos contabilizar só o tempo que estamos com o utente para desempenhar todos estes cuidados temos que contar também com o tempo que é gasto nas deslocações eh(...) e toda a logística que isso envolve, o facto de trabalharmos na cidade de Lisboa, em que o estacionamento é caótico, em que se perde n tempo para estacionar a viatura porque (...) a viatura não pode ficar mal estacionada porque a existência de uma multa ou o carro ser rebocado acarreta custos para os técnicos do projecto.
E4	(...) É variável, depende (...) as situações são muito disparas é de acordo ás necessidades dos utentes (...) pode ser desde a simples supervisão da preparação de uma caixa da medicação semanal (...) até á organização da casa. (...) é muito variável é um bocado difícil (...) é um leque muito variado. (...) mas pode ir de consultas de enfermagem, preparação de caixas da medicação, supervisão das caixas da medicação (...) toda a parte burocrática

GRADE DE ANÁLISE Nº 3

ENTREVISTADO	Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca • Relevância das intervenções - RIE
E1	(...) sem duvida, a intervenção familiar e a intervenção individual
E2	Os mais relevantes (...)a gestão do regime terapêutico, da medicação com a pessoa
E3	(...) a que ocupa maior tempo é (...)a consulta de enfermagem, onde é feita esta avaliação do utente
E4	(...)acho que é mesmo na consulta é onde nós estamos ali (...) a validar com o utente, a estimulá-lo a que adopte comportamentos e (...) isso demora muito mais tempo, é muito difícil fazê-lo entender a importância, a necessidade (...) portanto ai a demora (...) é muito mais difícil (...) é onde nós demoramos mais tempo.

GRADE DE ANÁLISE Nº 4

ENTREVISTADO	Intervenções de enfermagem no Projecto Pretrarca • Tempo por intervenção - TEI
E1	(...) varia de pessoa para pessoa (...) 20 a 30 minutos para cada visita
E2	(...) varia de pessoa para pessoa, cada caso é um caso mas a média de tempo gasto é entre 30 a 40 minutos (...) Em média o tempo é de (...) mais ou menos 30, 40 minutos podemos ir até 1 hora
E3	(...) todos estes cuidados requerem algum tempo (...) cada utente requer o seu tempo (...) no início da relação terapêutica necessitamos de mais tempo, para que o utente nos comece a conhecer e crie connosco a tal relação terapêutica (...) o tempo mais ou menos dispendido, uma consulta de enfermagem, uma primeira consulta uns quarenta minutos, sensivelmente (...) um injectável uns 20 minutos sensivelmente (...) uma caixa da medicação depende em que estadio é que o utente está se for necessário fazer ensino relativamente á medicação demora mais algum tempo, se o utente já consegue gerir ele a medicação e necessita só de supervisão, mas talvez aí uns 40 minutos também se for feito ensino. (...) O treino das actividades de vida diária também demora algum tempo, dependendo das necessidades que nós identificamos no utente uns 40 minutos mais ou menos (...) penso que está preconizado que uma visita não deve exceder os 60 minutos e por norma é esse o tempo que nós utilizamos (...) vamos gerindo o tempo também de acordo com as necessidades de cada pessoa (...) 40 minutos, 40 minutos é mais ao menos o tempo que demora uma consulta
E4	(...) eu então que não tenho por hábito olhar para o relógio e estar preocupada com isso (...) não é uma coisa que me preocupe propriamente (...) eu giro o tempo de acordo com aquilo que eu estou a ver se eu estou a ver que a pessoa está a responder, se está a ser rentável para a pessoa ou não. (...) é também de acordo com o número de visitas (...) essa situação é variável, muito difícil, é difícil porque eu pessoalmente não tenho essa preocupação (...) Não porque normalmente estamos a fazer uma coisa e associamos a essa uma outra, portanto as coisas fundem-se, entrelaçam-se (...) nós estamos a fazer um acto e associamos um outro portanto não é um tempo só de um acto, é comum a dois actos. (...) depende dos actos (...) Um tempo total (...) um tempo total que demorou aquela visita, pronto Ok (...) depende das situações (...) sei lá 20 minutos, ½ hora (...) há tempos estivemos em casa de uma pessoa hora e meia e o resultado foi quase nada. (...) as mais rápidas andam na ordem do ¼ hora, 20 minutos

GRADE DE ANÁLISE Nº 5

ENTREVISTADO	Adequação dos recursos humanos no Projecto Pretrarca - ARH
E1	(...) Adequados em horas totais (...) deveria funcionar com dois enfermeiros a tempo inteiro isto facilitaria e em muito o funcionamento, portanto não só á relação que se estabelece com os utentes e familiares e também (...) haveria uma maior facilidade de comunicação entre médicos e enfermeiros. (...) deveriam ser menos enfermeiros a trabalhar no projecto pelas razões que já disse
E2	(...) não são adequados (...) precisávamos de ter enfermeiros a tempo inteiro (...) dava-nos mais tempo para (...) trabalhar a família (...) fazer mais treinos de competências sociais que neste momento devido ao horário que temos não nos é possível fazer.
E3	(...) Os recurso em termos do Pretrarca penso que são limitados. (...)Este projecto devia ser dotado de mais enfermeiros (...) se houvesse mais recursos podíamos trabalhar outras áreas (...) por exemplo aplicação de escalas em determinados aspectos que nós muitas vezes não utilizamos porque é impossível dado o numero de utentes que temos (...) devia ter um acréscimo ainda maior de enfermeiros para que assim se pudessem prestar cuidados ainda com mais qualidade
E4	(...) isso é uma pergunta difícil (...) isso é um bocado confuso eu não me parece que sejam os adequados por um lado, por outro lado uma pergunta um bocado complicada de responder (...) Para umas categorias á excessos e noutras não. (...) Os enfermeiros são poucos e deviam ser a tempo inteiro

