



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE



I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM
GESTÃO DE UNIDADES DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM – O CASO DA
UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL
DR. JOSÉ MARIA GRANDE

Relatório Orientado pelo Mestre Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

Ana Luísa Mieiro Carneiro

FEVEREIRO
2012

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE PORTALEGRE
I CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COM ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
DE UNIDADES DE SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM – O CASO DA
UNIDADE DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR.
JOSÉ MARIA GRANDE

Relatório Orientado pelo Mestre Raúl Alberto Carrilho Cordeiro

FEVEREIRO

2012

RESUMO

A qualidade é um conceito que vem sendo cada vez mais explorado e os sistemas de gestão da qualidade encontram-se em franco desenvolvimento quer nas indústrias, onde o conceito de qualidade foi inicialmente implementado, quer nos serviços.

Paralelamente, existe já também uma tendência, ainda que um pouco embrionária de aplicação de sistemas de qualidade aos serviços de saúde.

Os primeiros passos foram tomados. No entanto, a qualidade em saúde carece ainda de uma efetiva concretização.

Os sistemas de qualidade a implementar nos serviços de saúde e que, como nas outras áreas, visam a melhoria contínua, encontram algumas dificuldades nesta área, que começam com o facto de conceitos como saúde e doença, serem muito subjetivos e de fácil mutação ao longo dos tempos.

Os indicadores de qualidade visam avaliar aquilo que à partida é de difícil mensuração, no sentido de tornar eficientes os processos em causa, garantindo a qualidade do produto/serviço, tem em vista a melhoria contínua.

Assim, a implementação de indicadores que sejam particularmente sensíveis aos cuidados de enfermagem, poderá constituir-se como uma tarefa inovadora e ao mesmo tempo complexa, no sentido de evidenciar o trabalho destes profissionais na área da saúde.

Palavras-Chave: Qualidade, Qualidade em Saúde, Melhoria Contínua, Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Quality is a concept that has been increasingly exploited and in industries where this quality concept was first implemented, quality management systems are developing rapidly as they are in services.

In parallel, there is also a tendency towards application quality systems to health services, but still on a somewhat embryonic stage.

The first steps were taken, however, quality on health it still lacks an effective implementation.

The quality systems to be implemented in health services, are as in other areas, aimed at continuous improvement, are having some difficulties in this area, starting with the fact that concepts such as health and disease, are very subjective and easy to change over of time.

The quality indicators are aimed to evaluate what is by nature difficult to measure, in order to make efficient, all the processes involved and ensuring the quality of the product / service looking forth to continuous improvement.

Thus, the indicators implementation that are particularly sensitive to nursing care, may constitute itself as an innovative task while complex, in order to highlight the work of these professionals in the health field.

Keywords: Quality, Health Quality, Continuous Improvement, Quality Indicators Sensitive to Nursing Care.

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	8
2.	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
2.1.	CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	10
2.2.	QUALIDADE	12
2.2.1.	Melhoria Contínua	14
2.2.2.	Custos da Qualidade	16
2.2.3.	Qualidade na Saúde	17
2.2.3.1.	Qualidades dos Cuidados de Enfermagem	20
2.2.3.1.1	Enunciados Descritivos	21
2.2.4.	Indicadores de Qualidade	24
3.	ENQUADRAMENTO OPERACIONAL	27
3.1.	METODOLOGIA DE ESTUDO.....	27
3.1.1.	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados	27
3.1.2.	Caracterização do Local de Estágio	30
4.	PROPOSTA DE INDICADORES DE QUALIDADE SENSIVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	33
4.1.	INCIDÊNCIA DE QUEDAS NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE.....	34
4.2.	INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE.....	38
4.3.	INCIDÊNCIA DE FLEBITES NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE.....	41
4.4.	GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE.....	45
5.	ANÁLISE CRÍTICA/CONCLUSÃO	49
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
7.	ANEXOS	55

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema de atuação – Incidência de Quedas - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande	37
Figura 2 – Esquema de atuação – Incidência de úlceras de pressão - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande	40
Figura 3 – Esquema de atuação – Incidência de flebites - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande	43
Figura 4 - Esquema de atuação – Satisfação de utentes - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Registo de Quedas - Utentes Internados no Serviço de Convalescência do Hospital Dr. José Maria Grande.....	36
Quadro 2 – Registo de úlceras de pressão - Utentes Internados no Serviço de Convalescência do Hospital Dr. José Maria Grande.....	41
Quadro 3 – Registo de flebites - Utentes Internados no Serviço de Convalescência do Hospital Dr. José Maria Grande.....	44
Quadro 4 – Registo de flebites - Utentes Internados no Serviço de Convalescência do Hospital Dr. José Maria Grande.....	48

1. INTRODUÇÃO

A qualidade constitui-se como conceito atual, que tem vindo a ser desenvolvido ao longo de vários anos. Acarreta uma componente objetiva mas também uma forte componente subjetiva.

A necessidade emergente de avaliação da qualidade dos produtos/serviços, traduz-se na criação de ferramentas de avaliação de resultados, intrinsecamente relacionados com o conceito de qualidade.

Neste âmbito, são implementados indicadores de qualidade que tornam possível a mensuração da mesma e a sua monitorização contínua, ao longo do tempo, no sentido da melhoria contínua.

No âmbito da prestação de serviços, essa avaliação é dificultada, pois a qualidade de um serviço é subjetivamente avaliada pelo cliente/utente no momento imediato da prestação do serviço. Essa avaliação estará fortemente condicionada pelas características individuais de cada cliente e pelo seu estado de espírito no momento da prestação do serviço.

Desta forma, a avaliação da qualidade de um serviço no âmbito dos cuidados de saúde torna-se particularmente difícil, na medida em que, para além do utente/cliente se encontrar habitualmente numa situação de doença, os conceitos de saúde/doença serem particularmente sensíveis, ou seja, um indivíduo numa situação de doença encontra-se debilitado e com um “estado de espírito” diferente do que teria no seu dia-a-dia, e por outro lado, a saúde é algo que não tem preço e, as expectativas de cada utente relativamente aos cuidados de saúde são elevadas.

“A qualidade em saúde surge hoje como uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde, sendo vista como um seu atributo essencial” (Pisco & Biscaia, 2001).

Pisco & Biscaia (2001), referem ainda, relativamente à qualidade em saúde, que esta detém características que a diferenciam de outros sectores, como por exemplo, o facto de ser orientada para as necessidades e não apenas para a procura, ter carácter pró-ativo e ser vista em conjunto com outros atributos dos cuidados de saúde. Neste contexto, o objetivo último de um sistema de qualidade é a melhoria contínua da qualidade em saúde.

Com a exigência crescente dos utentes relativamente à qualidade, nomeadamente no

que diz respeito à saúde, cabe-nos em grande parte a nós, enquanto enfermeiros, participar ativamente e envolvermo-nos de forma efetiva na qualidade dos cuidados e, integrar sistemas de gestão de qualidade, com vista à melhoria contínua.

Enquanto enfermeiros, temos um papel preponderante na qualidade dos cuidados, uma vez que, no cumprimento do nosso exercício profissional estabelecemos com os utentes e as próprias famílias uma relação empática, que nos permite, *a priori*, perceber melhor a perspetiva dos utentes relativamente ao conceito de qualidade e, assim, atuar em concordância, no estabelecimento de indicadores de qualidade que sejam particularmente sensíveis aos cuidados de enfermagem.

O relatório que apresentamos encontra-se dividido em duas partes fundamentais: o enquadramento teórico e o enquadramento operacional.

Na primeira parte, tentamos abordar os conceitos teóricos mais pertinentes para o adequado enquadramento do tema do relatório, através de revisão bibliográfica sobre esses mesmos conceitos. Assim, abordamos conceitos tais como os cuidados de enfermagem, a qualidade, a qualidade em saúde e nos cuidados de enfermagem, os indicadores de qualidade, entre outros, que se consideram relevantes para o trabalho.

Da segunda parte constam vários pontos, dos quais, a caracterização da metodologia utilizada para a realização do estágio sobre o qual este relatório incide, bem como a caracterização do local de estágio, da equipa de profissionais de saúde, da população em estudo. Apresentamos, noutro ponto, a proposta dos Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, tendo em conta a colheita de dados feita no local de estágio, em relação ao tipo de cuidados prestados e à população alvo dos cuidados de enfermagem. No final, apresenta-se uma análise crítica em jeito de conclusão do próprio relatório, onde se descreve a importância do desenvolvimento de indicadores de qualidade e da sua aplicação na área de prestação de cuidados de enfermagem e se deixam sugestões para o futuro, dentro do âmbito deste relatório.

Deseja-se que este trabalho possa contribuir para a futura criação e implementação de indicadores de qualidade, na área da prestação de cuidados de saúde, particularmente na Unidade de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

O exercício profissional da Enfermagem foca-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e um indivíduo, ou entre um enfermeiro e um grupo de indivíduos. Tanto o enfermeiro como o(s) utente(s)/cliente(s) possuem valores, crenças, objetivos individuais, pelo que, desta forma, “no estabelecimento das relações terapêuticas, no âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite entender e respeitar os outros, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2003).

Cabe ao enfermeiro prestar cuidados de saúde individualizados, focados na pessoa detentora de características individuais, que a distinguem de todos os outros. Na prestação de cuidados de enfermagem, pressupõem-se a criação de uma relação empática que lhe permita (ao enfermeiro) prestar cuidados, o mais adequado possível, ao indivíduo em causa.

Esta relação terapêutica, estabelecida no âmbito da profissão de enfermagem, caracteriza-se por parceria criada entre enfermeiro e utente/cliente, respeitando os seus valores, crenças, objetivos e as suas capacidades e *handicaps*. Por vezes, esta parceria é criada também com a família do utente e com as pessoas significativas (familiares, amigos, comunidade envolvente), sempre que necessário para atingir o sucesso do processo terapêutico e, sempre que isso se revele possível.

Segundo a OE (2003),

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores.

Ao enfermeiro cabe a tarefa não de realizar as atividades de vida do utente mas de maximizar a sua independência na realização das mesmas, promovendo tanto quanto possível o autocuidado, tendo como objetivo central as necessidades do utente.

A otimização das intervenções de enfermagem pode ser conseguida se toda a unidade familiar for envolvida no processo do cuidar, particularmente, no caso de essas intervenções

visarem a alteração de comportamentos, de hábitos, de estilos de vida, que promovam a saúde.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo-se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2003).

Os enfermeiros atuam integrados num contexto multidisciplinar, multiprofissional, desempenhando dois tipos de intervenções, que são, segundo a OE (2003):

Intervenções interdisciplinares – que dizem respeito às intervenções iniciadas por outros técnicos da equipa e nas quais o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação e

Intervenções autónomas – aquelas que são iniciadas pelo enfermeiro e pelas quais ele é responsável quer em termos de prescrição como de implementação.

Para que os cuidados de saúde ao utente sejam efetivos, a equipa multidisciplinar deve funcionar tal como o próprio nome indica, em equipa e, perseguir um objetivo comum, para o sucesso do processo terapêutico do utente.

Parafraseando a OE (2003),

A tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implica uma abordagem sistémica e sistemática. Na tomada de decisão, o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade). Após efetuada a correta identificação da problemática do cliente, as intervenções de enfermagem são prescritas de forma a evitar riscos, detetar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados.

No processo da tomada de decisões em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Para tal, reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica – guidelines – constituem uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Num contexto atual cada vez mais exigente, o enfermeiro, no desempenho do seu exercício profissional, deverá orientar-se pelas boas práticas, perseguindo objetivos individuais e institucionais, prestando cuidados de qualidade, tendo sempre em conta o bem-estar e a segurança do utente.

No desempenho do seu exercício profissional, o enfermeiro rege-se pelo Código Deontológico, respeitando o utente de acordo com os seus valores, crenças, costumes, religião, ou seja, tendo em atenção a sua identidade, a sua individualidade. Por esta razão reconhece que, para cada indivíduo, a prestação de “bons cuidados” implica diferentes aspetos para diferentes indivíduos e, como tal, significa diferentes coisas para cada um. Assim, o enfermeiro deverá ter presente a necessidade de sensibilidade para lidar com

essas diferenças, de forma a atingir os mais elevados níveis de satisfação dos utentes/clientes.

Só individualizando os cuidados, tendo em conta as características específicas de cada utente, se poderá falar em qualidade dos cuidados, pois para cada indivíduo o conceito de qualidade é diferente e está relacionado com as suas vivências, os seus valores, crenças, a sua envolvente socioeconómica e cultural, geográfica, política, entre outros.

Cabe pois a cada enfermeiro, individualizar os cuidados e assegurar a sua qualidade, sem nunca esquecer os objetivos do próprio serviço e da instituição.

2.2. QUALIDADE

O conceito de qualidade existe desde sempre, no entanto, com diferentes contornos. Nos dias de hoje, a qualidade é fundamental para qualquer organização que se queira impor no mercado, que queira ser competitiva o suficiente para sobreviver a um mercado cada vez mais concorrencial.

Este conceito torna-se cada vez mais exigente uma vez que, atualmente, o conceito de qualidade se encontra quase intrinsecamente associado ao conceito de eficiência dos recursos. As organizações tentam cada vez mais tornar-se eficientes nos seus processos, através da implementação de padrões de qualidade, mais ou menos rígidos e, com o objetivo da qualidade máxima do produto/serviço para o cliente final.

Com consumidores finais cada vez mais críticos e exigentes, cabe às organizações assegurar a satisfação dessas exigências, pois só assim podem sobreviver no mercado atual.

A qualidade, na perspetiva de Delgado (1997), pode ser definida como “uma forma de estar, de conviver e de atuar, no sentido de haver uma procura permanente de obtenção de melhores resultados a partir de um melhor desempenho de cada elemento interveniente no processo”.

No entanto, este conceito de qualidade é um conceito com uma carga subjetiva, uma vez que varia de acordo com o próprio cliente, as suas vivências, os seus padrões, os seus valores, o seu grau socioeconómico e educacional, entre outros.

Por outro lado, o conceito de qualidade varia também com as diferentes perspetivas – perspetiva do produtor e perspetiva do consumidor. Segundo Rego (2011), enquanto o produtor dá especial realce às características técnicas (...), à garantia e gestão da qualidade e à assistência técnica, o consumidor está mais atento às características funcionais (...), à aparência estética, ao preço, ao ciclo de vida do produto e à segurança.

O conceito de qualidade, carrega em si, um certo grau de subjetividade, dificultando por vezes a mensuração, tem que permitir ao controlo de qualidade, a máxima objetivação e quantificação possíveis.

Desta forma e, citando uma vez mais Rego (2011),

(...) quando se refere o termo qualidade, importa realçar que este pode ser perspectivado em quatro dimensões distintas: a) a qualidade da concepção – enquanto projeto, o produto e/ou serviço deve incorporar as necessidades e expectativas do consumidor; b) a qualidade da fabricação e/ou prestação – o produto e/ou serviço deve estar conforme as especificações; c) a qualidade na utilização – o produto e/ou serviço cumpre as funções para as quais foi concebido; e d) a qualidade relacional – enquanto eficácia da rede interna de contactos com os clientes.

Na ótica de Delgado (1997), por sua vez, a qualidade pode ainda ser definida sob várias perspetivas que, apesar de diferentes, são complementares:

1ª - Qualidade quanto ao desempenho do produto - capacidade deste gerar satisfação, também designada por ótica do cliente; nesta definição a um aumento da qualidade corresponde geralmente um aumento de custos

2ª - Qualidade quanto à existência de deficiências - tem como objetivo aperfeiçoar permanentemente todas as fases da produção. Implica uma redução de desperdícios e diminuição dos encargos após venda e melhoria de imagem, também designada por ótica do produtor; aqui, a um aumento da qualidade corresponde geralmente uma redução dos custos

3ª - Qualidade na ótica da excelência - conceito abrangente cujo objetivo é a satisfação total do cliente. Refere-se a todos os sectores da empresa e tem como objetivo o seu aperfeiçoamento de uma forma contínua. A qualidade, segundo esta ótica, é mais que a reunião de todos os fatores; conduz de forma controlada e significativa à redução global dos custos.

Assim, podemos dizer que existem diferentes níveis de qualidade e que a qualidade “absoluta” não existe.

No entanto, existe uma definição internacional de qualidade, apresentada na norma *International Organization for Standardization (ISO) 9000* e, citada por Rego (2011), que enuncia que a qualidade é o “grau de satisfação de requisitos dado por um conjunto de características intrínsecas”.

A qualidade é no fundo, um conceito relacionado com o tipo de cliente que se nos apresenta bem como o mercado que acolhe o produto/serviço, pois são estes dois elementos que ditam o sucesso do mesmo e que definem *a priori* os padrões de qualidade exigíveis.

Rego (2011), cita outros autores para definir qualidade, tais como: aptidão ao uso (Juran); conformidade com as especificações, qualidade não custa nada, zero defeitos (Crosby); controlo da qualidade total (Feigenbau); qualidade melhora a produtividade e a posição competitiva (Deming) e perda para a sociedade, causada pelo produto, após sua expedição (Taguchi).

Quando se fala em qualidade, fala-se inevitavelmente do seu grau de conformidade ou não-conformidade, relativamente aos padrões pré-estabelecidos, tendo em conta as características do produto ou serviço.

Assim, quando se trata de definir qualidade de um produto, falamos de conformidade relativamente ao aspeto da segurança pré-estabelecida para esse produto, da sua componente estática, do seu grau de adequabilidade às funções para a qual foi criado, nas características de fabrico, nos seus componentes físicos, entre outros, tendo em conta um segmento de mercado específico, para o qual é criado. Porém, quando se trata de definir a qualidade de um serviço, existem outros fatores que influenciam o conceito de qualidade atribuído pelo cliente final. O serviço não tem nenhum aspeto estético associado, é tão subjetivo quanto a perspetiva de cada cliente, está diretamente relacionado ao tempo de espera associado à sua prestação e envolve não só uma componente técnica, facilmente mensurável, como também uma componente relacional, uma vez que existe alguém que presta um serviço, ou seja, que funciona como intermediário entre o “bem”, neste caso o serviço, e o cliente final. Desta forma, o conceito de qualidade de um serviço está ainda associado ao indivíduo que o presta.

Associar o conceito de qualidade à prestação de um determinado serviço requer uma abordagem diferenciada daquela que é usualmente elaborada quando se trata de um «bem». Definir a qualidade de um serviço envolve dimensões que estão para além da qualidade de um produto, tornando-se particularmente complexa esta tarefa, dado o seu carácter intangível (Gould & Merrett, citados por Rego, 2011).

O serviço é um “bem” de consumo imediato, com uma dimensão técnica, onde a ciência e a tecnologia são aplicadas ao problema e uma dimensão não-técnica, que consiste na interação social e psicológica que se estabelece entre cliente e prestador do serviço.

Segundo Rego (2011), a complexidade em torno da qualidade de um serviço aumenta se este for de natureza pública.

Por outro lado e, em qualquer organização, a qualidade não é passível de ser implementada por apenas um elemento, necessitando antes, da envolvimento de toda a equipa. Para que a implementação de um sistema de gestão da qualidade seja bem sucedido, todo o grupo de trabalho tem que estar orientado, motivado para a qualidade e para os processos que a envolvem.

2.2.1.Melhoria Contínua

A melhoria contínua constitui-se de certa forma como um “estado de espírito” que se associa a uma cultura da empresa e à definição de ações preventivas e corretivas.

Para que esta ocorra, é preponderante fornecer aos colaboradores formação e ferramentas específicas, orientadas para a melhoria. É fundamental que exista comunicação interna das atividades associadas à gestão da qualidade e reconhecer as melhorias.

“A melhoria da qualidade é a abordagem sistemática, coordenada e baseada em prioridades relacionadas à melhoria das normas de desempenho da qualidade e à redução dos custos em todas as funções da organização” (Silva, 2009).

Para o mesmo autor, essa melhoria consiste em olhar em frente, procurando atingir níveis de desempenho, significativos e cada vez mais elevados, através da identificação e resolução de problemas da qualidade. Deve focar-se no cliente e é constituída por diferentes fases, das quais:

- Definição da política, objetivos e estratégias de qualidade para a organização;
- Desenvolvimento de um plano anual de ação para a melhoria da qualidade;
- Criação de equipas de melhoria da qualidade para trabalhar sobre os problemas estratégicos vitais.

Silva (2009), defende que a melhoria contínua é aplicada a partir da utilização de metodologias sistemáticas, em equipas multifuncionais e interdisciplinares, permitindo uma análise rigorosa dos problemas recorrentes que afetam os resultados, detetando dessa forma, as causas e permitindo o desenvolvimento de planos de ação que rompem com os paradigmas e preconceitos instalados.

O percurso para a melhoria contínua implica toda a organização, desde os responsáveis máximos a todo o grupo de profissionais e colaboradores, que devem estar firmemente comprometidos neste processo. Toda a organização se encontra assim envolvida num processo de transformação progressivo e contínuo, que lhe permitirá evoluir para formas cada vez mais efetivas de alcançar os seus objetivos (Ministério da Saúde [MS], 2011).

Para que um sistema de gestão da qualidade possa ser implementado e mantido de forma efetiva, é fundamental que todos os colaboradores estejam envolvidos e empenhados em perseguir os objetivos propostos. Sem a verdadeira envolvência de toda a equipa, todo o sistema de gestão da qualidade estará comprometido à partida não se conseguindo nunca passar à fase de melhoria contínua.

A busca pela melhoria contínua da qualidade é, atualmente um imperativo, constituindo-se já, em muitos países como uma obrigação legal. Para além disso, constitui também uma obrigação ética e social.

Por outro lado, as vantagens associadas a este conceito, evidenciam-se na redução dos custos associados a uma manutenção da qualidade dos produtos/serviços, entregues ao cliente final.

2.2.2.Custos da Qualidade

Numa conjuntura atual pouco favorável, pode existir alguma renitência à implementação de sistemas de gestão da qualidade. No entanto, é necessário mudar a ótica dos gastos associados à qualidade, uma vez que, maioritariamente os gastos advêm antes da não qualidade de um produto/serviço e não da implementação de um sistema de gestão da qualidade efetivo.

Para Townsend citado por Wernke & Bornia (2000), não é a qualidade que custa, mas sim a não-conformidade ou a não-qualidade que é dispendiosa. Para ele, atingir a qualidade é dispendioso, exceto quando comparado com o não-atingimento da mesma.

“A redução dos custos de falhas (erros, enganos e omissões) apresenta normalmente a maior oportunidade de obter benefícios rápidos dos resultados da empresa” (Silva, 2009).

Quando é implementado um sistema de qualidade em qualquer organização, incrementa-se a eficiência dos processos, logo existe menos desperdício. Por outro lado, aumenta a qualidade do produto/serviço final, garantindo a fidelização dos clientes e o aumento da quota de mercado. Logo, os gastos iniciais da implementação de um sistema de gestão da qualidade devem ser vistos na ótica do investimento e não como um gasto.

Delgado (1997), refere que os vários custos da qualidade podem ser classificados em:

- Custos das falhas
- Custos de avaliação e
- Custos de prevenção

Para vários autores, quando o objetivo é reduzir os custos da não qualidade, devem ser estabelecidos os seguintes passos:

1. Sensibilizar todos os elementos envolvidos no processo, para os problemas e suas possíveis causas
2. Incitar a motivação de resolução mútua do problema
3. Lançar ações corretivas
4. Acompanhar a evolução e os resultados dessas ações
5. Avaliar o impacto das medidas e os seus resultados, para que todos tenham um *feedback* das suas ações.

Podemos afirmar que a qualidade numa organização é importante, na medida em que é vista pelos clientes como um argumento de decisão para a escolha de um produto ou serviço, porque constitui a forma mais eficiente de fidelização de qualquer cliente e, como tal, de aumento ou manutenção da sua quota de mercado, aumenta a produtividade e diminui o desperdício, como tal, aumenta a eficiência de uma organização, diminuindo os tempos de resposta.

Juran & Feo (2010) defendem que, elevada qualidade significa, menos erros, menos defeitos e menos falhas. Quando os clientes definem um bem ou serviço com menor qualidade, eles referem habitualmente, as falhas, os defeitos e a falha de resposta em tempo útil. Assim, para criar um elevado nível de qualidade e diminuir os custos relacionados com a mesma, é necessário reduzir o número de deficiências ou os custos da fraca qualidade.

Para os mesmos autores, a qualidade tem efeito nas receitas, ou seja, padrões elevados de qualidade traduzem-se numa oferta de produto ou serviço que responde mais adequadamente às necessidades dos clientes, provocando um aumento nas vendas e consequentemente um aumento nas receitas.

Por estas razões, torna-se premente, nos nossos dias apostar na qualidade, como forma de garantia de sobrevivência da organização, garantindo que os recursos são utilizados de forma eficiente, no sentido da maximização do produto/serviço final.

2.2.3. Qualidade na Saúde

Segundo Campos, Saturno & Carneiro (2010), “A conceptualização das questões relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde conheceu um forte incremento a partir da criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH)* em 1952, nos EUA”.

Ainda segundo os mesmos autores, citando Who (2008), existem países europeus, tais como Grécia, Polónia e Hungria, que não têm legislação sobre a qualidade dos cuidados de saúde, enquanto que outros, tais como Portugal, República Checa, Eslovénia e Irlanda que, só recentemente criaram legislação nesse âmbito ou implementaram medidas relacionadas com a qualidade dos cuidados de saúde. Por outro lado, existem países dos quais o Reino Unido, França, Espanha, Alemanha, Holanda, entre outros, nos quais existe já uma longa tradição na implementação de estratégias de qualidade.

Tapiero citado por Rego (2011), afirma que, em situações de “mercado imperfeito”, como a saúde, existem muitas reservas sobre uma concepção de qualidade que repousa sobre a vontade esclarecida dos clientes, nomeadamente debilitados afetivamente pela doença, que motiva a procura de cuidados médicos.

A aplicação do conceito de qualidade aos serviços, no geral, e aos serviços de saúde, em particular, constitui-se como tarefa complexa, na medida em que, para além de toda a subjetividade associada a um serviço, a prestação de cuidados de saúde tem ainda inerentes conceitos tão complexos para o cliente final como os de saúde e doença. Todo o serviço no contexto de doença é, por si só de mais difícil mensuração, pelo facto de se considerar a saúde como um “bem” que não tem preço e, pela própria situação de doença, normalmente associada ao consumo de um serviço de saúde. Por outro lado, a subjetividade do conceito de qualidade, tendo em conta as características de cada indivíduo,

dificultam essa definição e condicionam o grau de satisfação dos clientes relativamente aos mesmos.

Donabedian citado por Duarte (2011), sugere que a qualidade em saúde (...) é um tipo de prestação de cuidados no qual se espera a maximização de bem-estar do doente, depois de ele tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo de prestação de cuidados de saúde.

Outros autores, nomeadamente Batalden & Stoltz, citados por Duarte (2011), referem que a qualidade em saúde é o “modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentando a possibilidade de obter os resultados desejados, reduzem a possibilidade de obtenção de efeitos adversos.”

Duarte (2011) cita o *Department of Health* (2000) afirmando que a qualidade não é mais do que “fazer o que é correto (o quê?); à pessoa correta (a quem?); no momento correto (quando?); e bem à primeira”.

Tendo por base esta citação podemos observar dois aspetos relevantes da qualidade dos cuidados de saúde e que, nem sempre é necessário observar noutro tipo de serviços que não os da saúde. São eles a variável tempo e o “fazer bem” à primeira.

No caso da variável tempo, um serviço de saúde de qualidade depende do tempo em que é dada resposta a uma situação de doença, pois o tempo de resposta envolvido pode determinar a diferença entre vida e morte, recuperação de todas as capacidades anteriores ou incapacidade permanentes futuras. Por outro lado, a prestação de cuidados de saúde desenrola-se grandemente em contexto de doença e, por isso de inevitável mal-estar, pelo que, o aumento do tempo de resposta à situação de doença vai, inevitavelmente, diminuir o grau de satisfação do utente relativamente ao serviço. Desta forma, o seu conceito de qualidade relativamente ao serviço em causa, é influenciado negativamente.

Por outro lado, o fazer bem à primeira constitui-se também como um importante padrão de qualidade associado à prestação de cuidados de saúde, atribuído pelo próprio cliente, uma vez que neste tipo de serviços o erro não é aceite pelo utente/cliente.

Estes conceitos prendem-se com a segurança na prestação de cuidados de saúde, que é inevitavelmente considerada como critério de qualidade neste tipo de serviços.

Segundo alguns autores,

(...) é habitual abordar as componentes relativas à segurança do doente no contexto dos aspetos relacionados com a qualidade em saúde, designadamente, a qualidade da prestação de cuidados de saúde. De facto, considerando a globalidade de qualquer sistema da qualidade é possível compreender e aceitar que a segurança do doente aí se insira (Serranheira et al, citado por Duarte, 2011).

Sousa, Furtado & Reis citados por Duarte (2011), salientam também este facto afirmando que

(...) segurança do doente é reconhecida, atualmente, como uma importante componente da qualidade dos cuidados em saúde. Hoje em dia existe uma substancial evidência sobre as consequências da segurança dos doentes, ou a

sua ausência, nas organizações de saúde, nos seus empregados e especialmente nos pacientes/clientes. A falta de segurança do doente pode resultar: a) falta de confiança nas organizações de saúde e nos profissionais, deteriorando a relação entre doentes e profissionais; b) aumento de custos económicos e sociais; e c) redução da possibilidade de alcançar resultados esperados. Assim, estas consequências também têm um impacto na qualidade dos cuidados em saúde.

Outro aspeto que importa abordar no contexto da qualidade na saúde, é o facto de esta qualidade estar sujeita a duas perspetivas distintas: a perspetiva dos profissionais e a perspetiva dos clientes/utentes.

Assim, a qualidade poderá ser prevista pelos profissionais de saúde, tendo em consideração o seguimento de procedimentos, protocolos e normas de atuação, tendo em conta as bases científicas mais atuais e os padrões de qualidade definidos por cada instituição e/ou serviço e, no entanto, não ir ao encontro das expectativas dos utentes. Isto pode derivar do facto da perspetiva de qualidade do utente que, habitualmente assenta, não tanto ou não só na componente técnica associada à prestação do serviço mas também na componente não técnica, na componente relacional que estabelece com o prestador do serviço de saúde.

Por outro lado, podemos ainda referir uma outra perspetiva que tem em conta a eficiência de utilização dos recursos da organização prestadora do serviço, perseguindo uma otimização dos recursos disponíveis, de forma a minimizar os desperdícios, numa ótica de prestação do melhor serviço ao preço mais baixo. Normalmente essa perspetiva está associada aos responsáveis pela gestão da organização.

A produtividade tende a aumentar quanto menos desperdícios existirem e quanto maior a otimização dos processos, tornando-se assim a qualidade fundamental para o sucesso da organização.

Segundo Taylor citado por Rego (2011), existem diferentes níveis de qualidade. São eles:

- a) Qualidade do sistema, quando está em causa a provisão de cuidados de saúde a uma comunidade e a afetação de recursos de acordo com regras claras, justas e equitativas;
- b) Qualidade da administração hospitalar, ou seja, de acordo com as regras de "mercado imperfeito", implementar critérios de qualidade que correspondam às expectativas da população servida por uma determinada unidade hospitalar; e
- c) Qualidade a nível profissional, no referente a boas práticas da medicina, enfermagem e outras áreas da saúde.

Nos nossos dias, tendo em linha de conta a exigência crescente por parte dos utentes/clientes e a necessidade de uma eficiência dos recursos com a minimização dos desperdícios num mercado cada vez mais competitivo, torna-se preponderante debruçarmos sobre a qualidade dos cuidados de saúde, tentando otimizar a cada dia o nosso desempenho enquanto profissionais de saúde.

A qualidade na saúde, é acompanhada de características muito próprias, que a diferenciam de todos os outros sectores. Para Pisco & Biscaia (2001), o conceito de qualidade na saúde centra-se em satisfazer e diminuir as necessidades e não em responder à procura oferecendo mais; a qualidade é pró-ativa para prevenir e dar resposta, e não para a procura de novas oportunidades de mercado, por fim, tem de reunir de forma integrada, atributos tais como, a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade.

No caso específico da Enfermagem, por seu turno, é preponderante afirmarmo-nos enquanto prestadores de cuidados de qualidade. Só assim poderemos demonstrar o nosso contributo para melhores cuidados de saúde e, melhor eficiência na utilização dos recursos que nos são colocados à disposição. Cabe-nos a nós, enquanto prestadores de cuidados de saúde, demonstrarmos as nossas competências, através da obtenção de padrões de qualidade superiores, garantindo a satisfação do utente/cliente, através da eficaz prestação de cuidados e da sua eficiência, afirmando-nos no mercado de trabalho como profissionais de excelência, dotados de competências técnicas e relacionais que permitam estabelecer padrões adequados de qualidade.

A qualidade deverá ser tomada como estratégia de todos os serviços de saúde, tendo como objetivo primordial a satisfação dos clientes/utentes e a eficiência dos próprios serviços. No caso dos serviços de saúde, a qualidade deverá tratar-se de uma ferramenta de melhoria no atendimento ao cliente, de forma a tornar eficiente a utilização de todos os recursos disponíveis, e não como forma de indução da procura, como acontece no caso de serviços de outra natureza e de produtos de consumo.

2.2.3.1. Qualidades dos Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro atua como elemento chave no atendimento de qualidade, uma vez que à medida que interage com o utente/cliente, é estabelecida comunicação que conseqüentemente, auxilia no atendimento das necessidades do mesmo. Através da comunicação, do diálogo entre enfermeiro e utente, o utente poderá fornecer informações relevantes ao enfermeiro, favorecendo a prestação de um serviço melhor, no sentido da qualidade e da satisfação do utente.

A avaliação da qualidade dos cuidados, no exercício profissional de enfermagem, teve o seu início com Florence Nightingale, quando esta identificou o papel de enfermagem na prestação de cuidados de saúde de qualidade e começou a medir os resultados obtidos nos utentes.

A partir do ano de 2005, começou a ser aplicada em Portugal uma iniciativa inovadora do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros – o Programa Padrões de

Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – que tem como principal objetivo, promover a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros nas instituições aderentes.

Parafraseando a OE,

Em dezembro de 2001, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros definiu o enquadramento conceptual e seis enunciados descritivos que estabelecem uma base padronizada de cuidados com qualidade que todos os enfermeiros devem respeitar no exercício da sua profissão. Este documento constitui-se como um referencial à luz do qual os enfermeiros se envolvem num processo de reflexão acerca do seu exercício profissional, conducente à melhoria contínua dos cuidados prestados à população.

Segundo o enunciado pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros [CE, OE] (2001), “definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a oferecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros”.

Organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde e o Conselho Internacional de Enfermeiros bem como organizações nacionais, tais como, o Conselho Nacional da Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde, reconhecem a necessidade atual e prioritária de implementar sistemas de qualidade.

A qualidade em saúde constitui-se, obrigatoriamente, como uma tarefa multiprofissional, uma vez que esta está dependente de vários grupos profissionais e da sua envolvência nos processos em que atuam coordenadamente, com foco no utente. Daqui, podemos concluir a importância da definição, pelos enfermeiros, dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

A alínea b) do nº1 do art. 30 do estatuto da Ordem dos Enfermeiros enuncia que compete ao Conselho de Enfermagem definir padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, sendo que no mesmo artigo, na alínea c) do nº2 e a alínea b) do nº 2 do art. 37, está definido que compete às Comissões de Especialidade e aos Conselhos de Enfermagem Regionais garantir a observância dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem a exigir regularmente.

2.2.3.1.1. Enunciados Descritivos

O CE (2001) estabelece que

Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem. Pretende-se que estes venham a constituir-se num instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto dos clientes, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

Assim e, parafraseando o CE (2001) foram elaborados seis enunciados:

- A satisfação do cliente - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro persegue os mais elevados níveis de satisfação dos clientes.*

São elementos importantes da satisfação dos clientes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, entre outros: o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do cliente; a procura constante da empatia nas interações com o cliente; o estabelecimento de parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados; o envolvimento dos conviventes significativos do cliente individual no processo de cuidados; o empenho do enfermeiro tendo em vista minimizar o impacto negativo no cliente, provocado pelas mudanças de ambiente forçadas pelas necessidades do processo de assistência de saúde.

- A promoção da saúde - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde.*

Face à promoção de saúde, entre outros são importantes os elementos seguintes: a identificação da situação de saúde da população e dos recursos do cliente/família e comunidade; a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados; a promoção do potencial de saúde do cliente através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento; o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente.

- A prevenção de complicações - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde do cliente.*

A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega, constituem-se como elementos importantes para a prevenção de complicações.

- O bem-estar e o autocuidado - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente.*

São elementos importantes face ao bem-estar e ao autocuidado, entre outros, os seguintes: a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar o bem-estar e suplementar/complementar atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente; a prescrição das intervenções de enfermagem face aos problemas potenciais identificados; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções de enfermagem; a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais, de acordo com os mandatos sociais dos diferentes profissionais envolvidos no processo de cuidados de saúde; a supervisão das atividades que concretizam as intervenções de enfermagem e que foram delegadas pelo enfermeiro; a responsabilização do enfermeiro pelas decisões que toma, pelos atos que pratica e que delega.

- A readaptação funcional - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde.*

Constituem-se como elementos preponderantes face à readaptação funcional, entre outros: a continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem; o planeamento da alta dos clientes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade; o máximo aproveitamento dos recursos da comunidade; a otimização das capacidades do cliente e conviventes significativos para gerir o regime terapêutico prescrito; o ensino, a instrução e o treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional.

- A organização dos cuidados de enfermagem - *Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.*

A existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem; a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente; a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional; o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras da qualidade, definem-se como parte fundamental para a organização dos cuidados de enfermagem.

Estes enunciados servem de base orientadora para o estabelecimento de Padrões de Qualidade na área de prestação de cuidados de enfermagem, permitindo aos enfermeiros afirmarem-se como profissionais de saúde prestadores de cuidados de qualidade superior, com vista à melhoria contínua. A persecução de cuidados de enfermagem de qualidade, pode constituir-se como peça fundamental para o sucesso profissional e, para evidenciar os resultados obtidos em termos de ganhos de saúde, dos utentes, pelos enfermeiros, no desempenho do seu exercício profissional.

2.2.4. Indicadores de Qualidade

Um indicador pode ser definido como uma unidade de medida de uma atividade, porém não é uma medida direta de qualidade. Eles (os indicadores), sinalizam divergências com o padrão determinado como desejável e atuam como uma chamada que identifica e dirige a atenção para os pontos-chave do cuidado que necessitam serem revistos (Idvall et al, citados por Vituri & Matsuda, 2009).

Um indicador, enquanto medida e, segundo vários autores, serve o propósito de constatar, estimar, valorizar, controlar e autorregular os resultados de um processo.

Para Vituri & Matsuda (2009), um indicador pode ser definido como um sensor que auxilia a verificar se os objetivos propostos foram ou não alcançados. Este processo deve ser visto como algo positivo, estabelecendo assim, objetivos cada vez mais próximos ao ideal, tentando alcançá-los.

A elaboração de indicadores, constitui-se de extrema importância para a avaliação de determinado produto/serviço, uma vez que permite a mensuração e monitorização de resultados obtidos e, conseqüentemente, a identificação de oportunidades de melhoria, quer do processo quer do produto/serviço.

No entanto, para que um indicador sirva o seu objetivo, deverá ser detentor de certas características, que para Vituri & Matsuda (2009) citando Bohomol et al, são as seguintes:

- **Disponibilidade** - dados de fácil obtenção
- **Confiabilidade** - dados fidedignos;
- **Validade** - deve ser elaborado em função das características do fenómeno que se quer ou necessita medir;
- **Simplicidade** - facilidade de cálculo a partir das informações básicas;
- **Discriminatoriedade** - o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais;
- **Sensibilidade** - o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área;
- **Abrangência** - sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever;

- **Objetividade:** - deve ter um objetivo claro;
- **Baixo custo** - altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira;
- **Utilidade** - as informações obtidas devem ser utilizadas para a tomada de decisão de quem as recolhe ou de quem gere o serviço.

Podemos afirmar que um indicador, serve o propósito de objetivar aquilo que pode ser subjetivo, em termos de qualidade.

No caso dos enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados de saúde, os indicadores servem para mensuração do seu trabalho, das suas intervenções, visando como monitorização principal a qualidade das atividades realizadas, numa perspetiva qualitativa, pois os cuidados de saúde não são mesuráveis quantitativamente.

Os indicadores de qualidade servem, também, como indicadores de desempenho dos serviços prestados e de linha orientadora para a melhoria contínua na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Servem de medidores de resultados e como avaliadores da performance dos serviços.

Para Sentone (2005) “por meio dos indicadores de saúde é possível determinar o impacto que os serviços de saúde têm sobre a saúde da população, bem como evidenciar a qualidade e quantidade produzidas”.

Teixeira et al citados por Côrrea, Caixeta & Barros (2009) definem como indicadores, instrumentos reguladores da qualidade e assistência, no caso da Enfermagem, que obedecem a padrões estabelecidos e periodicamente revistos e que são construídos a partir de componentes da organização como a estrutura, o processo e o resultado.

Os indicadores avaliam aspetos qualitativos e quantitativos relativamente ao meio envolvente, à estrutura, aos processos e aos resultados.

Para Mota et al citados por Côrrea, Caixeta & Barros (2009), indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem podem ser: incidência de quedas do paciente; incidência de extubação acidental; incidência de perda de sonda nasogastrica enteral; incidência de úlcera por pressão; incidência de não conformidade relacionada a não administração de medicamentos pela enfermagem; incidência de flebite.

Os indicadores, não são mais que instrumentos que devolvem resultados métricos com relevância fundamental para a análise de qualidade de determinados serviços, criando desta forma, a capacidade de fornecer informação acerca da necessidade de implementação de ações corretivas, ou apenas ações que contribuam para a melhoria contínua. O indicador, acima de tudo, deve ter a capacidade de refletir não só dados do ponto de vista da gestão, como também do desenvolvimento deontológico do profissional (enfermeiro), sendo

essencial que no seio de uma equipa todos contribuam para elaboração dos indicadores, participem na discussão de resultados e implementem ações que permitam o envolvimento quer individual, quer em equipa.

3. ENQUADRAMENTO OPERACIONAL

3.1. METODOLOGIA DE ESTUDO

O estágio, como parte integrante do I Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde de Portalegre, decorreu no período de março a junho de 2011, na Unidade de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano.

A metodologia utilizada para este estudo, para a colheita de dados, foi a observação direta quer do local de estágio, como do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde e das atividades desenvolvidas pelos próprios dos utentes deste serviço, bem como as suas características.

Para Quivy & Campenhoudt (1998), a observação não é mais do que “o conjunto de operações através das quais o modelo de análise (constituído por hipóteses e por conceitos) é submetido ao teste dos factos e confrontado com dados observáveis”.

Segundo o mesmo autor, ao longo de toda esta etapa são reunidas inúmeras informações que serão posteriormente analisadas.

Durante o estágio, e porque a temática deste trabalho se centra nos Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, foi possível observar o tipo de cuidados prestados, os cuidados que são prestados com mais frequência e de que forma estes poderiam vir a desenvolver-se em matéria de estudo para elaboração dos indicadores.

3.1.1. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

O objetivo central das unidades de convalescença passa por recriar um ambiente em tudo semelhante ao ambiente do utente no domicílio, para que o utente possa recuperar a independência funcional, através da prestação de cuidados e implementação de intervenções multidisciplinares.

Assim, segundo Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2006), estas unidades têm como foco restabelecer as funções ou atividades afetadas, de forma total ou parcial, por diferentes patologias.

Ainda tendo em conta a definição da mesma instituição, pode afirmar-se que as unidades de convalescença são unidades destinadas a pessoas que apresentam uma

doença crónica ou se encontram em fase de recuperação de um processo agudo, após perda funcional de autonomia, potencialmente recuperável.

Podemos então afirmar que, as unidades de convalescença servem de unidade de transição entre unidades de saúde prestadoras de cuidados, numa fase aguda de determinada patologia e o domicílio ou similar. Assim, estas unidades prestam cuidados de saúde, numa perspetiva de máxima independência do utente que, por situação de doença aguda vê condicionada a sua capacidade física, havendo, no entanto, uma perspetiva de recuperação funcional para esse utente.

De acordo com o disposto pelos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social [MS e MTSS] (2006), no Decreto-Lei nº 101/2006, no nº 1 do art. 13,

A unidade de convalescença é uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico.

A RNCCI (2006), refere que estas unidades estão orientadas para o restabelecimento das funções, atividades ou capacidades alteradas em função de processos patológicos prévios, sejam eles médicos, traumatológicos ou cirúrgicos, constituindo-se como um recurso intermédio entre a alta hospitalar e o domicílio. Trabalham coordenadamente e, articulam-se com os hospitais de agudos e centros de saúde preferencialmente, assim como com os outros serviços de cuidados continuados, de forma a assegurar a continuidade dos cuidados aos utentes atendidos.

As Unidades de Convalescença foram criadas no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, sendo ela própria criada a 6 de junho de 2006, pelo Decreto-Lei nº 101/2006, que define, no art.8 que a Rede é baseada num modelo de intervenção integrada e articulada que prevê diferentes tipos de unidades e equipas para a prestação de cuidados de saúde e ou de apoio social.

O objetivo geral da Rede é a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes que, independentemente da sua idade, apresentem incapacidade funcional e, por isso se encontrem em situação de dependência.

Segundo o disposto no Decreto supramencionado, art.6, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados rege-se pelos seguintes princípios:

- a) Prestação individualizada e humanizada de cuidados;
- b) Continuidade dos cuidados entre os diferentes serviços, setores e níveis de diferenciação, mediante a articulação e coordenação em rede;
- c) Equidade no acesso e mobilidade entre os diferentes tipos de unidades e equipas da Rede;

- d) Proximidade da prestação dos cuidados, através da potenciação de serviços comunitários de proximidade;
- e) Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação dos cuidados;
- f) Avaliação integral das necessidades da pessoa em situação de dependência e definição periódica de objetivos de funcionalidade e autonomia;
- g) Promoção, recuperação contínua ou manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- h) Participação das pessoas em situação de dependência, e dos seus familiares ou representante legal, na elaboração do plano individual de intervenção e no encaminhamento para as unidades e equipas da Rede;
- i) Participação e corresponsabilização da família e dos cuidadores principais na prestação dos cuidados;
- j) Eficiência e qualidade na prestação dos cuidados.

Assim, cabe à Rede, assegurar a prestação de cuidados multidisciplinares de qualidade, centrados no indivíduo, tendo em conta a continuidade dos mesmos e, envolvendo a família num processo de prestação de cuidados com vista à máxima autonomia.

A Rede engloba 4 tipologias de resposta às necessidades dos utentes: a Equipa Hospitalar, as Equipas Domiciliárias, as Unidades de Ambulatório e as Unidades Hospitalares, nas quais se integram as Unidades de Convalescença, ou unidades de curta duração, onde o tempo máximo de internamento previsto é de 30 dias consecutivos.

Dentro da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, são referenciados para uma Unidade de Convalescença os utentes que apresentem as seguintes condições, dispostas pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2011) no Manual do Prestador da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados:

- i. Doente com necessidade de cuidados médicos e de enfermagem permanentes;
- ii. Reabilitação intensiva;
- iii. Alimentação por sonda nasogástrica;
- iv. Tratamento de úlceras de pressão e/ou feridas;
- v. Manutenção e tratamento de estomas;
- vi. Terapêutica parentérica;
- vii. Medidas de suporte respiratório, como oxigenoterapia, aspiração de secreções e ventilação não invasiva;

viii. Doente com necessidade de ajuste terapêutico e/ou de administração de terapêutica, com supervisão continuada;

ix. Doente com algum dos seguintes síndromes, potencialmente recuperável a curto prazo: depressão, confusão, desnutrição, problemas na deglutição, deterioração sensorial ou compromisso da eficiência e/ou segurança da locomoção;

x. Doente crónico com risco iminente de descompensação;

xi. Doente com indicação para programa de reabilitação física com duração previsível igual ou menor a 30 dias;

xii. Doente com síndrome de imobilização.

3.1.2. Caracterização do Local de Estágio

A Unidade de Convalescência do Hospital Dr. José Maria Grande - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano foi inaugurada no passado dia 1 de abril de 2011, situando-se no sétimo piso desse mesmo hospital.

Esta unidade está dividida, ela própria em 2 unidades distintas: a Unidade de Convalescência e a Unidade de Cuidados Paliativos.

O nosso estudo irá focar-se na Unidade de Convalescência, que se constitui como unidade de prestação de cuidados de curta duração, ou seja, que presta cuidados intermédios entre a alta hospitalar e o domicílio, a utentes que apresentem alguma incapacidade funcional transitória e com vista a aumentar a sua autonomia, durante um internamento até 30 dias consecutivos.

Esta unidade é constituída por:

- 1 Sala de acolhimento onde, como o próprio nome indica, é feito o acolhimento ao utente/família e onde habitualmente decorrem as reuniões com familiares;
- 14 Quartos dos quais 6, apenas com uma cama e os restantes 8 com duas camas cada um. Cada quarto encontra-se equipado com uma casa de banho, cama articulada e com grades, mesa de cabeceira, mesa de apoio, cadeirão e televisão. Em todas as casas de banho existem uma base de duche com chuveiro e todas estão equipadas com barras de apoio e assento para banho. Cada quarto está identificado com o nome do utente;
- 1 Sala de bem-estar ou sala de convívio, onde os utentes passam algum do seu tempo, durante o dia e que está dotada de televisão e vários jogos, tais como damas, xadrez, entre outros;
- 1 Sala de refeições, que serve também como ginásio e onde existe equipamento específico tal como uma marquesa individual, uma mesa bobath (ou divã neurológico), 1 espaldar, bicicleta, pesos, marquesa individual;
- 1 Sala de banho assistido com maca-banheira;

- 1 Sala de trabalho/terapêutica, onde existe um armário de terapêutica e 1 frigorífico com registo de temperatura e humidade;
- 1 Sala para a equipa multidisciplinar;
- 1 Rouparia;
- 1 Arrecadação;
- 1 Gabinete administrativo;
- Vestiário para os profissionais.

Em termos de equipamentos especializados, disponíveis para os utentes esta unidade está dotada de:

- Cadeiras de rodas;
- Cadeiras de banho;
- Andarilhos;
- Canadianas;
- Tripés;
- Grua;
- Camas articuladas, com 5 colchões de pressão alternada disponíveis;
- Cadeirões de transporte
- Carro de apoio à terapia ocupacional;
- Desfibrilhador Automático Externo;
- Carros de pensos;
- Mesas amovíveis para cadeiras de rodas e camas.

É por isso, uma unidade que está em concordância com o que está regulamentado para as unidades de convalescença, em termos de equipamentos técnicos e espaços físicos disponíveis.

Relativamente à equipa multidisciplinar que apoia esta unidade, esta é constituída por 15 enfermeiros, 1 médico de clínica geral, 1 fisiatra, 3 fisioterapeutas, 1 assistente social, 1 terapeuta da fala, 1 terapeuta ocupacional e 1 psicóloga (as 3 em regime de apoio à unidade), 2 dietistas, 14 assistentes operacionais, 1 administrativa, 1 gestor de departamento e 1 diretor clínico.

A todas as segundas-feiras é realizada uma reunião semanal da equipa multidisciplinar, na qual é feita a avaliação de cada utente e elaborado o Plano Individual de Intervenções para cada utente, ou seja, um plano de prestação de cuidados multidisciplinares, onde é (são) identificado(s) o(s) problema(s), estabelecido(s) o(s) objetivo(s), em função do(s) problema(s), enunciada(s) a(s) intervenção(ões) e inumerada(s) a(s) meta(s).

Existem também reuniões da equipa multidisciplinar com os familiares e utentes, sempre que se observe como importante.

Por último e, relativamente à população alvo deste estudo – os utentes internados na unidade de convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande, os dados possíveis de recolher foram dados empíricos. Caracterizando a população, é uma população essencialmente de idade avançada, em que as idades médias rondam os 65 e 80 anos de idade (dados empíricos), com um número de 115 utentes desde o momento em que foi inaugurada (a 1 de abril de 2011), até ao momento presente, dos quais 67 foram utentes do sexo feminino e 48 do sexo masculino, ou seja cerca de 58,26% são utentes do sexo feminino, enquanto os restantes 41,74% são do sexo masculino.

As causas mais frequentes de internamento nesta unidade são as patologias ortopédicas, as úlceras de pressão e necessidade de cuidados pós-cirúrgicos.

Esta unidade tem, em concordância com o que está preconizado pela Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, registo periódico de indicadores de qualidade, como por exemplo, o grau de satisfação dos utentes, incidência de úlceras de pressão e de quedas, no entanto, esses indicadores não estão estruturados tendo em conta exclusivamente a prestação de cuidados de enfermagem, pelo que se irá propor neste documento e, em momento oportuno, a adoção de indicadores específicos e, sensíveis aos cuidados de enfermagem. O objetivo dessa distinção, é otimizar os cuidados de enfermagem prestados na Unidade de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande, orientando os objetivos da equipa de enfermagem e evidenciando o trabalho desempenhado por essa mesma equipa.

4. PROPOSTA DE INDICADORES DE QUALIDADE SENSIVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A elaboração de cada um dos indicadores propostos a seguir, tem por base a identificação dos riscos e fatores de risco associados a determinado problema, a definição de um objetivo geral, a elaboração de um indicador, a proposta de metas a atingir para cada indicador e, ações de melhoria contínua, neste caso ações corretivas.

No entanto, estes indicadores terão um valor meramente indicativo, uma vez que, no período de estágio decorrido não foi possível a sua implementação e, como tal, a obtenção de resultados relativamente aos mesmos.

Assim, cada objetivo será definido em concordância com os objetivos do próprio serviço e as suas características específicas, bem como em função dos riscos e fatores de risco pré-existentes. Os objetivos definidos, quando aplicados, devem ser realistas, compreendidos por todos e atingíveis, de forma a não criar uma entrave no seu cumprimento, por parte dos intervenientes no processo.

Os indicadores serão traçados de acordo com o tipo de cuidados prestados e o tipo de utente a quem são prestados os cuidados de enfermagem.

No caso específico deste documento, os indicadores serão traçados sob a forma de percentagem e, como tal sob a forma de taxa, com o objetivo de mais facilmente se poder comparar, no futuro, com resultados obtidos noutras unidades de saúde e na própria unidade em estudo.

Por sua vez, as metas serão delineadas em função do próprio objetivo e de alguns dados comparativos analisados, de outras unidades de saúde, tendo em conta alguns autores e os dados empíricos, relativos à unidade em estudo.

Por último, as ações corretivas serão traçadas em função da hipótese de não se atingir as metas, de forma a que, se futuramente, as metas não forem atingidas, se possa atuar com medidas reais e adequadas ao indicador, com vista a uma melhoria contínua. No caso de se atingir as metas propostas, na nova definição de objetivos, deve haver uma exigência gradual no sentido de alcançar um processo de melhoria contínua.

A principal limitação encontrada para este estudo e que terá influência direta no estabelecimento de metas para cada indicador, é a falta de dados estatísticos, relativamente a cada indicador, na própria Rede de Cuidados Continuados Integrados - o caso das flebites e do grau de satisfação dos utentes; no caso das úlceras de pressão e quedas existem

dados estatísticos que podem servir de referência, uma vez que dizem respeito a um relatório de 2010 da própria Rede. Por outro lado, a unidade em análise neste trabalho, apresenta registos de dados relativamente a quedas e úlceras de pressão mas não há a disponibilidade de acesso ao tratamento desses dados, na Unidade de Convalescência dos Hospital Dr. José Maria Grande. No entanto, os dados relativos a essas ocorrências ficam registados em documento próprio da Rede. Relativamente a flebites, não existe nenhum documento de registo que permita o tratamento dos dados obtidos, relativamente às ocorrências. No que respeita ao grau de satisfação dos utentes, é enviado um questionário para cada utente, após alta da unidade, o que implica, a maior parte das vezes, numa perda de informação, não havendo também dados estatísticos sobre essa questão.

Isto permite-nos no entanto, frisar a importância que este trabalho possa vir a ter no futuro, para monitorização dos indicadores.

Seguidamente, em cada um dos indicadores, serão enunciados dados empíricos possíveis, relativamente ao mesmo, tendo em conta a colheita que se conseguiu realizar, quer através de observação direta quer através de diálogo com a enfermeira responsável pela unidade.

4.1. INCIDÊNCIA DE QUEDAS NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE

Segundo a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra [UICS, ESEC] (2012), citando (Mugaiar et al; Mesa et al & Saraiva et al)

As quedas surgem entre os acidentes mais frequentes nos hospitais, podendo ter consequências nefastas para a saúde e bem-estar dos utentes, quer a nível físico, psicológico e social. Habitualmente estes eventos traduzem-se num aumento do período de internamento e de dependência do indivíduo, com consequente acréscimo de custos económicos e sociais. Este tipo de acidentes é, por isso, considerado como importante indicador da qualidade assistencial.

e “Estudos realizados no continente Americano demonstraram que 84% dos utentes internados sofriam quedas” (Wilson; Bernick & Edelberg), “sendo os utentes com idade igual ou superior aos 65 anos quem a experimentava a maioria destes eventos, repetindo-se mais do que uma vez em 10% dos casos” (Wilson & Tinetti).

Constituem-se como fatores de risco para quedas (nos idosos) e, citando Paúl (s.d.), as seguintes:

- **Fatores de Risco Intrínsecos:** Historial de quedas, Idade, Sexo feminino, Viver sozinho, Medicação psicotrópica, Toma de vários medicamentos, Mobilidade

reduzida e balanço, Medo de cair, Deficiências nutricionais, Dificuldades cognitivas, demência, Cataratas, glaucoma, doença de Parkinson, entre outras

- **Fatores de Risco Extrínsecos:** Riscos ambientais (fraca iluminação, pisos escorregadios, superfícies irregulares), Calçado e vestuário não apropriado, bengalas ou andarilhos não apropriados, entre outros.

Tendo em conta a observação destes fatores, existem muitos utentes com Fatores de Risco Intrínsecos associados e sobre os quais será, à partida mais difícil de atuar, pelo que, teremos que direcionar os objetivos para a problemática das quedas, para a atuação sobre os Fatores de Risco Extrínsecos.

A identificação do risco de queda é aplicada a cada utente, nesta unidade de saúde, através da escala de Morse (Anexo 3).

Após identificação e avaliação dos riscos e fatores associados a esta problemática, elabora-se como objetivo reduzir o número de quedas ocorridas.

O indicador proposto para este objetivo irá permitir uma monitorização do número de quedas ocorridas no serviço. O número de quedas em análise englobará todo o tipo de quedas, independentemente dos fatores que as precipitaram e do grau de dependência dos utentes.

A meta para este indicador, é estabelecida em concordância com o grau de prevalência de quedas nas Unidades da Rede de Cuidados Continuados Integrados, descrita pela UMCCI (2011), no Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados de Continuados Integrados em 2010 e que nos indica uma percentagem de 37% em 2008, 27% em 2009 e 24% em 2010 bem nos dados obtidos empiricamente no estágio na unidade em análise e que serão descritos mais abaixo.

As ações corretivas serão traçadas sempre que não se atingir a meta pré-estabelecida. Estas ações corretivas, irão contribuir igualmente para a definição do objetivo no período seguinte. No caso de cumprimento da meta estabelecida, as ações corretivas serão baseadas segundo a tipologia das quedas ocorridas e, tendo como base o Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua, elaborado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

É proposta também a implementação de um documento (Quadro 1) para registo das ocorrências, onde se faz a identificação do tipo de ocorrência, o utente e os fatores de risco presentes no momento da ocorrência e que posteriormente nos possibilitarão uma análise de causas, que nos permitirá uma melhoria contínua.

Identificação da Ocorrência		
Data da Ocorrência		
Identificação do utente		
Nome		
<i>Idade</i>		
<i>Sexo</i>	Feminino	Masculino
<i>Estado de Consciência</i>		
<i>Medicação Psicotrópica</i>	Sim	Não
<i>Grau de Dependência na Mobilização</i>		
<i>Supervisão no momento da Queda</i>	Sim	Não
<i>Utilização correta de grades aquando momento da queda (se aplicável)</i>	Sim	Não
<i>Utilização correta de equipamento auxiliar de marcha¹ aquando momento da queda (se aplicável)</i>	Sim	Não
<i>Falha de equipamento (identificar qual)</i>		
Observações		

¹ Entenda-se por equipamento auxiliar de marcha cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas e bengalas.

Quadro 1 – Registo de Quedas - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

Na unidade de saúde em análise, ocorreram desde abril de 2011 até ao momento, cerca de 19 quedas no total, em 9 utentes, sendo que 1 utente apresentou 6 quedas durante o internamento, outro, 4 quedas e outro, 3 quedas. Os restantes sofreram apenas 1 queda. Em termos percentuais, representa uma incidência de aproximadamente 16,52% de ocorrência de quedas (ou seja, num total de 115 utentes ocorreram 19 quedas), o que está dentro dos valores ocorridos em toda a Rede, durante o ano de 2010.

Relativamente às causas associadas, pensa-se que 5 quedas tiveram origem na alteração da mobilidade, aquando deambulação, em que esta era auxiliada por andarilho.

Relativamente a 10 das quedas ocorridas, o fator de risco identificado foi a agitação psicomotora, sendo que 4 das quedas (ocorridas num só utente) aconteceram a partir do cadeirão. As outras 6, também elas na mesma utente, foram provocadas de forma intencional pelo próprio utente, em situação de agitação psicomotora.

Outras 3 quedas ocorreram por alteração do equilíbrio, aquando deambulação, em utentes independentes.

Em termos de complicações surgiram no âmbito destas quedas, 1 fratura do colo do fémur à direita e uma ferida inciso-contusa na região supraciliar à esquerda.

Durante o período de estágio o observador não presenciou nenhuma queda.

O esquema abaixo (Figura 1) projeta de forma objetiva o ciclo que deve ser seguido para uma correta análise do indicador. Portanto, será acessível para todos os profissionais consultarem a forma como é monitorizado o indicador, bem como o objetivo e a meta definida.

Como principal medida de melhoria contínua deve ser criado um documento que permita ao Enfermeiro sugerir ações corretivas, que possam surgir, nomeadamente de uma queda ocorrida pontualmente.

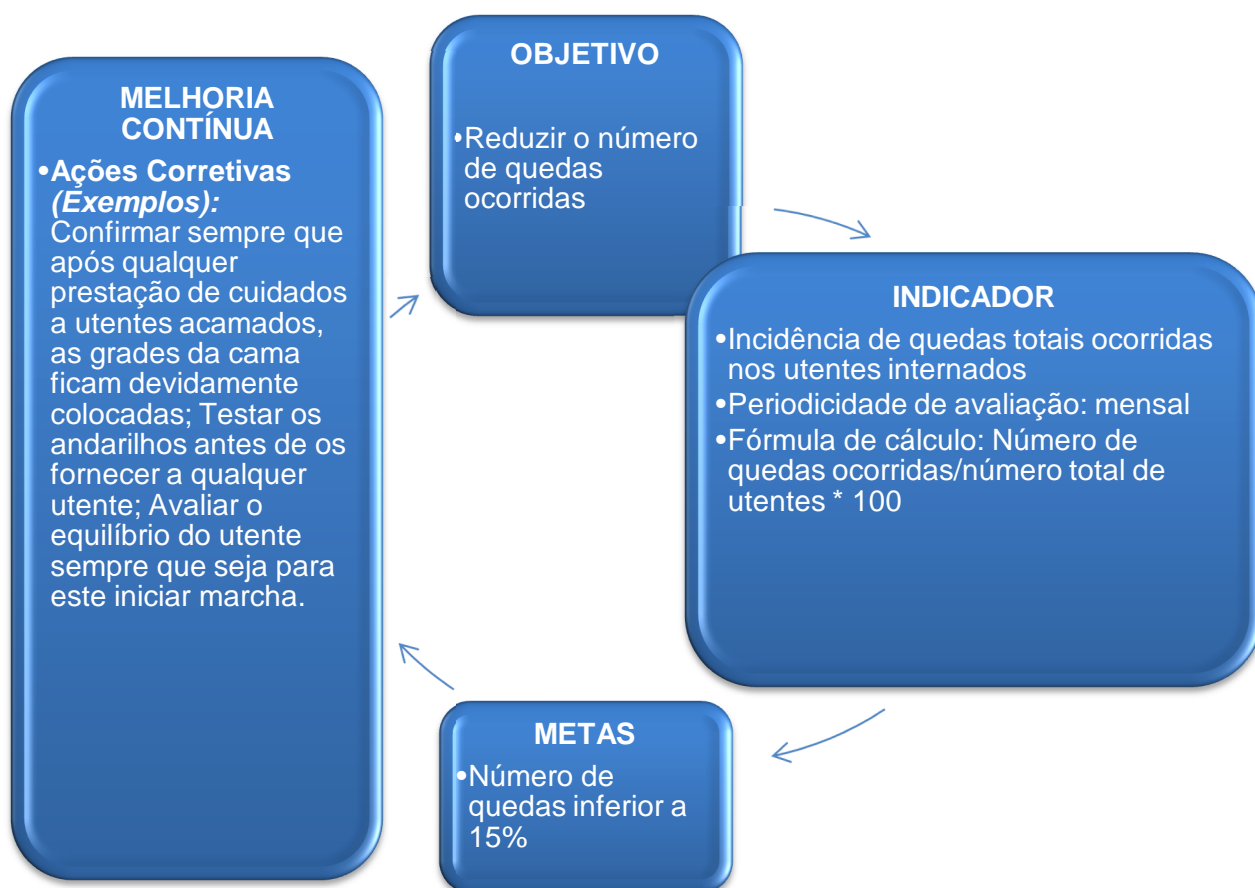


Figura 1 – Esquema de atuação – Incidência de Quedas - Utes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

4.2. INCIDÊNCIA DE ÚLCERAS DE PRESSÃO NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE

A Direção Geral da Saúde [DGS], em circular informativa de 23-06-98, citada pela RNCCI (2011), refere que “ o aparecimento de Úlceras de Pressão, associado ou não a outros fatores, é um indicador da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde”.

Assim, tendo em conta o supra citado, revela-se importante utilizar como um dos indicadores de qualidade propostos, a incidência de úlceras de pressão.

Pode definir-se úlcera de pressão como uma lesão de pele causada pela interrupção ou diminuição do aporte sanguíneo numa determinada área, que se desenvolve devido a uma pressão aumentada por um período prolongado.

São pois, “Áreas localizadas de isquémia e necrose tecidual, que se desenvolvem pela compressão prolongada dos tecidos moles entre proeminências ósseas e a superfície externa” (Rocha, Miranda & Andrade, 2006).

Segundo Rocha et al (2006) citando Connor, as localizações mais frequentes são a isquiática (24%), a sacrococcígea (23%), a trocantérica (15%), e a calcânea 8(%). Outras localizações incluem os maléolos laterais (7%), cotovelos (3%), região occipital (1%), e região escapular.

Os fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão são: a imobilidade, pressões prolongadas, fricção, traumatismos, idade avançada, desnutrição, humidade excessiva da pele, edemas, hipotensão, entre outros.

Para prevenir o aparecimento de úlceras de pressão, devem ser adotadas medidas importantes, tais como:

- Manter colchão antiescaras, de preferência colchões de pressão alternada;
- Alternar decúbitos, frequentemente, tendo em conta a necessidade para cada utente;
- Manter alimentação adequada às necessidades nutricionais de cada utente;
- Assegurar hidratação;
- No caso de utentes com fralda, trocar frequentemente a fralda;
- Manter pele hidratada;
- Manter roupa da cama bem esticada, em utentes acamados;
- Manter pele limpa e seca e utilizar sabonetes de pH neutro para a limpeza da mesma.

A referir que a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, detém um manual onde estão descritos vários aspetos relacionados com as úlceras de pressão – Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua, elaborado pela Unidade

de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, em 2011, no qual, entre outras, podemos encontrar as recomendações para a prevenção das úlceras de pressão.

Por outro lado, esse mesmo manual faz referência aos fatores de risco para úlceras de pressão, dividindo-os em Fatores Intrínsecos e Fatores Extrínsecos.

Como Fatores Intrínsecos estão descritos os vasculares (que incluem alterações tais como arteriopatias obliterantes, insuficiência venosa periférica e microarteriopatia diabética, sendo que em todos os casos a oxigenação dos tecidos a nível local ou geral está comprometida, devido à redução da pressão capilar por interrupção ou inversão do fluxo sanguíneo), neurológicos (tais como alterações da sensibilidade, da motricidade e do estado de consciência, que podem induzir situações de imobilidade ou agitação e que favorecem as forças de pressão e/ou de fricção), tópicos (dos quais a diminuição da elasticidade da pele, a perda de gordura sub cutânea e a atrofia muscular, levam ao aparecimento de proeminências ósseas mais salientes, facilitadoras do aparecimento de úlceras de pressão, sobretudo em pessoas idosas) e gerais (neoplasias, febre, infeções, desnutrição, fármacos tais como córticosteroides, analgésicos e sedativos, que possam diminuir a sensibilidade).

Segundo o mesmo manual, os Fatores Extrínsecos dizem respeito às forças físicas que atuam a nível local, como compressão prolongada, fricção e estiramento.

Relativamente à incidência deste fenómeno, Paul, citado por Rocha et al (2006), refere que a incidência global de úlceras de pressão nos utentes hospitalizados é de 2,7 a 2,9%.

Na unidade de saúde em questão, está a ser utilizada a escala de Braden (Anexos 1 e 2), como escala de avaliação de risco de incidência de úlceras de pressão, aplicada para avaliar o risco de aparecimento de úlceras em todos os utentes.

Tendo em conta os fatores de risco para o aparecimento de úlceras de pressão e a sua identificação, traça-se o objetivo geral – reduzir o número de úlceras de pressão que surgem durante o internamento.

Para esse objetivo (Figura 2), estabelece-se como indicador de qualidade a “Incidência de Úlceras de Pressão ocorridas nos utentes internados” (Figura 2), com vista a uma avaliação com periodicidade mensal e expresso sob a forma de taxa.

A meta (Figura 2) é, por sua vez estabelecida tendo em conta resultados obtidos noutras unidades de saúde, por comparação. De acordo com o Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados de Continuados Integrados em 2010, os dados relativos a literatura internacional apontam para números de prevalência de úlceras de pressão entre 27% e 53,2%, sendo que a prevâência nos utentes assistidos em Unidades de Internamento na Rede foi de 22% em 2008, 19% em 2009 e 18% em 2010.

As ações corretivas (Figura 2) propostas, têm em consideração as especificidades da unidade e dos utentes e vão ao encontro das medidas de prevenção estabelecidas no

Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua, da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

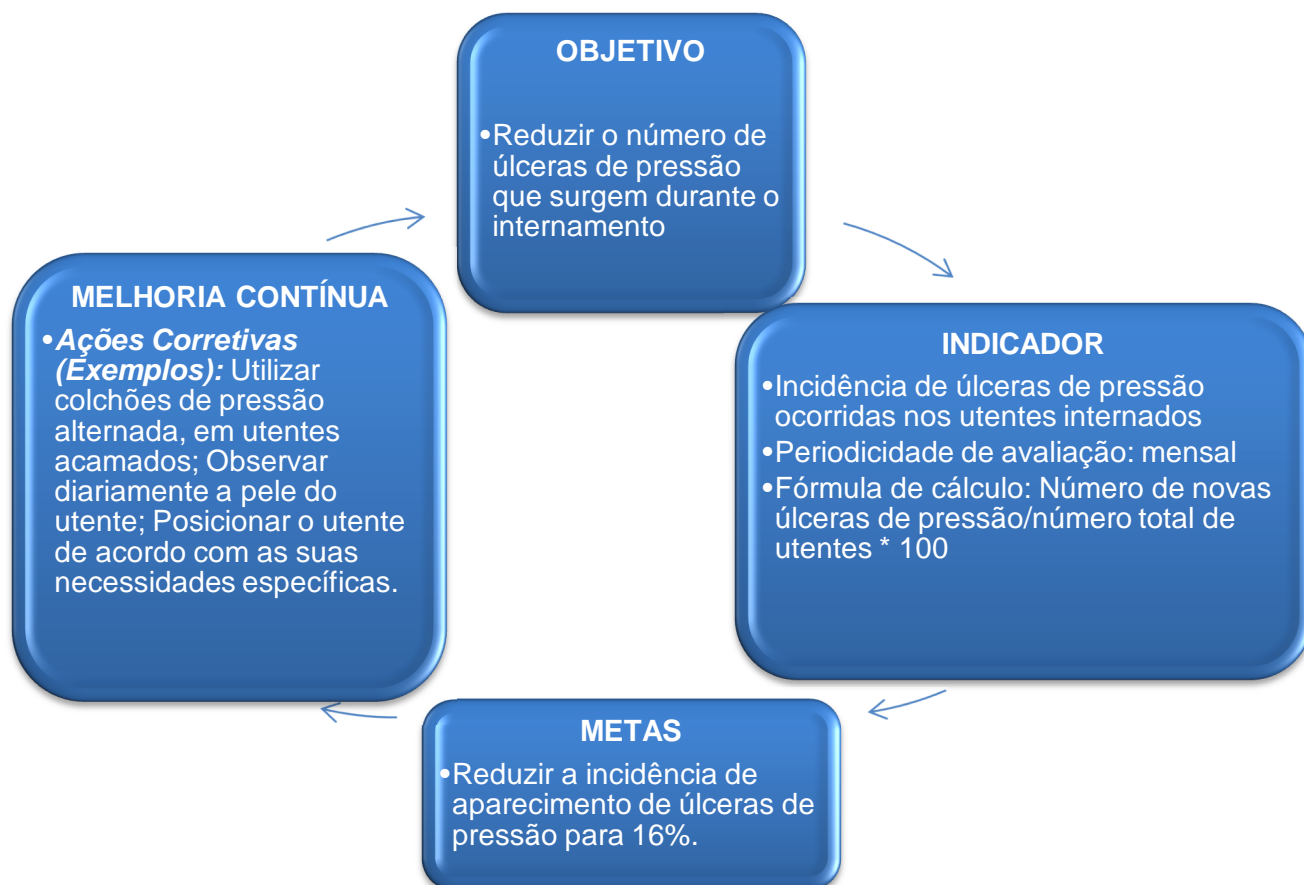


Figura 2 – Esquema de atuação – Incidência de úlceras de pressão - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

Da mesma forma que para o indicador abordado anteriormente, é proposta a implementação de um documento (Quadro 2) para registo das ocorrências, onde se faz a identificação do tipo de ocorrência, o utente e os fatores de risco presentes no momento da ocorrência e que posteriormente nos possibilitarão uma análise de causas, que nos permitirá uma melhoria contínua.

Identificação da Ocorrência			
Data da Ocorrência			
Identificação do utente			
<i>Nome</i>			
<i>Idade</i>			
<i>Sexo</i>	Feminino	Masculino	
<i>Grau de Dependência na Mobilização</i>			
<i>Fatores de Risco Intrínsecos</i>	Sim	Não	
<i>No caso de existirem Fatores de Risco Intrínsecos</i>	Quais?		
<i>Fatores de Risco Extrínsecos</i>	Sim	Não	
<i>Presença de Edemas</i>	Sim	Não	
<i>Desnutrição</i>		Sim	Não
<i>Desidratação</i>		Sim	Não

Quadro 2 – Registo de úlceras de pressão - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

As úlceras de pressão constituem-se como um dos principais motivos de internamento, no entanto, na unidade em estudo, e, mais uma vez não havendo tratamento de dados estatísticos, podemos dizer, de acordo com dados empíricos, que a sua incidência seja praticamente nula.

Assim, parece-nos que, para não se induzir uma meta não concretizável, teremos em conta os resultados de 2010 obtidos na Rede de Cuidados Continuados Integrados, podendo com isso superar o objetivo, dado que a incidência na unidade em estudo e, tendo em conta apenas os dados empíricos, foi largamente inferior.

4.3. INCIDÊNCIA DE FLEBITES NOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE

A flebite constitui-se como a complicação mais frequente, segundo Lanbeck, Odenholt & Paulsen citados por Oliveira & Parreira (2010), decorrente da administração de fluidos

intravenosos, através de cateter venoso periférico, que é definida como uma inflamação células endoteliais da parede venosa, que permite a aderência de plaquetas.

Os sinais e sintomas mais frequentemente associados a flebite são eritema, dor, calor e edema local, cordão fibroso palpável ao longo da veia e diminuição da velocidade de infusão. Perante estes sinais, cabe ao enfermeiro atuar em concordância.

A punção venosa periférica, constitui-se como uma técnica utilizada frequentemente pelos enfermeiros no exercício da sua profissão e que mobiliza várias competências, exigindo conhecimentos de anatomia, fisiologia, microbiologia e destreza manual. A técnica deve ser realizada de forma a evitar complicações potenciais, que aumentam a taxa de morbidade e conseqüentemente uma redução da qualidade dos cuidados de enfermagem.

É um procedimento invasivo, que proporciona a comunicação do sistema intravascular com o meio externo, podendo por isso acarretar complicações e aumento das taxas de morbidade, sempre que alguns fatores não sejam assegurados. Desses fatores fazem parte a assepsia, que no caso de não existir, pode condicionar o aparecimento de flebites.

Assim, a adequada higienização das mãos, antes da realização da inserção do CVP, é considerado por Oliveira & Parreira (2010) como sendo um procedimento imprescindível para a prevenção de complicações.

Por outro lado, a vigilância para detecção precoce de complicações decorrentes das punções venosas periféricas é também preponderante.

Segundo Oliveira & Parreira (2010), a incidência de flebites encontrada nos diferentes estudos efetuados varia entre 3,7% (Powel, Tarnow & Roxanne) e 64,6% (Cicolini *et al*).

Tendo em conta os fatores de risco para o aparecimento de flebites e a sua identificação, traça-se o objetivo geral – reduzir o número de flebites que surgem durante o internamento, em utentes com cateter venoso periférico.

Para esse objetivo (Figura 3), estabelece-se como indicador de qualidade a “Incidência de Flebites ocorridas nos utentes internados, com cateter venoso periférico” (Figura 3), com vista a uma avaliação com periodicidade mensal e expresso sob a forma de taxa.

Neste caso e, devido à dificuldade em encontrar dados mais direcionados para o tipo de unidades de saúde em estudo, a meta (Figura 3), será estabelecida, tendo em linha de conta dados gerais obtidos em literatura internacional para serviços distintos.

As ações corretivas propostas, têm em consideração as boas práticas de enfermagem, no desempenho do seu exercício profissional (Figura 3)

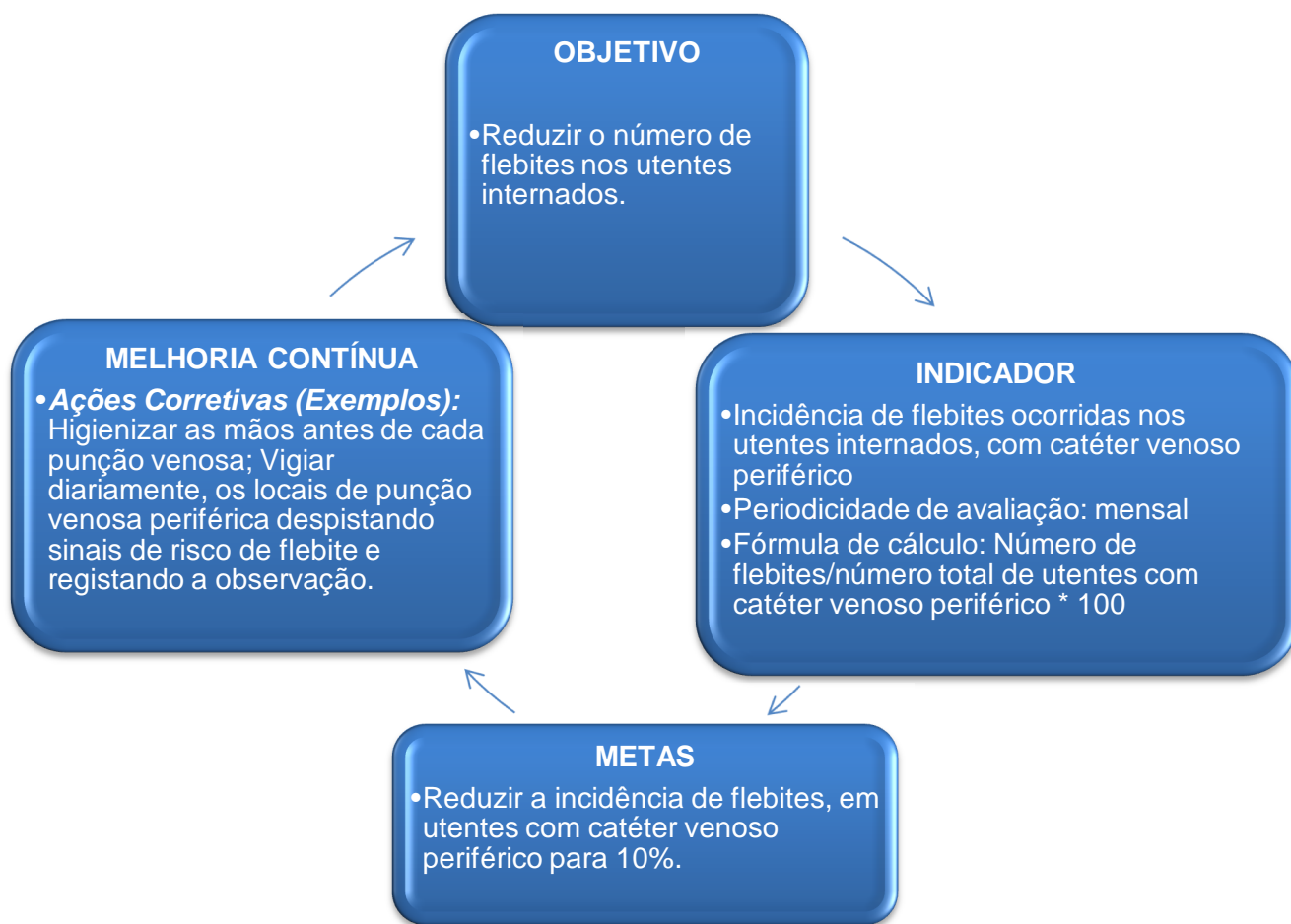


Figura 3 – Esquema de atuação – Incidência de flebites - Utes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

É proposta também, a implementação de um documento (Quadro 3) para registo das ocorrências, onde se faz a identificação do tipo de ocorrência, o utente e os fatores de risco presentes no momento da ocorrência e que, posteriormente, nos possibilitarão uma análise de causas, que nos permitirá uma melhoria contínua. Neste caso, englobam a presença de sinais e sintomas de flebite no local de punção, bem como aspetos relacionados com a própria técnica desenvolvida.

Identificação da Ocorrência					
Data da Ocorrência					
Identificação do utente					
<i>Nome</i>					
<i>Idade</i>					
<i>Sexo</i>		Feminino		Masculino	
<i>Número de dias ininterruptos, com cateter venoso periférico</i>					
<i>Higienização prévia das mãos aquando punção</i>					
<i>Vigilância diária do local de punção</i>					
<i>Sinais/Sintomas de flebite</i>	<i>Eritema</i>	<i>Calor e Edema</i>	<i>Dor</i>	<i>Cordão fibroso palpável</i>	<i>Diminuição da velocidade de infusão</i>
<i>Dia 1</i>					
<i>Dia 2</i>					
<i>Dia 3</i>					

Quadro 3 – Registo de flebites - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

Na unidade de saúde em análise, não existem registos de flebites em documento específico sendo que este indicador não é monitorizado como indicador da Rede de Cuidados Continuados Integrado. Assim e, também não havendo dados concretos da própria unidade em estudo, baseamos a meta a definir, através da bibliografia encontrada para este indicador.

4.4. GRAU DE SATISFAÇÃO DOS UTENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE CONVALESCENÇA DO HOSPITAL DR. JOSÉ MARIA GRANDE

O grau de satisfação do cliente constitui-se como um importante indicador de qualidade, que carrega consigo uma componente muito subjetiva, na medida em que está diretamente relacionada com as próprias vivências do utente/cliente, dos seus valores, crenças, nível educacional, sociocultural, e até político.

Aquando a prestação de cuidados de enfermagem, existe a criação de uma relação terapêutica que envolve uma relação empática. Decorrente desta relação que se estabelece entre o enfermeiro e o utente, o enfermeiro terá um papel privilegiado no contacto com o utente e, por isso na satisfação ou não satisfação das expectativas do mesmo.

Para Ribeiro (2003), “o grau de satisfação dos sujeitos pode ser influenciado por múltiplos aspetos relacionados com as características e os atributos dos indivíduos, com as suas experiências anteriores, com variáveis de contexto, e com as expectativas dos sujeitos sobre as diferentes dimensões da satisfação”.

Para a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005), “A satisfação dos utentes/clientes quanto aos cuidados de enfermagem constitui um importante e legítimo indicador da qualidade dos cuidados prestados”.

Segundo Alves (2009),

Ao estudar a satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem apercebemo-nos de como esta constitui um indicador relevante para a caracterização da qualidade dos cuidados de enfermagem. São os utentes que podem fornecer-nos informação válida acerca da qualidade dos cuidados de enfermagem que receberam.

Daqui decorre que o enfermeiro tem um papel fundamental na satisfação do utente perante o serviço de saúde prestado.

Donabedian citado por Alves (2009), considera que a qualidade dos cuidados é um elemento importante na avaliação dos mesmos, no que se refere ao resultado, pois, como já foi referido, este é a modificação do estado de saúde atual ou futuro (ganhos em saúde) que pode ser atribuída aos cuidados prestados e à satisfação que os utentes demonstram com os cuidados de que foram alvo.

Daqui decorre mais uma vez, a importância da opinião dos utentes/clientes para a determinação da qualidade dos cuidados, pois sendo eles detentores de determinadas expectativas pessoais, estas irão influenciar os resultados esperados e, conseqüentemente, o grau de satisfação obtido.

Neste ponto, serão considerados utentes, toda a unidade familiar envolvida no processo de cuidar e não apenas o utente internado. Desta forma, serão aplicados questionários de

satisfação quer aos utentes internados quer aos seus familiares envolvidos na prestação de cuidados ao mesmo.

Tendo em conta a relação empática estabelecida entre utentes e equipa de enfermagem e os cuidados prestados pelos enfermeiros no cumprimento do seu exercício profissional, será traçado o objetivo geral – Aumentar o grau de satisfação dos utentes.

Para esse objetivo, estabelece-se como indicador de qualidade o “Grau de Satisfação dos utentes”, com vista a uma avaliação com periodicidade mensal e expresso sob a forma de taxa.

A meta é, por sua vez estabelecida, neste caso particular, empiricamente.

As ações corretivas propostas, têm em consideração o exercício profissional dos enfermeiros da equipa.

Na unidade de saúde em análise, e, sendo este um dos indicadores a monitorizar pela Rede, são enviados inquéritos de satisfação aos utentes, após alta, o que leva a que na grande maioria das situações não se obtenha uma resposta aos mesmos.

Assim, também em termos deste indicador, não conseguimos encontrar valores de referência para que seja estabelecida uma meta realista para o problema.

No entanto, o que se propõem, na ausência de dados concretos e, uma vez que o estabelecimento de objetivos, indicadores, metas e ações corretivas constituem-se como um processo contínuo e dinâmico, será o estabelecimento de uma meta aleatória e, assim que haja um resultado concreto, redefinir os objetivos e as metas.

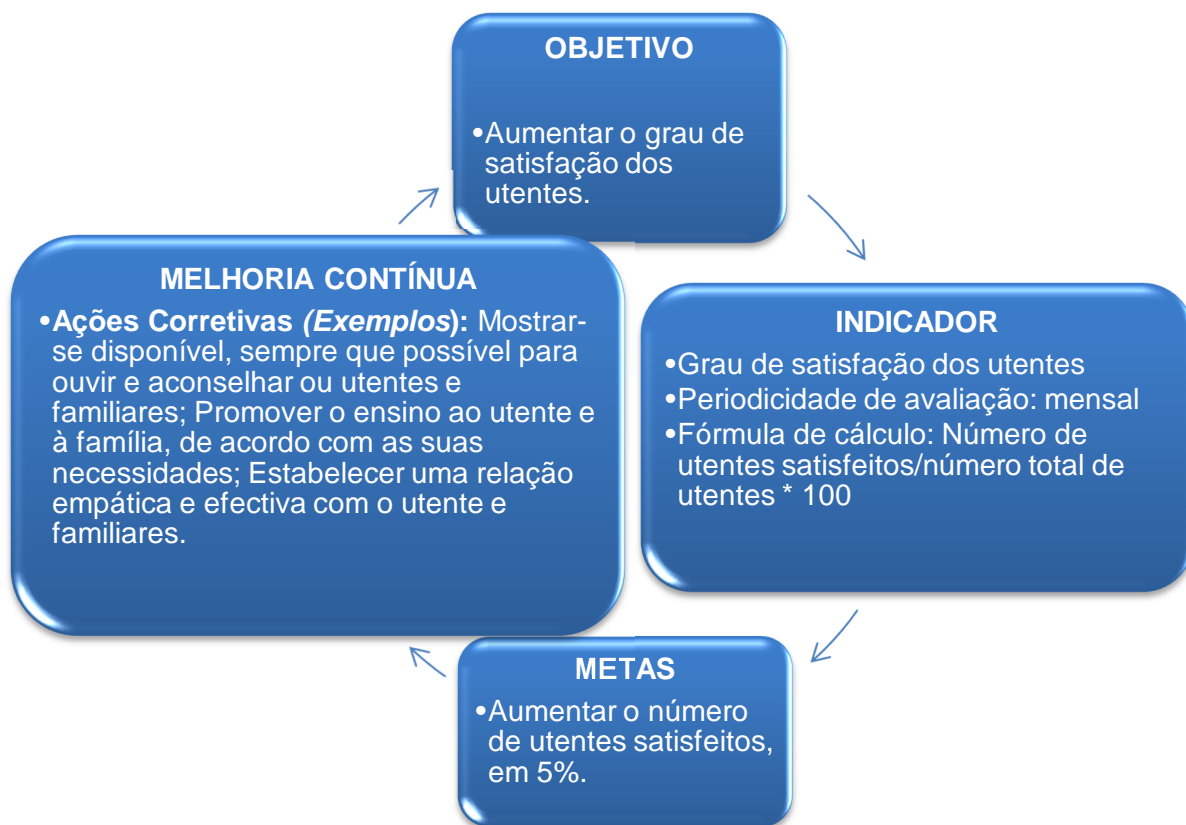


Figura 4 - Esquema de atuação – Satisfação de utentes - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

Inquérito de Satisfação aos Utentes perante os Cuidados de Enfermagem		
Identificação do utente		
<i>Nome (facultativo)</i>		
<i>Idade</i>		
<i>Sexo</i>	Feminino	Masculino
<i>Acha que o tempo dispensado para si/para o seu familiar, pela equipa de enfermagem é suficiente?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	
<i>A equipa de enfermagem fornece-lhe informações importantes e que considere necessárias?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	
<i>Os enfermeiros mostram-se disponíveis para conversar e o apoiar quando precisa?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	
<i>Os enfermeiros são simpáticos?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	
<i>A equipa de enfermagem esclarece-lhe dúvidas em momento oportuno?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	
<i>Sente que os cuidados prestados pelos enfermeiros o ajudam a melhorar?</i>	Nunca Raramente Às Vezes Frequentemente Sempre	

Quadro 4 – Registo de flebitis - Utentes Internados no Serviço de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande

5. ANÁLISE CRÍTICA/CONCLUSÃO

Nos nossos dias todos falamos em qualidade – qualidade de um produto, de um serviço e, mais recentemente qualidade dos serviços públicos e, mais concretamente dos serviços de saúde.

Esses conceitos de qualidade têm vindo a ser desenvolvidos ao longo dos anos e, para que seja possível validar e analisar os resultados obtidos, torna-se necessária a mensuração dessa mesma qualidade.

Apesar de a qualidade apresentar uma forte componente subjetiva associada, relacionada com as diferentes perspetivas, valores, crenças e expectativas de cada cliente/utente, torna-se cada vez mais premente apresentar resultados ainda assim objetivos, de forma a avaliar essa qualidade e apostar na melhoria contínua do produto ou serviço.

Para desempenhar essa função temos os indicadores de qualidade, criados para mensurar aquilo que se pensava subjetivo. Trata-se de avaliar, estimar, cotar parâmetros que permitem afirmar se o serviço ou produto apresentam ou não a qualidade esperada.

No entanto, no que concerne aos serviços de saúde e, mais concretamente no caso dos serviços de saúde públicos, a implementação desses indicadores e, por isso a avaliação da qualidade dos serviços, encontra-se ainda numa fase muito embrionária.

Se ouvimos falar frequentemente em qualidade nos cuidados de saúde e na aplicação de Padrões de Qualidade na área da saúde, a sua operacionalização ainda está longe daquilo que será desejável.

À semelhança, a qualidade dos cuidados de enfermagem como parte integrante de um serviço de saúde, não encontra ainda uma operacionalização efetiva destes padrões e da avaliação da qualidade.

Neste trabalho tenta, contudo, criar-se uma ferramenta que permita aos enfermeiros da Unidade de Convalescença do Hospital Dr. José Maria Grande, mensurar a qualidade relativa a alguns dos cuidados de enfermagem prestados nesta unidade.

Assim, é proposta a implementação de 4 indicadores, elaborados neste documento – Incidência de Quedas, Incidência de Úlceras de Pressão, Incidência de Flebites em utentes como cateter venoso periférico e Grau de Satisfação dos Utentes.

Cada um destes indicadores vai ao encontro dos Padrões de Qualidade estabelecidos pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, baseando-se nos seus

enunciados, nomeadamente, na satisfação do cliente e na prevenção de complicações. Por outro lado, são definidos em concordância com a opinião de alguns autores que referem que

(...) é habitual abordar as componentes relativas à segurança do doente no contexto dos aspetos relacionados com a qualidade em saúde, designadamente, a qualidade da prestação de cuidados de saúde. De facto, considerando a globalidade de qualquer sistema da qualidade é possível compreender e aceitar que a segurança do doente aí se insira (Serranheira et al, citado por Duarte, 2011).

Desta forma, poderão implementar-se cuidados de enfermagem de qualidade, tendo em contas as metas estabelecidas para cada indicador e com os fatores descritos na literatura como condicionantes da qualidade dos cuidados.

Relativamente à unidade de saúde estudada neste projeto, existem ferramentas de avaliação de qualidade, indicadores de qualidade, que estão de acordo com aquelas preconizadas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, mas que, em termos de cuidados de enfermagem, são pouco específicas e carecem de uma implementação efetiva por parte dos enfermeiros envolvidos no processo de cuidar.

Assim, pensa-se que a proposta dos Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, tendo em conta determinadas especificidades do serviço em causa, poderá ser um ponto de partida para a implementação efetiva, uma vez que as ferramentas propostas se constituem como ferramentas de simples aplicação e avaliação, quer para os utentes como para os profissionais envolvidos.

Estes indicadores poderão ser úteis para toda a equipa de enfermagem, na medida em que podem permitir o estabelecimento de objetivos para a própria equipa, a avaliação de desempenho do exercício profissional dos enfermeiros da equipa e uma melhoria contínua na prestação de cuidados de enfermagem.

Por outro lado, os indicadores propostos neste trabalho, podem servir de base para implementação de outros indicadores, em qualquer serviço de saúde e para qualquer grupo de profissionais, realizando apenas as alterações necessárias para os adequar aos objetivos que se querem perseguir.

A qualidade não deve ser vista pelos profissionais, neste caso pelos enfermeiros, como uma obrigação mas sim como um dever para com os utentes e ao mesmo tempo como um direito, na medida em que a qualidade efetiva apenas trará uma valorização dos cuidados prestados e uma maior evidenciação da contribuição dos enfermeiros para os serviços de saúde.

A qualidade tende também a promover uma maior eficiência dos recursos disponíveis, pelo que se nota de carácter emergente nos nossos dias. No entanto, ela depende não só de um enfermeiro, não só de um grupo profissional mas de todos aqueles que trabalham em função de um objetivo comum.

A realização deste projeto poderá dar o ponto de partida à implementação de Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem, que poderá valorizar o nosso trabalho diário junto dos utentes e administrações hospitalares, no sentido da reafirmação do nosso valor enquanto profissionais de excelência, indispensáveis ao funcionamento das instituições de saúde.

Encontram-se no entanto, algumas limitações à aplicação de ferramentas de qualidade em serviços, nomeadamente de cariz público, uma vez que existe ainda a concepção de que a qualidade está associada a um aumento dos custos fixos. Por outro lado, num contexto atual um pouco conturbado no que concerne às leis atuais do trabalho, e, portanto à motivação dos profissionais, a qualidade é colocada um pouco à margem. No entanto, devemos pensar que ela não é dispensável em momento algum, muito menos em alturas em que é necessário maximizar os recursos disponíveis e zelar pela manutenção dos postos de trabalho. Assim, a qualidade pode ser vista como um elemento motivador, para demonstrarmos o nosso valor enquanto profissionais competentes, assegurando padrões de excelência no nosso exercício profissional.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, M. (2009). *O Serviço de Atendimento Permanente Satisfação dos Utentes com a Assistência de Enfermagem*. Dissertação de mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Mestrado em Ciências de Enfermagem), Porto.
- Campos, L.; Saturno, P. & Carneiro, A. (2010, dezembro). Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.
- Conselho de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros [CE, OE] (2001, dezembro). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual, Enunciados Descritivos. *Divulgar*, 3-15.
- Conselho de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros [CE, OE] (2003, outubro). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Divulgar*, 3-26.
- Côrrea, I.; Caixeta, L. & Barros, T. (2009). Indicadores de Qualidade do Serviço de Enfermagem. In *NETSABER Artigos*. Acedido a 15 de fevereiro de 2012 em http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_12010/artigo_sobre_indicadores_de_qualidade_do_servi%C3%87o_de_enfermagem
- Delgado, J. (1997). *Sensibilização para a Importância da Qualidade no Mercado Atual*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Direção Geral da Saúde, Ministério da Saúde [DGS-MS] (2011, fevereiro). Programa Nacional de Acreditação em Saúde. Manual de Acreditação de unidades de Saúde. Gestão Clínica. 1ª Edição. Lisboa
- Duarte, M. (2011). *Caracterização e Impacte das Quedas de Doentes, como Indicador de Qualidade, num Hospital E.P.E*. Dissertação de mestrado, (V Curso de Mestrado de Gestão em Saúde), Lisboa.

- Juran, J. & Feo, J. (2010). *Juran's Quality Handbook: the Complete Guide to Performance Excellence*. Sixth Edition. New York: MacGraw-Hill.
- Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social [MS e MTSS] (2006). Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de junho. *Diário da República*, 1ª Série-A, nº 109, 3856-3865.
- Oliveira, A. & Parreira, P. (2010, dezembro). Intervenções de Enfermagem e Flebites decorrentes de Cateteres Venosos Periféricos. Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, nº2 (III Série).
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (2005). *Satisfação dos Utentes face aos cuidados de enfermagem*. Lisboa. Nº 16.
- Ordem dos Enfermeiros [OE] (s.d.). Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. In *Ordem dos Enfermeiros*. Acedido a 17 de fevereiro de 2012 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/projetos/Paginas/PadroesdeQualidade.aspx>
- Paúl, C. (s.d.). Prevenção de Quedas nos Idosos: Segurança nos Idosos – Lesões Acidentais. In *European Network for Safety Among Elderly*. Acedido a 21 de fevereiro de 2012 em http://www.euroipn.org/eunese/Documents/FS%20PT/FS_FALLS_PT.pdf
- Pisco, L. & Biscaia, J. (2001). Qualidade de Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático: 2.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajetos*. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva _ Publicações.
- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (2006, setembro). *Cuidados Continuados – Saúde e Apoio Social: Enquadramento das Unidades de Convalescença na RNCCI: A Prestação de Cuidados nas Unidades de Convalescença*. Versão Final.
- Rego, G. (2011). *Gestão Empresarial dos Serviços Públicos: Uma Aplicação ao Setor da Saúde*. 2ª Edição. Porto: Vida Económica.
- Ribeiro, A. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para concurso de provas públicas

para professor coordenador. Escola Superior de Enfermagem de São João (Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de São João, para concurso de provas públicas para professor coordenador na área científica de Ciências de Enfermagem), Porto.

Rocha, J., Miranda, M. & Andrade, M. (2006). Abordagem Terapêutica das Úlceras de Pressão – Intervenções Baseadas na Evidência. Artigo Revisão. *Ata Med Port*; 19: 29-38.

Sentone, A. (2005). Análise dos Indicadores da Qualidade na Elaboração da Prescrição de Enfermagem em uma Unidade de Internação de um Hospital Universitário Público. Dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Silva, A. (2009). O Processo de Melhoria Contínua. In *Artigonal*. Acedido a 27 de fevereiro de 2012 em <http://www.artigonal.com/administracao-artigos/o-processo-de-melhoria-continua900163.html>

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde [UICS] (2012). Quedas dos Utentes nos Hospitais. In *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*. Acedido a 20 de fevereiro de 2012 em http://www.esenfc.pt/ui/projetos/index.php?target=showContent&tipo=UI&id_projeto=95&id_linha_investigacao=3&dado_pedido=Resumo&tab=resumo.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2011, agosto). Manual do Prestador – Recomendações para a Melhoria Contínua. 1ª Edição. Lisboa: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI] (2011, março). Relatório de Monitorização do Desenvolvimento e da Atividade da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2010.

Vituri, D.; Matsuda L. (2009, junho). Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol.43, no.2.

Wernke, R. & Bornia, A. (2000, Maio-Agosto). Considerações acerca dos Conceitos e Visões sobre os Custos da Qualidade. *Rev. FAE*, v.3 nº2, p. 77-88.

7. ANEXOS

Anexo 1

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

	1. Completamente limitada:	2. Muito limitada:	3. Ligeiramente limitada:	4. Nenhuma limitação:				
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retira nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquinação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir dor ou desconforto.				
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoresse, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.				
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.				
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.				
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.				
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Equitricidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.					
					Pontuação total			

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margale, C.; Higuera, C.; Ferreira, P.; Goncalves, J.; Turcato, K. (2001)

Fonte: <http://www.google.pt/imgres?q=escala+de+braden&hl=pt->

Anexo 2

The screenshot shows a software application window titled "Escala de Risco para Úlceras de Pressão". The window contains a form for data entry and a risk scale legend.

Escala de Determinação do Risco para Úlceras de Pressão

Data/Hora: 2008.06.12 04:17

Fricção e forças de deslizamento

Actividade

Humidade

Precepção Sensorial

Mobilidade

Nutrição

Escala de Risco de Braden

19 a 23	Sem Risco
15 a 18	Risco Fraco
13 a 14	Risco Moderado
10 a 12	Risco Alto
6 a 9	Risco Grave

Reg.

Ok Cancelar

Fonte: <http://www.google.pt/imgres?q=escala+de+norton&hl=pt->

Anexo 3 - Escala de Avaliação de Risco de Quedas de Morse

		Pontos	Score
História de Queda nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
Ajudar na Mobilização	Acamado/Repouso no leito	0	
	Bengala/Andarilho/Cana diana	15	
	Aparelho/Equipamento	30	
Terapia Endovenosa	Não	0	
	Sim	20	
Marcha	Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0	
	Lenta	10	
	Alterada/Cambaleante	20	
Estado Mental	Orientado	0	
	Desorientado/Confuso	15	

Score Mínimo: 0; Score Máximo: 125

Nível de Risco	Score
Sem Risco	0-24
Risco Baixo	25-50
Risco Elevado	>=50

Fonte: elaboração própria, com base em

http://www.sas.com/offices/europe/portugal/eventos/2009/risco_saude/gestao_riscosaude.pdf

f.