

Cuid'arte

REVISTA DE ENFERMAGEM

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Ano 4 | n°7 | Novembro 2010

**Para Lá
do Hospital...**

**Cuidar do Doente
Oncológico e
Família**

**Dar a Volta
à "Volta"**



**Autonomia Profissional
em Enfermagem**

**Da Produção de Indicadores aos Programas
de Melhoria Contínua da Qualidade**

DA PRODUÇÃO DE INDICADORES AOS PROGRAMAS DE MELHORIA CONTÍNUA DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM: QUE REALIDADE NOS NOSSOS SERVIÇOS DE SAÚDE?

Fernando Petronilho. Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho.

INTRODUÇÃO

A reflexão que desenvolvemos neste artigo de opinião centrado no desenvolvimento de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) e a sua relação com os programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados de enfermagem é construída, por um lado, a partir de uma vivência efectiva nestes processos de mudança desde os finais da última década e, por outro lado, a partir dessa experiência, com base na nossa construção, ao longo do tempo, sobre o *cuidado* de enfermagem.

Deste modo, num primeiro enquadramento referimo-nos à origem da enfermagem enquanto profissão, invocando a importância do legado de Florence Nightingale no ano em que se comemoram os 100 anos da sua morte, bem como, a alguns conceitos centrais da enfermagem. Reflectimos sobre o processo de tomada de decisão clínica e a sua relação com os SIE. Por último, referimo-nos aos processos de mudança decorrentes da reformulação e implementação dos SIE nas organizações como desafio e oportunidade para a profissão no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem e da sua visibilidade enquanto profissão no âmbito dos cuidados de saúde, onde a necessidade de produzir um painel de indicadores que evidenciem o exercício autónomo da profissão constitui um aspecto central.



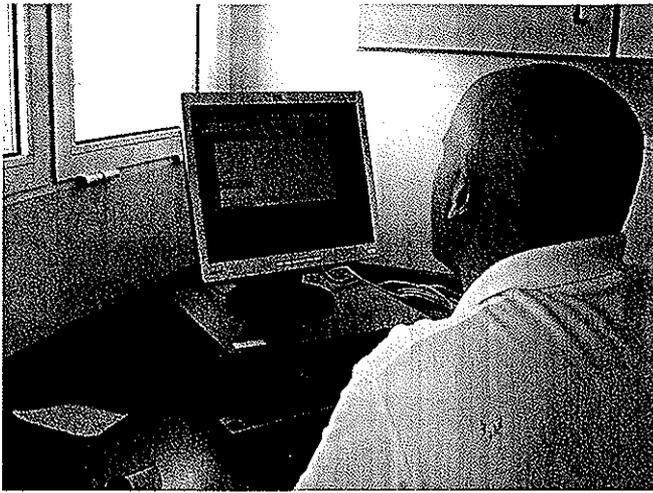
Fernando Alberto Soares Petronilho actualmente é professor adjunto da Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho onde ingressou em 2004. Coordenador pedagógico de unidades curriculares do Curso de Pós-Licenciatura de Especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

Concluiu o Curso de Enfermagem Geral na Escola de Enfermagem Bissaya Barreto em 1990 (actual Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Iniciou a sua actividade profissional no Hospital Pediátrico de Coimbra onde se manteve até ao Verão de 1993, tendo ingressado no Hospital Distrital de Amarante. Em Março de 1994 transfere-se para o Hospital de S. Marcos em Braga onde permaneceu até ao seu ingresso na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho (2004).

É enfermeiro especialista em Enfermagem de Reabilitação, Mestre em Ciências da Enfermagem pelo ICBAS e Doutorando em Enfermagem pela Universidade de Lisboa. Foi formador em vários projectos relacionados com a reformulação e implementação dos SIE em diferentes instituições de saúde do país.

Autor e co-autor de vários artigos e livros publicados no âmbito dos SIE e no auto cuidado (actualmente a sua área de estudo de maior interesse) onde se destaca a autoria do livro – *Preparação do Regresso a Casa* - editado pela Formasau (2007).

E-mail: fpetronilho@ese.uminho.pt



A enfermagem e a profissão de enfermeiro no contexto dos cuidados de saúde: breve enquadramento

No ano em que se comemoram os 100 anos da morte de Florence Nightingale, em primeiro lugar gostaríamos de homenagear a importância do seu legado para a afirmação da enfermagem enquanto profissão e disciplina científica dotada de um saber organizado, distinto das restantes disciplinas da academia. Na verdade, Florence Nightingale, nos finais do século XIX já se referia à enfermagem como “uma nova arte e uma nova ciência”, num período em que a prática de cuidados de enfermagem carecia de bases científicas sólidas, sem qualquer orientação teórica e, assim, sem qualquer afirmação na comunidade científica.

Do ponto de vista da evolução e à luz das teorias explicativas do desenvolvimento do conhecimento científico, a enfermagem enquanto ciência, tem efectuado um percurso com características muito próprias, marcado por progressos e crises, não obedecendo a critérios de desenvolvimento comuns à maioria das ciências, daí a sua dificuldade em ser reconhecida e afirmar-se como tal.

As concepções de Florence Nightingale sobre a prática de cuidados, trazem uma visão holística sobre a construção do *cuidado* com o ser humano e muitos dos seus pressupostos inspiraram as concepções teóricas que emergiram ao longo do séc. XX, ao referir-se, embora por vezes apenas de forma implícita, aos qua-

tro conceitos (metaparadigmas) do enquadramento conceptual da enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem.

“ (...) o exercício da profissão de enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente e que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção os projectos de saúde que cada cidadão vive e persegue face às transições ao longo do ciclo vital.”

Decorre da teoria de enfermagem e tem vindo a ser *refinado* ao longo dos tempos que o exercício da profissão de enfermeiro centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e o cliente e que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção os projectos de saúde que cada cidadão vive e persegue face às transições ao longo do ciclo vital. Neste sentido procura-se promover os processos adaptativos face aos eventos críticos decorrentes de processos de saúde – doença ou associados ao desenvolvimento humano ao longo das etapas do ciclo de vida.

Importa também fazer uma referência aos enunciados descritivos de qualidade dos cuidados de enfermagem, como elementos orientadores e clarificadores do mandato social do exercício profissional dos enfermeiros. São eles: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o auto cuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Assim, no contexto da saúde e na perspectiva da enfermagem, são conceitos centrais no processo de tomada de decisão clínica dos enfermeiros as transições, o auto cuidado, o auto controlo, a gestão do regime terapêutico, as terapêuticas de enfermagem, o ambiente (englobando os recursos disponíveis), a interacção, entre outros.

O processo de tomada de decisão clínica em saúde, acontece num contexto multiprofissional e para o qual contribuem diferentes acções profissionais, bem como, diferentes perspectivas sobre o *cuidado*. Estas complementam-se, com uma intenção bem definida: promover saúde e bem-estar das populações. O enfermeiro no processo de cuidados (pensamento e acção) mobiliza conhecimento decorrente quer da teoria de enfermagem quer dos restantes saberes disciplinares (ex. psicologia, sociologia, nutrição, anatomia, fisiologia), o que o torna um profissional competente e distinto no juízo clínico.

“A crescente formação dos enfermeiros (...) tem ajudado a aprofundar o *objecto* da enfermagem (...)”

A crescente formação dos enfermeiros na sua área clínica, quer por via da frequência de cursos de cariz mais prático (ex. cursos de pós-licenciaturas de especialização, outras pós graduações) quer por via de percursos de investigação (ex. mestrados e doutoramentos em enfermagem) tem ajudado a aprofundar o *objecto* da enfermagem ao longo dos tempos. Esta evolução parece constituir um aspecto fundamental para a clarificação quer dos próprios enfermeiros acerca do seu espaço de intervenção profissional, quer daqueles que não são enfermeiros e se situam nas profissões da saúde, bem como, a sociedade no geral.

Apesar de todos estes avanços na enfermagem, hoje ainda nos deparamos nos contextos da prática e porque não nas próprias escolas de enfermagem (?) com dois modelos (paradigmas) de exercício/formação profissional dos enfermeiros. Um modelo mais preocupado com aspectos relacionados com o diagnóstico e o tratamento da doença em si, quase exclusivamente focalizado na gestão de sinais e sintomas em que o enfermeiro tem um papel muito auxiliar do médico, demonstrando competências de cariz mais técnico e colaborativo, portanto, mobilizando no seu processo de cuidados pouco saber disciplinar

da enfermagem, o que o torna menos autónomo na tomada de decisão clínica. Um segundo modelo focalizado nos processos adaptativos (respostas humanas às transições) decorrentes de acontecimentos significativos ao longo do ciclo de vida, em que o enfermeiro constitui um importante recurso *com* os cidadãos, implementando terapêuticas de enfermagem facilitadoras de transições saudáveis. Daí, este segundo modelo, embora continuando a dar importância significativa às competências técnicas (acção), tem uma forte componente de natureza mais conceptual (pensamento), diríamos de maior consenso disciplinar, se tivermos como referencial as concepções teóricas da enfermagem ao longo dos tempos.

O processo de tomada de decisão clínica em enfermagem e os SIE

A produção de informação relevante e o seu acesso é hoje assumido como uma estratégia fundamental na construção de uma *sociedade de conhecimento*, promotora de qualidade de vida nas populações.

Hoje é uma realidade que os enfermeiros constituem o maior grupo profissional na área da saúde e, face à natureza do seu exercício profissional (intensidade, tempo de contacto, informalidade da relação de cuidados) baseado na interacção com o cliente, supostamente são aqueles que mais decisões tomam junto dos cidadãos sobre a sua saúde e bem-estar.

Daí e por via desta constatação, é *natural* que sejam os enfermeiros a produzir e a disponibilizar mais informação clínica nos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) decorrente da relação de cuidados e que reflecte a sua tomada de decisão.

Nesta última década, em Portugal, temos assistido a uma preocupação crescente por parte dos decisores no âmbito da saúde em desenvolver, reformular e implementar SIS que permitam armazenar a informação clínica resultante da tomada de decisão dos diferentes profissionais envolvidos, possibilitando, deste modo, uma gestão mais eficaz e eficiente dessa mesma informação. A enfermagem, como profissão da área da saúde, não fugiu à regra, diríamos mesmo, foi inovadora na concepção e implementação destes siste-

mas de informação (SIE), com critérios bem definidos quanto à *estrutura*, tendo surgido o SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; quanto ao *conteúdo*, devendo este traduzir quer a tomada de decisão clínica dos enfermeiros, o seu exercício autónomo – *processo de enfermagem* - quer a tomada de decisão de outros profissionais, relativamente à prescrição do regime medicamentoso, atitudes terapêuticas, colheita espécimes para análise, exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica, dietas e, por último, quanto ao *suporte*, em que tendencial e progressivamente, devem evoluir no sentido de uma lógica de documentação em suporte de papel para uma lógica de documentação em suporte electrónico.

“ (...) em Portugal, temos assistido a uma preocupação crescente por parte dos decisores no âmbito da saúde em desenvolver, reformular e implementar SIS... A enfermagem (...) foi inovadora na concepção e implementação destes sistemas (...)”

Assim, os SIE afiguram-se como repositórios de informação clínica, podendo ser utilizados pelos enfermeiros em diferentes perspectivas:

1) No *consumo de conhecimento* para a tomada de decisão clínica - onde a passagem de turno, por exemplo, é por excelência um momento de partilha de informação numa lógica de continuidade de cuidados, informação esta produzida e sintetizada ao longo do turno de trabalho e decorrente da relação de cuidados;

2) Na *produção de conhecimento* - quando se procede à análise da documentação (registos) sobre os cuidados de enfermagem utilizando metodologias de investigação, contribuindo desta forma para a construção da disciplina de enfermagem.

“ (...) processos de reformulação e implementação de SIE, estando implícito como objectivo (entre outros) gerar mudanças substantivas na forma de conceptualizar a natureza específica dos cuidados de enfermagem (...)”

A reformulação e implementação dos SIE: os processos de mudança e suas implicações na(s) prática (s)

A partir dos finais dos anos 90 assistimos no nosso país de forma progressiva (com origem nas instituições de saúde da região Norte) a processos de reformulação e implementação de SIE, estando implícito como objectivo (entre outros) gerar mudanças substantivas na forma de conceptualizar a natureza específica dos cuidados de enfermagem por parte dos enfermeiros e, deste modo, ajudar a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos cidadãos, com impacto positivo na visibilidade da profissão. Estes processos de mudança constituíram um desafio e uma oportunidade muito interessante para a enfermagem, quer na sua dimensão prática (como profissão) quer na sua dimensão teórica (na construção do conhecimento científico).

“ (...) a concretização destes projectos nas organizações (...) caracterizados por alguma complexidade para a sua implementação (...) necessitam obrigatoriamente de vinculação das lideranças (...) ser possível alcançar os resultados desejados.”

Na verdade, a concretização destes projectos nas organizações (porque de facto estamos a falar de projectos institucionais) caracterizados por alguma complexidade para a sua implementação, uma vez que envolvem a afectação de recursos significativos (humanos, materiais e financeiros) para a formação dos profissionais envolvidos, para a mudança nas metodologias de trabalho, para a aquisição de meios tecnológicos, para a sua viabilidade no tempo, necessitam obrigatoriamente de vinculação das lideranças para disponibilizarem esses mesmos recursos e, assim, ser possível alcançar os resultados desejados. Referimo-nos aos elementos dos conselhos de administração com relevância para os enfermeiros directores, enfermeiros supervisores, directores de serviço e, fundamentalmente, aos enfermeiros chefes como interlocutores directos no processo, sendo estes também mediadores entre a chefia estratégica e os enfermeiros do *terreno*, onde se apelava fortemente à sua capacidade de liderança.

Nesta intenção de mudança organizacional e de paradigma fomos assistindo ao longo dos anos a processos de implementação muito heterogéneos quer dentro das próprias organizações de saúde (nas diferentes unidades de cuidados), quer entre as diferentes instituições de saúde, onde parece ter ficado claro que uma das razões principais destas diferenças está muito focalizada na capacidade de liderança por parte dos responsáveis, condição fundamental para as mudanças com resultados positivos.

“ (...) houve contextos onde se verificou uma redefinição efectiva do *modelo de cuidados em uso* (...)”

Os processos de formação nos diferentes contextos permitiram construir espaços de discussão sobre o *objecto do cuidado* e sobre a *(s) prática (s)* que culminaram com a síntese de um conjunto de informação clínica útil e necessária para cada equipa de enfermagem há luz dessa mesma reflexão nas equipas, aquilo que nós designamos tradicionalmente por *Padrão de Documen-*

tação dos Cuidados de Enfermagem. A análise destes processos permite-nos concluir que houve contextos onde se verificou uma redefinição efectiva do *modelo de cuidados em uso*, ajudando muitos enfermeiros a evoluir na sua conceptualização sobre os cuidados de enfermagem, passando a sua prática a ser mais centrada no cuidado à pessoa (nos processos adaptativos face às transições) em detrimento de um modelo mais centrado na doença (na gestão de sinais e sintomas face à doença). Como exemplo, e relembrando alguns percursos de formação em que estivemos envolvidos como formador, em diferentes contextos e em diferentes organizações, deparamo-nos com uma unidade de cuidados *tipicamente* de medicina, que utilizava três *standards de cuidados* em suporte de papel para efeitos da documentação do processo de cuidados, *standards* estes centrados em três sistemas corporais - doente com alterações do sistema respiratório, doente com alterações do sistema neurológico e doente do foro oncológico (embora esta condição de saúde possa afectar todos os sistemas corporais) - o que foi muito interessante perceber a lógica da *escolha* do *standard* quando um doente era admitido no serviço. Havia uma questão que se colocava no imediato: e se o doente para além da patologia que justificou o internamento no momento actual tivesse como antecedentes clínicos patologia associada noutro sistema corporal e que requeresse também cuidados de saúde? Ou mesmo noutros sistemas corporais? Será que a opção era utilizar para a mesma pessoa os diferentes *standards* em função da condição de saúde do doente? O que tornava o processo de documentação da informação clínica muito complexo, ou haveria outra opção?



Esta situação acontecia frequentemente, até porque a pluripatologia caracteriza as pessoas idosas, sendo estas a *população alvo* desta unidade de cuidados a que nos referimos. Assim, viemos a perceber que na prática desta equipa a *escolha* do *standard* de cuidados era determinada pelo diagnóstico médico (doença) que motivou o episódio de internamento. Ou seja, se o doente era internado por acidente vascular cerebral, o *standard* eleito era o do sistema neurológico, se o doente era internado por pneumonia, a escolha recaía no *standard* do sistema respiratório, por último, se o doente era internado por doença oncológica, independentemente da sua localização anatómica, a selecção recaía no *standard* do foro oncológico. Por outro lado, ao analisarmos os itens de informação clínica que continham os três *standard* (referimo-nos sobretudo aos diagnósticos e intervenções de enfermagem), facilmente chegamos à conclusão que esta mesma informação quase na sua totalidade repetia-se ao longo dos mesmos, o que nos parecia muito *natural*. Ou seja, por exemplo, se nos centrarmos no auto cuidado, a sua dependência é comum aos doentes com patologia respiratória, neurológica ou oncológica. Com estes processos formativos assentes na reflexão da equipa sobre os cuidados prestados, evoluiu-se de uma lógica de concepção de cuidados centrado na doença (o que traduzia a pertinência de utilização dos três *standards* de cuidados) para uma lógica de concepção de cuidados centrada nas respostas humanas à doença (o que passou a traduzir a pertinência de utilização de apenas um *standard* de cuidados). E isto parece-nos ter sido uma evolução muito significativa para estes profissionais no seu *modelo de cuidados em uso* (aquele que orienta a prática), passando este a ser mais de acordo com os *modelos de cuidados expostos* (baseado nas concepções teóricas da enfermagem).

“ (...) do ponto de vista da reformulação da forma de pensar o *cuidado*, com implicações importantes na tomada de decisão clínica, não se verificou uma evolução desejável, com avanços e recu-

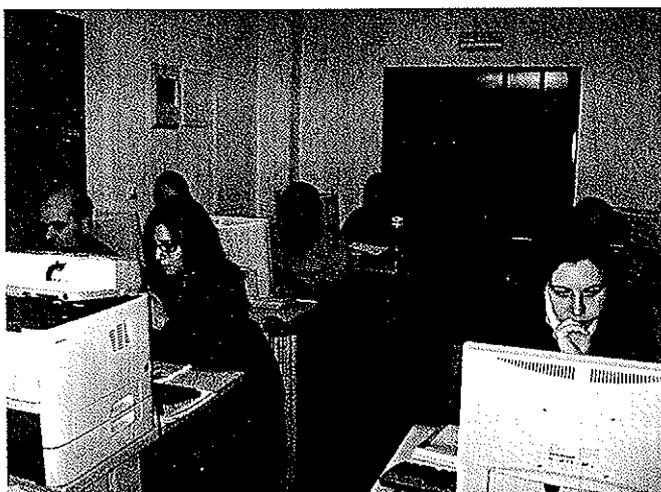
os e, diríamos mesmo, que em muitos contextos tudo ficou *na mesma*, portanto, não houve desenvolvimento, o que foi pena... para uma enfermagem que se deseja com *mais enfermagem*.”

No entanto, nem todos os contextos alcançaram esta avaliação positiva, para a qual contribuiu muito o tipo de liderança nestes processos de mudança, como já o referimos anteriormente e, a própria apropriação por parte dos enfermeiros em relação ao sentido que deram a esta possibilidade de conceber de forma diferente a natureza específica do cuidado de enfermagem. Na verdade, em muitos contextos, parece-nos que do ponto de vista formal e organizacional (o explícito) houve mudança, no entanto, do ponto de vista da reformulação da forma de pensar o *cuidado*, com implicações importantes na tomada de decisão clínica, não se verificou uma evolução desejável, com avanços e recuos e, diríamos mesmo, que em muitos contextos tudo ficou *na mesma*, portanto, não houve desenvolvimento, o que foi pena... para uma enfermagem que se deseja com *mais enfermagem*.

A produção de indicadores e a sua relação com a qualidade dos cuidados de enfermagem: um olhar sobre uma realidade

Na primeira metade desta primeira década do novo milénio, inserido num percurso de investigação em ciências de enfermagem com a parceria da (então) Escola Superior de Enfermagem de S. João e a ARS Norte, colaboramos num grupo de discussão em que os participantes eram apenas enfermeiros (cerca de 25 elementos) e com diferentes competências (quer no domínio da prática, quer no domínio da gestão e mesmo no domínio da investigação), com origem em diferentes contextos do seu

exercício profissional. Portanto, por se tratar de um grupo muito heterogêneo, *à priori*, tinha um enorme potencial no contributo para a concretização do projecto. Apenas um critério nos unia: enfermeiros com uma significativa vinculação aos projectos de reformulação e implementação de SIE. O objectivo da constituição deste painel de enfermeiros designados por *peritos* foi construir um *Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem* que pudesse evidenciar um *modelo* em que os enfermeiros tivessem a oportunidade de tornar visível o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde e bem-estar das populações e, por consequência, demonstrar a utilidade social da enfermagem enquanto profissão relevante na área da saúde, com um *alvo* comum a outras profissões (o ser humano), mas com uma *perspectiva particular no cuidado*, daí diferente, mas sempre numa lógica e sentido de complementaridade de cuidados de saúde.



Após encontros de discussão com enorme enriquecimento para os participantes ao longo de meses de trabalho, porque na verdade o que se discutia intensamente no seio deste grupo era a natureza dos cuidados de enfermagem, chegámos a um consenso final traduzido por esse mesmo *Modelo de Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*, onde do ponto de vista do processo, iniciamos por identificar os focos de atenção que o grupo entendeu serem os mais sensíveis aos cuidados de enfermagem utilizando como modelo de análise a Classifi-

cação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão beta 2), as respectivas intervenções de enfermagem e, a partir desta informação clínica, produzir um conjunto de indicadores de qualidade (de processo, de capacidade diagnóstica e de resultado) com utilidade para os diferentes contextos clínicos, que representassem as suas práticas e daí que fosse útil para os enfermeiros, no sentido da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

“ (...) um *Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem* que pudesse evidenciar um *modelo* em que os enfermeiros tivessem a oportunidade de tornar visível o contributo dos cuidados de enfermagem para a saúde e bem-estar das populações e, por consequência, demonstrar a utilidade social da enfermagem enquanto profissão relevante na área da saúde (...)”

Nos serviços/instituições que integraram o projecto, aos quais os elementos do grupo de discussão pertenciam, foram parametrizados no SAPE todos os conteúdos de informação (diagnósticos e intervenções de enfermagem) necessários e suficientes para a produção de indicadores de qualidade identificados como os mais relevantes para cada contexto. Apesar de estarem reunidas as condições logísticas para produzir os indicadores *eleitos* para cada contexto, desde logo, foi identificada uma enorme dificuldade em produzir esses mesmos indicadores e os fracos resultados por escassez da informação produzida, numa primeira avaliação anteveram as dificuldades que os enfermeiros iriam enfrentar ao longo do tempo para obter sínteses informativas - os indicadores de qualidade -

que permitissem dar um contributo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto prática e ciência.

“ (...) os indicadores não constituem uma actividade directa nos registos de enfermagem (...) Portanto (...) estarão sempre *dependentes* da natureza da informação produzida pelos enfermeiros.”

Tem que ficar claro que os indicadores não constituem uma actividade directa nos registos de enfermagem, sendo, deste modo, *output's* da informação documentada pelos enfermeiros (diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem) fruto da sua tomada de decisão na relação de cuidados com o cliente. Portanto, os indicadores produzidos estarão sempre *dependentes* da natureza da informação produzida pelos enfermeiros. Como exemplo para melhor clarificação, se uma equipa de enfermagem se propõe a produzir indicadores sobre os ganhos em saúde no domínio do auto cuidado (ex. ganhos em independência no auto cuidado no período x) no SIE em uso tem que estar documentado o diagnóstico - dependência no auto cuidado - e a evolução do *status* ao longo do tempo, bem como, as intervenções de enfermagem implementadas necessárias e suficientes que contribuam para essa mesma evolução também ao longo do tempo.

Assim, e numa perspectiva global, quando falamos de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, onde a produção de indicadores é uma dimensão fundamental, há um conjunto de pressupostos (etapas) que necessariamente as equipas têm de reflectir:

1) A identificação das dimensões da saúde dos cidadãos (os focos de atenção) mais sensíveis aos cuidados de enfermagem para cada contexto clínico, bem como as intervenções de enfermagem adequadas;

2) A identificação dos indicadores que cada equipa quer produzir a partir dos focos de atenção identificados anteriormente;

3) A produção desses mesmos indicadores, em que se torna fundamental a *parametrização* dos conteúdos nos SIE que contém a informação clínica necessária e suficiente para que os enfermeiros documentem a sua tomada de decisão de forma a viabilizar a produção desses mesmos indicadores;

4) Após serem produzidos os indicadores é fundamental que as equipas se *sentem à mesa* e reflectam sobre os resultados obtidos, onde deve ser discutida a qualidade desses mesmos resultados, no sentido de implementarem programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, promovendo em muitas situações a reformulação das práticas no sentido de *melhores práticas*, podendo também ser necessário a afectação de mais recursos (humanos, materiais).

“ (...) verifica-se que a produção de indicadores e a consequente implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados é o *fim de linha* de todo um processo de mudanças substantivas (...)”

Do exposto, verifica-se que a produção de indicadores e a consequente implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados é o *fim de linha* de todo um processo de mudanças substantivas, que se inicia na forma como os enfermeiros conceptualizam as suas práticas, o sentido e o valor que dão à construção do (novo) *cuidado*, sua apropriação, a disponibilidade afectiva para o uso de uma prática sistematicamente reflectida; a capacidade de liderança dos responsáveis pela implementação dos projectos desde o nível estratégico ao nível operacional onde as políticas de gestão estratégica se tornam

decisivas sobretudo na afectação de recursos e, não menos decisivo, as decisões políticas ao nível governamental em matéria de cuidados de saúde, onde, hoje, verificamos uma enorme indefinição particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento e implementação de SIE, que do meu ponto de vista, essas mesmas decisões caminham no sentido da enfermagem correr o risco de não ser capaz de evidenciar o contributo do seu exercício autónomo e assim, com dificuldade em evidenciar a sua utilidade social.

Para sintetizar, parece que temos um caminho ainda longo para percorrer, apesar dos avanços significativos na enfermagem (na prática e na disciplina), mas também nos significativos recuos. Aliás, tem sido esta forma de estar que também tem caracterizado a enfermagem enquanto ciência, daí, como disse no início desta reflexão, a enorme dificuldade que a enfermagem tem tido no seio da academia em se impor como ciência.

“(...) duas questões que os enfermeiros ainda não conseguiram resolver (...) a pouca valorização dada pelos enfermeiros às suas intervenções autónomas (...) a incapacidade (...) em demonstrar aos cidadãos (...) que por via das terapêuticas de enfermagem, haverá uma melhoria na sua qualidade de vida (...)”

Do nosso ponto de vista há duas questões que os enfermeiros ainda não conseguiram resolver e que tem contribuído fortemente para este *estado de arte*: a pouca valorização dada pelos enfermeiros às suas intervenções autónomas (centradas nos

processos de transição) em detrimento das intervenções interdependentes (centradas na gestão de sinais e sintomas da doença), o que coloca em risco o desenvolvimento de uma *enfermagem avançada*. Por outro lado, e sendo consequência deste primeiro aspecto, a incapacidade que temos tido em demonstrar aos cidadãos que requerem cuidados de enfermagem que por via das terapêuticas de enfermagem, haverá uma melhoria significativa na sua qualidade de vida e, assim, caso não tenham acesso a essas mesmas terapêuticas de enfermagem irão inevitavelmente percepcionar menor qualidade de vida.

BIBLIOGRAFIA

- CONSELHO DE ENFERMAGEM – *Do caminho percorrido e das propostas*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- LOPES, M. – *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 1999.
- MELEIS, A. – *Theoretical Nursing: Development and Progress* (3ª ed.). Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, 2005.
- PEREIRA, F. – *Informação e Qualidade: do exercício profissional dos enfermeiros*. Formasau, Formação e Saúde, Lda, Coimbra, 2009.
- PETRONILHO, F. – Os Sistemas de Informação em Enfermagem e a Produção de Indicadores de Qualidade. Uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico. *Revista Sinais Vitais*, nº 77, pp. 11-21. Coimbra, 2008.
- SILVA, A. – *Sistemas de Informação de Enfermagem: uma teoria explicativa de mudança*. Dissertação de candidatura ao grau de doutor em ciências de enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, 2001.