



PRODUÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE A ENFERMAGEM QUE QUEREMOS EVIDENCIAR

Fernando Alberto Soares Petronilho
Professor Adjunto na ESEnf Braga
fpetronilho@ese.uminho.pt

√ p36 a 44

RESUMO

Com este artigo propomos uma reflexão sobre a produção de indicadores de qualidade com grande centralidade na discussão sobre o foco da enfermagem. Portanto, um debate sobre o tema a montante desses mesmos indicadores. Neste sentido, a produção de indicadores será sempre o fim de linha de um processo que tem a ver com a intencionalidade da acção profissional dos enfermeiros junto dos cidadãos, onde será evidenciada a sua utilidade social. A partir do modelo exposto, o mesmo será dizer, a partir da teoria de enfermagem, seleccionamos e reflectimos sobre um conjunto de focos de atenção (entre outros possíveis) que entendemos serem significativos e representativos para o exercício profissional dos enfermeiros, a partir dos quais fará muito sentido produzir indicadores de qualidade.

No essencial, este trabalho tem como propósito explicar um conjunto de ideias centrais sobre o que nos parece ser importante quando falamos na produção de indicadores que dêem visibilidade ao exercício profissional dos enfermeiros.

Palavras-chave: transições; processo de enfermagem; foco de atenção; acção intencional dos enfermeiros; indicadores de qualidade.

INTRODUÇÃO

Actualmente, discute-se com muita intensidade dentro da profissão, a necessidade da produção de indicadores que monitorizem a qualidade dos cuidados de enfermagem junto dos cidadãos. De facto, esta temática, tem sido nos últimos tempos, uma preocupação crescente para os enfermeiros. Apesar da grande evolução da enfermagem verificada nas últimas décadas, quer no domínio da investigação e do ensino, quer no domínio do exercício profissional, persiste, ainda, a enorme dificuldade dos enfermeiros tornarem visível para a sociedade o seu espaço de intervenção, sobretudo, os aspectos significativos da saúde das pessoas que resulta da sua tomada de decisão num contexto de actuação multiprofissional.

Com este artigo propomos uma reflexão sobre a produção de indicadores de qualidade com grande centralidade na discussão sobre o foco da enfermagem. Portanto, um debate sobre o tema a montante desses mesmos indicadores. Neste sentido, a produção de indicadores será sempre o fim de linha de um processo que tem a ver com a intencionalidade da acção profissional dos enfermeiros junto dos cidadãos, onde será evidenciada a sua utilidade social. No essencial, gostaríamos de partilhar quatro ideias

que nos parecem interessantes sobre o tema proposto.

1ª IDEIA: OS INDICADORES DE ENFERMAGEM INDICAM A ACÇÃO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS

Quando falamos em indicadores estamos a falar de alguma coisa que indica. Neste caso específico dos indicadores de enfermagem, estamos a falar de alguma coisa que indica o exercício profissional dos enfermeiros relativamente a aspectos significativos dos cidadãos. Reportamo-nos a algo que tem a ver com a medição dos ganhos em saúde dos cidadãos e que resulta de forma muito significativa das práticas dos enfermeiros, decorrente da sua tomada de decisão, ou se quisermos, da sua área autónoma, em que os enfermeiros concebem, agem e avaliam a sua acção profissional. Dito de outra forma, estamos a falar do processo de cuidados de enfermagem: referimo-nos a diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem. Ou seja, algo que, por um lado, pode traduzir a necessidade em cuidados de enfermagem dos cidadãos, por outro lado, algo que pode medir a capacidade dos enfermeiros em diagnosticar essas mesmas necessidades, portanto, a sua capacidade de conceber ou ainda, aquilo que me parece mais relevante, algo que pode medir a eficácia da implementação das intervenções de enfermagem com o objectivo de produzir resultados desejados. O mesmo será dizer, modificações que se desejam positivas na condição de saúde dos cidadãos, resultantes da acção dos enfermeiros.

2ª IDEIA: OS INDICADORES DE ENFERMAGEM SÃO OUTPUTS DA DOCUMENTAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Os indicadores de enfermagem serão sempre *outputs* daquilo que decorre da acção de documentação dos enfermeiros, sendo esta, uma actividade indirecta dos cuidados. O mesmo será dizer que, os enfermeiros quando optam por registar o seu processo de cuidados, não registam objectivamente indicadores de enfermagem. Um exemplo prático: ao documentar o processo de cuidados relativo a um doente possuidor do foco - úlcera de pressão, o enfermeiro no sistema de informação em uso no seu contexto de trabalho, não regista - taxa de eficácia na prevenção da úlcera de pressão, ou mesmo, nº de casos de úlcera de pressão no período x. Aquilo que o enfermeiro regista tem mais uma vez a ver com

o processo de cuidados: regista diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. Neste exemplo a que nos referimos, a partir do foco - úlcera de pressão - podemos registar os diagnósticos: úlcera de pressão na região x (no domínio dos processos fisiológicos), ou, aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para prevenir a úlcera de pressão não demonstrada (no âmbito dos processos intencionais), ou, no domínio das intervenções, podemos registar, por exemplo: executar tratamento à úlcera de pressão na região x ou treinar o prestador de cuidados a prevenir úlceras de pressão. Portanto, a conclusão óbvia e que nos parece determinante decorrente deste facto é que, se não documentarmos o processo de cuidados, não conseguimos produzir indicadores que indiquem o contributo particular do nosso exercício profissional no contexto multiprofissional em que decorrem os cuidados de saúde. E qual a consequência? Por um lado, aquilo que não damos a conhecer a nós próprios não existe para nós, o que torna muito difícil a discussão e reflexão sobre uma prática baseada na evidência, tornando difícil ou mesmo impossível expor a qualidade do nosso exercício profissional com a intenção de promovermos um sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados que prestamos. Por outro lado, aquilo que não damos a conhecer aos outros que não são enfermeiros terá com certeza implicações com impacto negativo e será particularmente relevante, quando os outros representam entidades que têm a responsabilidade de tomar decisões sobre os recursos de saúde que condicionam o nosso exercício profissional e que são significativos para a saúde dos cidadãos.

3ª IDEIA: A NECESSIDADE DE REFLECTIR SOBRE QUE ENFERMAGEM QUEREMOS PRODUZIR INDICADORES

A 3ª ideia de natureza mais conceptual. A necessidade de identificarmos as dimensões da saúde dos cidadãos sobre as quais queremos produzir indicadores de enfermagem. No essencial, teremos de fazer esta pergunta a nós próprios: produzir indicadores sobre que enfermagem? Qual a enfermagem que queremos ver representada nos indicadores que queremos produzir?

Esta é, na nossa opinião, a questão central na reflexão sobre esta temática e demonstra a relevância de discutirmos com intencionalidade, nos nossos contextos de trabalho e a montante da produção

dos indicadores, a natureza específica dos cuidados de enfermagem. Todos sabemos que no percurso da profissão temos tido muitas dificuldades em introduzir nos nossos modelos em uso, os aspectos associados aos modelos expostos, aspectos estes decorrentes da teoria de enfermagem, por razões que tem a ver com factores individuais, que têm a ver com a própria profissão e factores que tem a ver com o modelo de organização dos contextos da acção (Silva, 2007).

Assistimos hoje, face à diminuição da taxa de mortalidade e natalidade, associado à melhoria dos processos terapêuticos e das condições sócio-económicas das populações, a um aumento exponencial de pessoas idosas com doenças crónicas e, deste modo, a um aumento de pessoas em situação de dependência. Este fenómeno está a gerar enormes desafios ao modelo de organização dos cuidados de saúde e diria, também, ao modelo de organização do sistema familiar, havendo aspectos muito significativos da saúde destas pessoas que tem a ver com os cuidados de enfermagem e, deste modo, torna-se neste contexto, muito menos relevante a intervenção da medicina. Daí, a importância crucial de evoluirmos no exercício profissional de uma enfermagem centrada num modelo biomédico – o mesmo será dizer, uma enfermagem focalizada na gestão dos processos fisiológicos, para uma enfermagem centrada na promoção dos processos adaptativos ou processos intencionais, face à necessidade das pessoas reformularem o seu projecto de saúde e de vida, com enfoque nas respostas humanas envolvidas nas transições ao longo do ciclo vital (Silva, 2007).

Desde os anos 50 do século XX que a enfermagem tem-se ocupado muito a produzir teorias no sentido de clarificar o objecto de estudo e a acção dos enfermeiros. No geral, todas estas teorias, de uma forma ou de outra, com maior ou menor profundidade, focalizam-se no autocuidado e, deste modo, no papel dos enfermeiros na reconstrução da autonomia das pessoas face aos acontecimentos de vida geradores de dependência. No entanto, há uma teoria que hoje, mundialmente, está a ser muito utilizada pelos enfermeiros e que me parece ser consensual, encerrando em si, um conjunto de conceitos muito clarificadores da enfermagem. Refiro-me à Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis, onde propõe como

conceito central da sua teoria, as transições¹ que as pessoas vivenciam face aos acontecimentos de vida. Esta teoria é basicamente constituída por 3 dimensões: 1) A natureza da transição(s), 2) Os factores inibidores ou facilitadores dessas mesmas transições e, a última das quais, refere-se aos 3) Padrões de resposta de uma transição que se espera saudável, incluindo indicadores de processo e indicadores de resultado. À luz desta teoria, são indicadores de resultado de uma transição saudável face à necessidade de mudança, por um lado, a percepção de auto-eficácia e a demonstração de mestria por parte da pessoa na execução das tarefas que dão resposta às suas necessidades, aspectos estes que terão de ser validados conjuntamente pela própria pessoa e pelo enfermeiro (ex. aspectos relacionados com a aprendizagem na reconstrução da sua autonomia ou no exercício do papel de cuidador), por outro lado, a integração fluida da sua nova identidade ou do seu novo papel (ex. uma pessoa que após um AVC perdeu a sua autonomia e necessita de se consciencializar e atribuir significado à mudança por forma a adoptar comportamentos geradores de uma transição saudável). E isto é muito significativo. Começa a ficar claro para nós que a enfermagem está totalmente enquadrada nestes dois indicadores de resultado propostos por Meleis: por um lado, a necessidade da pessoa ser ajudado a transitar para uma nova condição de saúde gerada a partir de um acontecimento de vida, portanto, a necessidade de se consciencializar do acontecimento de vida e atribuir-lhe significado, integrando desta forma essa nova condição de saúde, uma nova identidade, geradora de mudança no seu projecto de saúde e de vida, o que é muito difícil. Por outro lado, a necessidade da pessoa adoptar novos comportamentos, novas atitudes através de processos de aprendizagem, conseguindo, deste modo, dar resposta adequada aos desafios que se avizinham e ter a percepção de auto-eficácia perante esses mesmos desafios.

Do exposto, será sempre a partir desta enfermagem que nos faz sentido gerar indicadores que dêem visibilidade à acção profissional dos enfermeiros e que se refere a aspectos significativos da vida das pessoas que são congruentes com o nosso manda-

¹ Transição é definida como a "passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto, refere-se tanto ao processo como ao resultado da interacção da pessoa com o meio, pode envolver mais que uma pessoa e esta pode estar inserida na situação em si mesma como nas circunstâncias que a envolvem (Meleis et al, 2000, p.14).

to social. O mesmo será dizer que, não fará muito sentido gerar indicadores de enfermagem a partir de aspectos associados à delegação técnica de outros profissionais de saúde. Apenas porque os enfermeiros não decidem sobre esses aspectos. Daí, do nosso ponto de vista, ser muito pouco relevante para a enfermagem, produzir indicadores (que queremos que sejam de enfermagem) a partir dessas áreas delegadas. Gostaríamos de deixar claro que não estamos a dizer com isto que não é importante para a enfermagem - porque será sempre muito importante - continuar a ter uma acção muito competente naquilo que decorre das intervenções que resultam da prescrição iniciada por outros e que nós enfermeiros temos a responsabilidade técnica de as executar, monitorizar ou vigiar, habitualmente, denominadas por intervenções interdependentes (Conselho de Enfermagem, 2003).

4ª IDEIA: OS FOCOS DE ATENÇÃO A PARTIR DOS QUAIS DEVEMOS PRODUIR INDICADORES DE ENFERMAGEM

A partir desta reflexão focalizada na natureza específica dos cuidados de enfermagem - as transições que as pessoas vivenciam perante os acontecimentos de vida - parece-nos que estamos em condições de identificar um conjunto de focos de atenção que promovam, por um lado, as disposições integradoras da nova condição de saúde e, por outro lado, os processos de aprendizagem face à necessidade de mudança, gerada por esses acontecimentos de vida, quer decorram de transições de saúde/doença, quer decorram de transições associadas ao ciclo de vida e, a partir dos quais, devemos produzir indicadores de enfermagem, fazendo estes, parte do nosso Resumo Mínimo de Dados.

Deste modo, propomos uma reflexão sobre um conjunto de focos de atenção representativos e significativos (entre outros possíveis) para a saúde dos cidadãos e de acordo com o objecto de estudo da disciplina de enfermagem e da acção profissional dos enfermeiros, a partir dos quais, fará sentido enunciar alguns indicadores que se podem produzir, com enfoque nos indicadores de processo e de resultado (*Quadro 1*). Aqui parece-nos interessante utilizar como modelo de análise a CIPE. Até porque a produção de indicadores implica um conjunto de critérios, entre os quais, a utilização de uma linguagem comum. Em Portugal, a CIPE foi o instrumento de informação adoptado pela Ordem dos Enfermeiros

para ser utilizado nos contextos da prática no sentido de descrever os cuidados de enfermagem. Utilizaremos a CIPE, versão Beta2.

1. ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Aceitação do estado de saúde não demonstrada refere-se a situações clínicas em que o enfermeiro identifica na pessoa a ausência ou insuficiência de disposições para gerir o impacto psicológico provocado pela situação de doença. Estamos a falar de dificuldades de adaptação à situação de saúde/doença que sofreu alterações significativas na sua representação. Neste processo, são factores inibidores ou facilitadores, as características individuais e os recursos externos disponíveis. A 1ª condição para que alguém reformule o seu projecto de saúde, adoptando um novo estilo de vida, é reconciliar-se com a sua nova condição de saúde, aceitando-a, e para isso os enfermeiros têm um papel muito importante pelo seu conhecimento formal e pela proximidade e intensidade da sua relação de cuidados. São indicadores (critérios de diagnóstico) de aceitação do estado de saúde por parte da pessoa: 1) sensação de paz, 2) abandono do conceito de saúde anterior, 3) demonstração de auto-consideração positiva, 4) reacções e sentimentos expressos ao estado de saúde, 5) reconhecimento da realidade da situação de saúde, 6) busca de informação e tomada de decisão com vista a enfrentar a nova condição de saúde, 7) desempenho de novas actividades promotoras do auto-cuidado, entre outros (Johnson et al, 2004).

2. GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO

Gestão do regime terapêutico ineficaz refere-se a uma necessidade de cuidados em que a pessoa perante o confronto com a doença necessita de criar disposições individuais por forma a adoptar um conjunto de comportamentos que se regem por princípios e indicações terapêuticas, destinadas a controlar e a minimizar a longo prazo o impacto da situação de doença na sua vida. O aparecimento de uma doença implica frequentemente modificações nos hábitos de vida. No entanto, acontece muitas vezes que a pessoa não consegue de forma eficaz integrar esses novos esquemas terapêuticos no seu dia-a-dia, resultando daí, vulnerabilidade para o seu projecto de saúde. É consensual entendermos que a 1ª condição para que alguém altere ou adopte novos comportamentos adequados à sua nova condição

de saúde é possuir informação sobre porquê mudar, o que mudar e como fazer para mudar. A ineficácia da gestão do regime terapêutico, frequentemente, decorre de esquemas terapêuticos complexos, défice de conhecimentos e habilidades para gerir as indicações terapêuticas ao longo do dia, exigências excessivas sobre a pessoa e a percepção na demora na obtenção de resultados positivos com o tratamento prescrito.

Damos como exemplo de dimensões da gestão do regime terapêutico que necessitam de processos de aprendizagem por parte da pessoa: conhecimento sobre os hábitos alimentares adequados, conhecimento e aprendizagem sobre como gerir a medicação, conhecimento sobre desvantagens do consumo do tabaco e álcool, conhecimento e aprendizagem sobre oxigenoterapia, entre outros.

Em síntese, são indicadores (critérios de diagnóstico) de Gestão do Regime Terapêutico ineficaz por parte do cliente: 1) descrição de práticas saudáveis como alimentação adequada, 2) descrição dos benefícios da actividade e exercício, 3) descrição de técnicas eficazes para controlo do stress, 4) descrição dos efeitos do uso de tabaco e álcool sobre a saúde, 5) descrição de como evitar exposição a riscos ambientais, 6) descrição do regime medicamentoso, entre outros (Johnson et al., 2004).

3. AUTOCONTROLO DA VENTILAÇÃO²

Autocontrolo da ventilação ineficaz refere-se a uma necessidade de cuidados que se insere no âmbito dos processos de adaptação às alterações ventilatórias, alterações estas que se manifestam principalmente por dispneia e cansaço geral, incapacitando a pessoa de levar a cabo as actividades diárias (AVD's). É um domínio da saúde assumido como uma necessidade de cuidados com maior tradição no exercício da enfermagem de reabilitação (aquilo que genericamente temos designado ao longo dos tempos por cinesiterapia respiratória), sendo utilizado desde à longa

² Nota: Como já o referimos, utilizamos para a descrição dos focos a CIPE, versão Beta 2. No entanto, queríamos deixar claro que, se utilizássemos a CIPE versão 1, substituiríamos o termo Autocontrolo da Ventilação por Autocontrolo do Padrão Respiratório, uma vez que o foco - Padrão Respiratório - é um domínio da saúde dentro da Intencionalidade iniciada pelo próprio, portanto, refere-se a um processo de aprendizagem e como tal, é este mesmo padrão que nós (enfermeiros) queremos ajudar a pessoa a modificar através da aprendizagem de um conjunto de técnicas, por forma a melhorar o processo respiratório, com consequências positivas na capacidade para realizar as suas AVD's.

data como uma das dimensões mais relevantes na tomada de decisão deste grupo de enfermeiros no seu exercício profissional e que lhe tem dado uma enorme autonomia. Tomemos como exemplo a pessoa com DPOC. Nesta situação clínica, o enfermeiro tem como principal objectivo, desenvolver potencial na pessoa no domínio da execução de técnicas respiratórias, modificando o seu padrão respiratório, permitindo, por um lado, melhorar a ventilação alveolar e, por outro lado, dotando a pessoa de capacidade e disposição para gerir a dispneia nas situações de crise e esforço, contribuindo, deste modo, para melhorar a sua autonomia na realização das actividades diárias (AVD's) e aumentar os intervalos de agudização da doença, com impacto positivo na qualidade de vida da pessoa.

Sintetizando, são indicadores (critérios de diagnóstico) reveladores de uma eficácia no autocontrolo da ventilação por parte do cliente: 1) descrição e capacidade para executar padrão respiratório adequado tendo em conta a entidade patológica de base da qual é portador, nomeadamente, se estamos perante um síndrome obstrutivo ou restritivo (ex. consciencialização da respiração; dissociação dos tempos respiratórios e controlo do padrão respiratório quanto à frequência, ritmo e amplitude; exercícios respiratórios abdomino-diafragmáticos e costais, globais e electivos), 2) descrição e capacidade para adoptar posições de descanso e relaxamento, sobretudo em situações de crise aguda de dispneia, 3) descrição e capacidade para executar técnicas de conservação de energia, 4) descrição e capacidade de técnicas de readaptação ao esforço; entre outros.

4. AUTOCONTROLO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

O Autocontrolo da incontinência urinária refere-se a uma necessidade de cuidados também no domínio dos processos adaptativos, em que face a uma incontinência urinária e decorrente, por exemplo, de um evento crítico (muito comum é o AVC), a pessoa necessita de desenvolver disposições e capacidade para controlar as suas micções, melhorando muito a sua auto-estima e daí a sua qualidade de vida, evitando o uso de fraldas, o uso de dispositivo urinário (caso seja homem) e em muitas situações, de forma muito inadequada, encontramos estas pessoas algaliadas. Este processo de aprendizagem depende muito da acção profissional do enfermeiro e também da sua intencionalidade na forma como

concebe o planeamento dos cuidados perante esta alteração da função no processo de eliminação que é, frequentemente, como disse, irreversível.

São indicadores (critérios de diagnóstico) reveladores de uma eficácia no autocontrolo da incontinência urinária por parte da pessoa: 1) reconhecer o impulso para urinar, 2) padrão previsível para a passagem de urina, 3) responder de forma pontual ao impulso, 4) urinar em receptáculo adequado, 5) tempo adequado para chegar ao vaso sanitário entre o impulso e a evacuação de urina, 6) capacidade para iniciar e terminar o jacto de urina, 7) roupas de baixo secas durante o dia e a noite, 8) ingestão de líquidos em função do planeado; entre outros (Johnson et al, 2004).

5. EXPECTORAR

O foco de atenção – Expectorar – deve estar presente nas situações em que a pessoa tem dificuldade em expelir as secreções para o exterior, sendo o mecanismo da tosse de primordial importância. Esta necessidade de cuidados deve ser nomeada por – expectorar ineficaz. São causas de comprometimento da limpeza eficaz das vias aéreas, falência do sistema muco ciliar, quer por aumento da quantidade/viscosidade do muco e diminuição do surfactante, quer por destruição, paralisia e falência dos cílios, associado a uma ineficácia do reflexo de tosse, o que traz como consequências a incapacidade do cliente para mobilizar as secreções e/ou a incapacidade para as expelir para o exterior.

São exemplo de situações que concorrem para a identificação do diagnóstico – expectorar ineficaz – pessoas com dor impossibilitando-as de realizar uma ventilação mais profunda; incapacidade neuromuscular que afecta o diafragma ou musculatura acessória da inspiração; dificuldade da pessoa em expelir o ar forçadamente devido a lesão medular; doença miopática e fraqueza como a distrofia muscular, a presença de traqueotomia e doenças críticas que causam fadiga excessiva; diminuição da acção ciliar e do muco em pessoas submetidas a anestesia geral e intubação endotraqueal, pessoas com DPOC e fumadores.

Na lógica de outras situações, a intervenção do enfermeiro para promover a limpeza eficaz das vias aéreas passa significativamente por executar intervenções que ajudem a mobilizar e a expulsar as secreções, bem como, desenvolver o potencial da pessoa ou do seu membro da família prestador de

cuidados (através do ensino, instrução e treino), tornando, desta forma, o processo de expectorar mais eficaz.

6. AUTOCUIDADO

Quando falamos de Autocuidado, referimo-nos à dimensão de cuidados de enfermagem mais enfatizada nas teorias de enfermagem, daí, a sua enorme relevância para o exercício profissional dos enfermeiros. A dependência para o autocuidado deve ser enunciada quando a pessoa não consegue, por si, realizar as actividades básicas do dia-a-dia, ficando dependente de estratégias ou equipamentos adaptativos ou, se a situação é mais grave, dependente de outras pessoas. Nesta situação, a intencionalidade da acção profissional dos enfermeiros, após avaliado o potencial cognitivo, neuro-muscular e músculo-esquelético da pessoa, é promover a reconstrução da sua autonomia, através do ensino, instrução e treino com estratégias e equipamentos adaptativos.

São causas frequentes para a identificação deste diagnóstico, alterações da consciência, quadros de confusão, distúrbios visuais, dor intensa, cansaço extremo, défices neuromusculares e cognitivos, decorrentes de eventos críticos súbitos (AVC, TVM, colocação de uma PTA) ou degradação progressiva da condição de saúde ao longo das etapas do ciclo de vida e particularmente no envelhecimento.

Tomando como exemplo o alimentar-se (autocuidado), são indicadores de autonomia, a capacidade para: 1) preparar os alimentos para a ingestão, 2) abrir os recipientes, 3) lidar com utensílios e colocar os alimentos nos utensílios, 4) pegar nos copos, 5) levar os alimentos boca com os utensílios, 6) colocar os alimentos na boca, 7) manipular os alimentos na boca, 8) mastigar os alimentos, 9) engolir os alimentos e concluir a refeição até ficar satisfeito (Johnson et al, 2004).

7. ANQUILOSE/RIGIDEZ ARTICULAR

A Anquiose/rigidez articular é um foco de atenção muito frequente, consequência da imobilidade e para o qual é muito significativo o contributo dos enfermeiros na prevenção da rigidez articular. A intenção que o enfermeiro deve colocar na relação de cuidados com o cliente portador do foco – rigidez articular – numa perspectiva de qualidade é indiscutivelmente no domínio da manutenção das amplitu-

des articulares, sobretudo, através das intervenções do tipo Executar (executar exercícios musculó-articulares passivo/activo/activo assistido) e do tipo Informar (através do ensino, instrução e treino do cliente na prevenção da rigidez articular), sendo condição necessária para alguém reter qualquer tipo de informação a posse de potencial cognitivo.

São exemplo de situações que concorrem para formulação do diagnóstico – risco de rigidez articular – pessoas com compromisso neuro-muscular ou musculó-esquelético (ex. fracturas, doenças do tecido conjuntivo, doenças degenerativas e de instalação súbita do Sistema Nervoso Central e Periférico (parésias, espasticidade...)).

8. STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS

Por último, o stress do prestador de cuidados. O papel de prestador de cuidados refere-se a um conjunto de acções e atitudes esperadas por parte de quem assume a responsabilidade de cuidar da pessoa que manifesta dependência para o autocuidado.

Os inúmeros estudos empíricos demonstram-nos que o *Stress* do prestador de cuidados está presente, por exemplo, nas situações em que há um agravamento do nível de dependência da pessoa doente; a complexidade dos cuidados a manter; défice de conhecimento e de habilidades para dar respostas satisfatórias às necessidades do doente dependente; a inexistência ou insuficiência da rede de suporte (formal e informal); relações anteriores difíceis entre o familiar cuidador e o membro dependente; dificuldades económicas, a interdependência familiar, entre outros. A prevenção do *stress* do prestador de cuidados passa muito pela acção profissional dos enfermeiros em que devem ser identificados os recursos determinantes para uma transição saudável por parte deste grupo de pessoas. Estes recursos estão muito centrados na informação e habilidade de que necessitam desenvolver tornando-os competentes face às necessidades básicas da pessoa dependente, os equipamentos e ajudas técnicas disponíveis, a necessidade de períodos de descanso, os recursos económicos, ajuda no modelo de organização do sistema familiar, entre outros.

São indicadores (critérios de diagnóstico) de *stress* do prestador de cuidados: 1) limitações cognitivas, físicas e psicológicas na realização dos cuidados, 2) limitações na interacção social, 3) percepção de suporte insuficiente por parte da rede social e de cuidados de saúde, 4) comprometimento da actividade

lúdica, 5) comprometimento do exercício profissional, 6) quantidade excessiva de cuidados a prestar ou a supervisionar, 7) gravidade da condição de saúde da pessoa dependente, 8) dificuldades na relação entre cuidador e familiar dependente, entre outros (Johnson et al, 2004).

Em síntese, a produção de indicadores de enfermagem numa perspectiva de qualidade, exige:

1. *A identificação das áreas da saúde sobre as quais queremos produzir os indicadores – deve-se promover a discussão da natureza dos cuidados de enfermagem nos contextos de acção – a pergunta que se nos coloca é: qual a enfermagem que queremos oferecer aos cidadãos? Será que centrada num conhecimento que é produzido por outros e assim vamos ter dificuldades em tomar decisões sobre uma área que é do espaço de intervenção de outros – focalizada na gestão de sinais e sintomas ou, por outro lado, na direcção de uma enfermagem centrada em aspectos significativos da saúde das pessoas decorrentes das transições ao longo do ciclo de vida? Possibilitando às pessoas através de processos de aprendizagem e de integração fluida da sua nova condição de saúde uma transição saudável. Esta será a primeira decisão que tem de ser reflectida e tomada pelos enfermeiros.*
2. *A partir desta discussão e estando clarificada, ou seja, identificadas as áreas da saúde geradoras de cuidados de enfermagem (leia-se focos de atenção) estamos em condições de identificar os indicadores de enfermagem que queremos produzir e viabilizar a sua produção, garantidos os critérios necessários à sua produção - SIE que incluam uma linguagem classificada, SIE que incluam a tomada de decisão dos enfermeiros no processo de cuidados (diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem); parametrização do Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem nos contextos de trabalho. Estes são alguns dos critérios.*
3. *Por último, após termos sínteses informativas acerca dos indicadores produzidos, teremos de reflectir nas equipas sobre essa mesma informação no sentido de conseguirmos implementar, nos contextos da acção, programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Conselho de Enfermagem (2003). *Do Caminho Percorrido e das Propostas: análise do 1º mandato (1999 – 2003)*. Ordem dos Enfermeiros, Novembro (2003).

ICN (2002) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Johnson, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 2ª ed.. Porto Alegre: Artmed Editora.

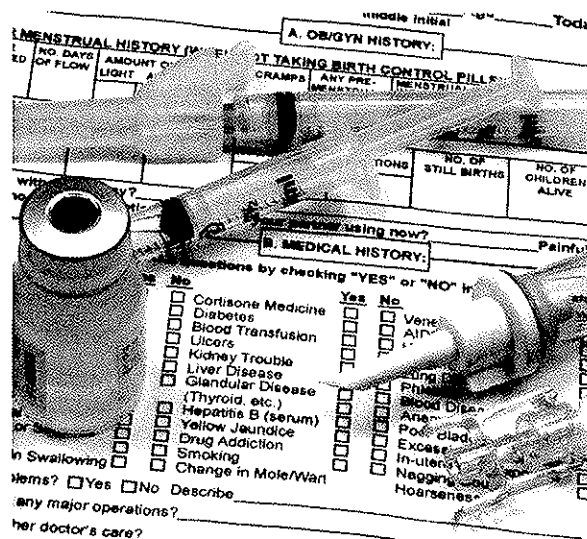
Meleis, A. (1997). *Theoretical nursing: development and progress* (3ª ed.). Philadelphia: Lippincott.

Meleis, A., Sawyer, L., IM, E., Messias D., & Shumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), p. 12-28.

Pereira, Filipe (2004). *Relatório: Considerações Diagnósticas - Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*.

Pereira, Filipe (2006). *Modelo para o cálculo dos indicadores de enfermagem definidos: um padrão de leitura de dados*. Relatório entregue à Administração Regional de Saúde do Norte.

Silva, Abel P. (2007). *Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina*. *Servir*, vol. 55, nº 1-2, Janeiro/Abril.



FOCOS DE ATENÇÃO E INDICADORES DE QUALIDADE adaptado Pereira, 2006 - (Quadro 1)

FOCOS DE ATENÇÃO	INDICADORES DE QUALIDADE
1. Aceitação do Estado de Saúde	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> % casos de Aceitação do estado de saúde não demonstrada na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> Tx de resolução do Aceitação do estado de saúde não demonstrada Ganhos expressos em Suporte percebido pela pessoa Ganhos em Conhecimento sobre estratégias de Coping eficazes Ganhos expressos em sentimentos de Esperança da pessoa Ganhos expressos em Iniciativa da pessoa
2. Gestão do Regime Terapêutico	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> % casos de Gestão do regime terapêutico ineficaz na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> Ganhos em Conhecimento sobre hábitos alimentares adequados Ganhos em Conhecimento sobre desvantagens do consumo de tabaco Ganhos em Conhecimento sobre desvantagens do consumo de álcool Ganhos em Conhecimento sobre regime medicamentoso Ganhos em Aprendizagem de Capacidades para executar regime medicamentoso Ganhos em Conhecimento sobre oxigenoterapia Ganhos em Aprendizagem de Capacidades para executar oxigenoterapia
3. Autocontrolo da Ventilação	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> % casos de Auto controlo: ventilação ineficaz na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> Tx de resolução do Auto controlo: ventilação ineficaz Ganhos em eficácia no Auto controlo: ventilação Ganhos em Conhecimento sobre exercícios respiratórios adequados Ganhos em Aprendizagem de Capacidades para executar exercícios respiratórios adequados

<p>4. AUTOCONTROLO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA</p>	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • % casos de Auto controlo: incontinência urinária ineficaz na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tx de resolução do Auto controlo: incontinência urinária ineficaz • Ganhos em eficácia no Auto controlo: incontinência urinária
<p>5. EXPECTORAR</p>	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • % casos de Expectorar ineficaz na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tx de resolução do Expectorar ineficaz • Ganhos em Conhecimento sobre técnica da tosse • Ganhos em Aprendizagem de capacidades para tossir • Ganhos em Conhecimento sobre inaloterapia • Ganhos em Aprendizagem de capacidades para executar inaloterapia • Ganhos em Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre aspiração de secreções • Ganhos em Aprendizagem de capacidades do membro da família prestador de cuidados para aspirar as secreções • Ganhos em Conhecimento do membro da família prestador de cuidados sobre inaloterapia • Ganhos em Aprendizagem de capacidades do membro da família prestador de cuidados para executar inaloterapia
<p>6. ALIMENTAR-SE (AUTOCUIDADO)</p> <p><i>Nota: neste exemplo, apenas nos referimos à dimensão do autocuidado Alimentar-se. No entanto, este exemplo é válido para as restantes dimensões do autocuidado.</i></p>	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • % casos de Dependência em Alimentar-se na população por período <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tx de resolução da Dependência em Alimentar-se • Ganhos em independência em Alimentar-se • Ganhos em Conhecimento sobre estratégias adaptativas para Alimentar-se • Ganhos em Aprendizagem de Capacidades para se Alimentar-se • Ganhos em Conhecimento do Membro da família prestador de cuidados sobre assistir no Alimentar-se • Ganhos em Aprendizagem de Capacidades do Membro da família prestador de cuidados para assistir no Alimentar-se
<p>7. RIGIDEZ ARTICULAR (ANQUILOSE)</p>	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • % casos de Risco de Rigidez articular (total e por segmentos corporais) na população por período • % casos de Rigidez articular (total e por segmentos corporais) na população por período • Tx de eficácia diagnóstica do Risco de Rigidez articular <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taxa de eficácia na prevenção da Rigidez articular • Ganhos em Conhecimento sobre técnica de exercício muscular ou articular • Ganhos em Aprendizagem de Capacidades para executar técnica de exercício muscular ou articular • Ganhos em Conhecimento do Membro da família prestador de cuidados sobre prevenção da Rigidez articular • Ganhos em Aprendizagem de capacidades do Membro da família prestador de cuidados para prevenir a Rigidez articular
<p>8. STRESS DO PRESTADOR DE CUIDADOS</p>	<p>Indicadores de Processo</p> <ul style="list-style-type: none"> • % casos de Stress do prestador de cuidados na população por período • Risco de Stress do prestador de cuidados na população por período • Tx de eficácia diagnóstica do Risco de Stress do prestador de cuidados <p>Indicadores de Resultado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tx de eficácia na prevenção do Stress do prestador de cuidados • Ganhos expressos em Desejo em reassumir o papel de Prestador de cuidados pelo prestador de cuidados informal • Ganhos expressos em Bem - Estar percebido pelo prestador de cuidados informal