

Os sistemas de Informação em Enfermagem e a produção de Indicadores de Qualidade: Uma experiência com um grupo de alunos em ensino clínico: Prevenção, Diagnóstico e Intervenção

Fernando Alberto Petronilho

Licenciado em Enfermagem, Mestre em Ciências de Enfermagem.

RESUMO

O trabalho realizado centra-se no domínio dos Sistemas de Informação em Enfermagem. Teve como finalidade sensibilizar um grupo de alunos sobre a importância dos sistemas de informação em enfermagem na gestão da informação clínica e, em particular, a importância da produção de indicadores de qualidade a partir da relação de cuidados, traduzindo o exercício profissional dos enfermeiros. Foi realizado numa unidade de medicina e em contexto de ensino clínico. Ao envolver alunos de enfermagem, este trabalho teve uma intenção *fundamentalmente pedagógica*, visto os resultados aqui apresentados são fruto do trabalho dos profissionais da unidade onde decorreu o ensino clínico e apenas com um contributo muito modesto daqueles face ao seu nível de competências. No entanto, tendo como pretexto a produção de indicadores como referimos, permitiu criar com os alunos um espaço de reflexão muito importante sobre a natureza específica da enfermagem e a sua utilidade no contexto da saúde, muito centrado nos cuidados em que os enfermeiros

podem dar os maiores contributos para os ganhos em saúde das pessoas, ou seja, uma discussão particularmente focalizada na utilidade social da enfermagem enquanto profissão e disciplina do conhecimento.

A amostra é constituída por 40 doentes internados durante as seis semanas em que decorreu o ensino clínico. Foram identificados catorze (14) focos de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, constituindo estes *matéria-prima* para a produção de um total de setenta (70) indicadores de qualidade, dos quais vinte e oito (28) de processo, um (1) de eficácia diagnóstica e quarenta e um (41) de resultado.

Palavras-chave

sistemas de informação em enfermagem; indicadores de qualidade; focos de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem; classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE); instrumento para a documentação dos cuidados de enfermagem em ensino clínico.

1 – OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM E A PRODUÇÃO DE INDICADORES DE QUALIDADE QUE TRADUZEM O CONTRIBUTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NO CONTEXTO DA SAÚDE

O trabalho apresentado centra-se no domínio dos Sistemas de Informação em Enfermagem e foi produzido em contexto de Ensino Clínico. Decorreu numa unidade de cuidados em contexto hospitalar no período de 6 semanas. Teve a participação de 9 alunos a frequentar o curso de Licenciatura em Enfermagem Da Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho, sob a nossa orientação.

Actualmente a enfermagem vive num contexto socio-político em que cada vez é mais importante a produção de informação “por força da necessidade de controlo de custos, de melhoria da eficiência, de optimização da gestão e, fundamentalmente, da promoção e gestão contínua da qualidade dos cuidados” (Pereira, 2004: 13). Daí o crescente interesse das entidades responsáveis pelo desenvolvimento de Sistemas de Informação na Saúde que potenciem a produção de informação e o seu acesso em tempo útil.

Os enfermeiros são o maior grupo profissional da área da saúde, e por consequência, o grupo que mais decisões toma e mais actos pratica. Pela natureza do seu exercício profissional, os enfermeiros estabelecem fortes relações de proximidade e tempo de contacto com os clientes baseado numa relação interpessoal. Por conseguinte, os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais informação clínica produzem, processam e utilizam sobre a condição de saúde dos cidadãos e que disponibilizam nos Sistemas de Informação da Saúde (Jesus, 2005). A pergunta que emerge é a seguinte: apesar de todo este contexto, à priori favorável, será que a visibilidade dos cuidados de enfermagem é traduzida nos indicadores, estatísticas e relatórios oficiais da saúde? Ou seja, é observável e mensurável o impacto dos cuidados de enfermagem nos ganhos em saúde das pessoas que requerem esses cuidados?

Hoje não nos restam dúvidas da importância da produção e consumo de informação para a enfermagem. Não só numa perspectiva de finalidade legal e ética, mas também numa lógica de tomada de decisão, continuidade de cuidados e qualidade dos mesmos, na



gestão, na formação, na investigação e também quando é necessário assumir posições políticas.

Tradicionalmente os enfermeiros têm tido dificuldades em traduzir objectivamente qual o seu contributo para os ganhos em saúde dos cidadãos, ou seja, há uma clara falta de indicadores de qualidade relativos ao exercício profissional. A este propósito Sousa (2005: 30) refere “Numa altura, em que se pretende que os Sistemas de Informação produzam indicadores que permitam a monitorização da actividade clínica, o desenvolvimento de Sistemas de Informação em Enfermagem poderá ser uma das estratégias que favoreça a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, com garantia da sua qualidade.”

Também preocupado com esta realidade, Pereira (2004: 13) coloca uma série de questões, às quais temos actualmente ainda muita dificuldade em dar resposta por carência de informação:

- Quais são as principais necessidades das populações em cuidados de enfermagem?
- Quais as respostas que a enfermagem oferece face às necessidades em cuidados de enfermagem das populações?
- Quais os resultados em saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem?

Partilhando também destas preocupações e porque temos colaborado no desenvolvimento e implementação de projectos e investigações centrados nos Sistemas de Informação em Enfermagem, propusemos a um grupo de alunos num contexto de ensino clínico, sob a nossa orientação, a realização deste trabalho com os seguintes objectivos:

- Proporcionar um espaço de reflexão com os alunos acerca dos principais (modestos) contributos do seu desempenho para os ganhos em saúde das pessoas internadas na unidade de cuidados onde decorreu o ensino clínico.

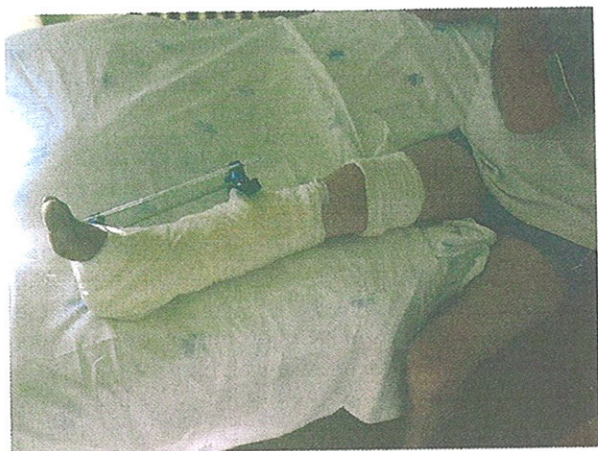
- Sensibilizar os alunos para a importância dos Sistemas de Informação em Enfermagem na gestão da informação clínica com vista à tomada de decisão sustentada no conhecimento que emerge da teoria de enfermagem e com relevância para a gestão, a investigação, a formação, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

A amostra é de 40 doentes internados na unidade de cuidados, correspondendo ao n.º total de doentes em que os alunos colaboraram na prestação de cuidados durante as seis semanas em que decorreu o ensino clínico.

Queremos esclarecer que utilizaremos as palavras *cliente – pessoa – doente*, indistintamente, querendos referir “*a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem (...) e com papel activo no quadro da relação de cuidados...*” (Conselho de Enfermagem, 2002: 16).

2. O TRABALHO REALIZADO: UMA EXPERIÊNCIA COM ALUNOS EM CONTEXTO CLÍNICO

Aproveitando e dando utilidade ao desempenho dos alunos em ensino clínico face à estratégia que utilizamos para melhor reflectirem e documentarem o processo de concepção de cuidados e com um carácter **fundamentalmente pedagógico**, sensibilizando aqueles para a importância da documentação dos cuidados na tomada de decisão por forma a “*fornecer informação*



útil para a definição, implementação, promoção e avaliação de programas de melhoria contínua de qualidade dos cuidados de enfermagem; disponibilizar informação útil capaz de influenciar as decisões políticas em saúde; traduzir as principais necessidades em cuidados de enfermagem da população e traduzir os ganhos em saúde altamente sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Pereira (2004: 16), iniciámos este trabalho com o objectivo de produzir indicadores de qualidade a partir da informação produzida pelos alunos que decorria da sua relação de cuidados e registada nos instrumentos de documentação (impressos em suporte de papel) utilizados no contexto clínico. Importante referir que para a produção de indicadores de qualidade é necessário cumprir um conjunto de requisitos:

- É ponto assente que só é possível produzir indicadores a partir da documentação, ou seja, os indicadores são *output*’s da informação registada pelos enfermeiros fruto da sua relação de cuidados. Significa isto que, se não houver registos do processo de cuidados (diagnósticos, intervenções de enfermagem e resultados) não será viabilizada a produção de indicadores.

- Por outro lado, a produção de indicadores de resultado só é possível a partir da “*documentação sistemática relativa ao status dos diagnósticos de enfermagem*” (Silva, 2001: 309).

- Não menos relevante é reflectir sobre a importância da implementação das intervenções. Particularmente na produção de indicadores de resultado, para podermos afirmar com rigor que os ganhos em saúde das pessoas resultam fundamentalmente (não exclusivamente) da concepção e tomada de decisão dos enfermeiros, teremos de assegurar na documentação, traduzindo esta necessariamente o exercício profissional, não só a evolução do diagnóstico de enfermagem num determinado intervalo de tempo como já o referimos no ponto anterior, mas também um conjunto de intervenções necessárias e suficientes que depois de implementadas, produzem as desejadas modificações positivas na condição de saúde do doente.

- Só é possível produzir indicadores utilizando uma terminologia comum para a descrição dos cuidados, sendo mesmo critério fundamental para os sistemas de informação em enfermagem informatizados, permitindo a comparabilidade dos dados. A CIPE é o instrumento de informação com o qual os alunos documentaram o processo de cuidados.

• Só é possível produzir indicadores que traduzam a particularidade do exercício profissional dos enfermeiros no contexto dos cuidados de saúde a partir dos focos de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem¹. De referir que esta reflexão foi gradualmente muito discutida com os alunos.

No global, a dinâmica imprimida com os alunos durante o ensino clínico foi a seguinte:

- Cada aluno colaborava nos cuidados com apenas um cliente.
- Sempre que possível, o aluno colaborava na prestação de cuidados com o mesmo cliente durante os 4 dias da semana (de segunda-feira a quinta-feira), permitindo desta forma ajudar o aluno a perceber a utilidade desta metodologia de trabalho facilitadora da tomada de decisão e da continuidade de cuidados.
- A sua aprendizagem era, particularmente, focalizada na observação do desempenho dos profissionais da unidade com partilha e reflexão das práticas, no desenvolvimento de competências na colheita de dados, através da entrevista, da observação e da consulta do processo clínico, permitindo a actividade diagnóstica para uma decisão diagnóstica fundamentada e objectiva e, por último, na execução de algumas técnicas.
- Por outro lado, pela natureza do ensino clínico, este proporcionou o desenvolvimento de competências relacionais no processo de cuidar. Ou seja, havia, intencionalmente, uma preocupação com a aprendizagem do aluno muito centrada na 1ª e 2ª etapa do Processo de Enfermagem, considerada fundamental para o desenvolvimento do julgamento clínico.
- Ao longo do ensino clínico, sempre que no momento de admissão do cliente, este era atribuído ao grupo de alunos, estes iriam acompanhá-lo continuamente, se possível, até ao momento da alta clínica. No entanto, semana a semana procedíamos à rotatividade dos doentes pelo grupo de alunos, permitindo a cada um, uma maior diversidade de experiências de cuidar.
- Na continuidade do ponto anterior, e porque cada aluno estaria, em média, uma semana (4 turnos) com o mesmo cliente e responsável pelos seus cuidados

¹ Importa referirmo-nos ao conceito *ganhos em saúde altamente sensível aos cuidados de enfermagem*, ou por outras palavras, ao termo *resultado de enfermagem altamente sensível aos cuidados de enfermagem*. Assim, segundo refere (Johnson et al, 2004: 64) significa "um estado, comportamento ou percepção mensurável do paciente ou da família, conceituado como uma variável, amplamente influenciada por intervenções de enfermagem e sensível a elas (...)."

no domínio das competências previamente definidas, à segunda-feira procedíamos a nova distribuição dos doentes pelos alunos e, na sequência, à troca de planos de cuidados de enfermagem por forma a que os alunos compreendessem no contexto da acção, a relevância daqueles para efeito da promoção da continuidade de cuidados e a importância e utilidade da documentação na avaliação da evolução da condição de saúde do doente ao longo do episódio de internamento.

• Criar espaços de reflexão na acção e sobre a acção entre os alunos e os enfermeiros da unidade, bem como entre aqueles e o docente responsável pela sua orientação, tendo, frequentemente, como ponto de partida os registos efectuados no seu sistema de informação.

• À medida que os doentes tinham alta clínica, os planos de cuidados eram arquivados numa pasta permitindo, à posteriori, fazer a análise estatística, viabilizando a produção dos indicadores que apresentamos neste trabalho.

Gostaríamos de referir que o nível de competências dos alunos face ao processo de cuidados ainda estava, como era esperado, num estágio muito inicial "As estudantes de enfermagem entram em cada serviço novo, com o estatuto de iniciadas; tem dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros com aquilo que vivem em situação real." (Benner, 2001: 50). Ainda a este propósito a autora refere que a experiência é condição necessária para a *perícia*. Isto para fundamentar que a leitura dos resultados deste trabalho são, indiscutivelmente, atribuídos ao desempenho da equipa de enfermagem da unidade e com uma modesta colaboração dos alunos. Por outro lado, o ensino clínico era desenvolvido como já foi referido, durante 4 dias da semana, estando os alunos ausentes durante 3 dias (sexta-feira, sábado e domingo), o que, inevitavelmente, levava a uma significativa descontinuidade no processo de cuidados por parte daqueles. Durante a semana, no período inicial do turno, os alunos tinham a preocupação de questionar os enfermeiros do serviço no sentido de obter informação relevante para a continuidade de cuidados sobre acontecimentos ocorridos com os doentes durante o fim-de-semana. Relativamente aos diagnósticos de enfermagem, a passagem de turno relatada pelos enfermeiros era, frequentemente, suficiente para o aluno ficar *desperto* para eventuais alterações da evolução da condição de saúde do doente durante os turnos da sua ausência. Posteriormente, o aluno confrontava esta *nova* informação com a sua actividade diagnóstica junto do doente e, de

forma sistemática, na posse de toda a informação recolhida através das diferentes fontes mencionadas, reflecti-la com o profissional. De salientar que a *passagem de turno* nesta unidade é através do impresso Processo de Enfermagem imprimido do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)². O enfermeiro apresentava a informação muito centrada nos diagnósticos de enfermagem e intervenções, particularmente, as intervenções de vigilância, sendo estas as mais relevantes face à lógica prospectiva que este momento de partilha de informação deve implicar, ou seja, muito centrado na informação relevante para a continuidade de cuidados ao longo dos turnos. Na posse desta informação relativa à condição de saúde do doente que sofria alterações nos turnos em que os alunos estavam ausentes da unidade, estes documentavam-na no seu plano de cuidados. Particularmente, à segunda-feira, após 3 dias de ausência dos alunos, este trabalho de *procura* de informação era mais exigente e implicava uma maior colaboração dos enfermeiros da unidade.

2.1. O Instrumento para a documentação dos cuidados de enfermagem em ensino clínico

Face à recente reformulação e implementação de Sistemas de Informação de Enfermagem em inúmeras instituições de saúde (sobretudo as pertencentes à ARS Norte), espaço onde se insere a Escola Superior de Enfermagem – Universidade do Minho e nas quais os alunos desenvolvem a sua prática clínica, foi preocupação da escola definir e implementar estratégias que não comprometessem a sua aprendizagem. Porque se produz e dispõe de mais informação e também porque está mais *acessível e mais exposta* ao aluno, quer em suporte de papel, quer em suporte informático, há, na nossa opinião, um risco emergente desta situação: os conteúdos parametrizados e disponíveis no Sistema de Informação em Enfermagem das várias unidades de cuidados não foi *matéria-prima* construída e reflectida pelos alunos. Como todos sabemos, os alunos frequentemente usam de todas as estratégias possíveis para terem ao seu dispor essa mesma informação, sendo, na nossa opinião, uma ameaça à *disponibilidade e capacidade* para o pensamento crítico, colocando em causa sobretudo a aprendizagem

² A unidade de cuidados onde decorreu o ensino clínico utiliza o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) para a totalidade dos clientes, tornando o acesso à informação por parte dos alunos muito dependente da colaboração dos profissionais.

do aluno para *estar disponível* para conceber cuidados e tomar decisões com base numa prática reflectida. Neste contexto e decorrente do exposto, os alunos utilizaram ao longo do ensino clínico um documento elaborado na escola com o propósito de documentarem a sua relação de cuidados, o qual denominamos por - *Instrumento para a Documentação dos Cuidados de Enfermagem em Ensino Clínico*. Basicamente, na sua estrutura, este impresso contém numa primeira parte dados relativamente ao item apreciação inicial muito centrado nos antecedentes pessoais, experiências vividas relevantes e padrões habituais do cliente permitindo a actividade diagnóstica no momento da admissão ou ao longo do episódio de internamento. Numa segunda parte, contém *espaços em branco* para o aluno explicar o seu processo de concepção de cuidados, isto é, a actividade diagnóstica, a decisão e formulação do diagnóstico, bem como a explanação do seu juízo terapêutico através do planeamento das intervenções de enfermagem a implementar. Esta estrutura de plano de cuidados está elaborada numa lógica *horizontal*, isto é, o aluno documenta o diagnóstico de enfermagem e logo de seguida as intervenções a implementar com integridade referencial para esse mesmo diagnóstico, e assim sucessivamente. Estamos a reportar-nos, como já o dissemos, a alunos num nível de competências ainda muito inicial. A estrutura deste impresso de documentação e a orientação para sua utilização parece-nos ser promotor da aprendizagem do aluno, com uma preocupação central no desenvolvimento do julgamento clínico apelando ao pensamento crítico e também com uma preocupação de reflectir e clarificar a natureza específica dos cuidados de enfermagem.

2.2. Da relação de cuidados à produção de indicadores: de processo, de resultado e de eficácia diagnóstica

Iremos apresentar os indicadores produzidos divididos em 4 grupos:

- Indicadores relativos a “percentagem de casos de” e “percentagem de casos de risco de”
- Indicadores relativos a “Taxa de eficácia na prevenção de” e “Taxa de eficácia diagnóstica de”
- Indicadores relativos a “Taxa de resolução” e “Ganhos em independência para o autocuidado”
- Indicadores relativos a “Ganhos em conhecimento sobre” e “Aprendizagem de capacidades para”

2.2.1. Indicadores relativos a “percentagem de casos de” e “percentagem de casos de risco de”

Estes indicadores (quadro 1) referem-se ao número de pessoas cuidadas a quem foi identificado um determinado diagnóstico de enfermagem, como por exemplo, *úlceras de pressão* ou *risco de úlceras de pressão*, documentado no período das seis semanas em que decorreu o

ensino clínico sobre o n.º total de pessoas cuidadas (n=40) no mesmo período de tempo. Tratando-se de indicadores de processo a sua produção não exige a evolução do *status* do diagnóstico ao longo do período de internamento bem como a implementação de intervenções de enfermagem. Traduzem, fundamentalmente, necessidade de cuidados.

Quadro 1 – Indicadores de processo: “percentagem de casos de” e “percentagem de casos de risco de”; n=40

FOCO DE ATENÇÃO	INDICADORES PRODUZIDOS	%	DIAGNÓSTICOS NECESSÁRIOS NA DOCUMENTAÇÃO PARA VIABILIZAR A PRODUÇÃO DO INDICADOR	Nº DE CASOS
EXPECTORAR	Percentagem de Casos de Expectorar ineficaz	30	Expectorar ineficaz	12
ASPIRAÇÃO	Percentagem de Casos de Aspiração	0	Aspiração	0
	Percentagem de Casos de Risco de Aspiração	25	Risco de Aspiração	10
DESIDRATAÇÃO	Percentagem de Casos de Desidratação	5	Desidratação	2
	Percentagem de Casos de Risco de Desidratação	40	Risco de Desidratação	16
OBSTIPAÇÃO	Percentagem de Casos de Obstipação	17,5	Obstipação	7
	Percentagem de Casos de Risco de Obstipação	45	Risco de Obstipação	18
ÚLCERA DE PRESSÃO	Percentagem de Casos de Úlcera de Pressão	15	Úlcera de Pressão	6
	Percentagem de Casos de Risco de Úlcera de Pressão	37,5	Risco de Úlcera de Pressão	15
MACERAÇÃO	Percentagem de Casos de Maceração	10	Maceração	4
	Percentagem de Casos de Risco de Maceração	12,5	Risco de Maceração	5
ANQUILOSE	Percentagem de Casos de Anquilose	17,5	Anquilose	7
	Percentagem de Casos de Risco de Anquilose	15	Risco de Anquilose	6
PÉ EQUINO	Percentagem de Casos de Pé equino	7,5	Pé equino	3
	Percentagem de Casos de Risco de Pé equino	17,5	Risco de Pé equino	7
AUTOCUIDADO: HIGIENE	Percentagem de Casos de incapacidade para o Autocuidado: higiene	17,5	Incapacidade para o Autocuidado: higiene	7
	Percentagem de Casos de Dependência para o Autocuidado: higiene	62,5	Dependência para o autocuidado: higiene	25
ALIMENTAR-SE	Percentagem de Casos de incapacidade para Alimentar-se	17,5	Incapacidade para Alimentar-se	7
	Percentagem de Casos de Dependência para Alimentar-se	47,5	Dependência para Alimentar-se	19
POSICIONAR-SE	Percentagem de Casos de incapacidade para Posicionar-se	17,5	Incapacidade para Posicionar-se	7
	Percentagem de Casos de Dependência para Posicionar-se	32,5	Dependência para Posicionar-se	13
TRANSFERIR-SE	Percentagem de Casos de incapacidade para Transferir-se	17,5	Incapacidade para Transferir-se	7
	Percentagem de Casos de Dependência para Transferir-se	57,5	Dependência para transferir-se	23
DEAMBULAR	Percentagem de Casos de incapacidade para Deambular	12,5	Incapacidade para Deambular	5
	Percentagem de Casos de Dependência para Deambular	27,5	Dependência para Deambular	11
QUEDA	Percentagem de Casos de Queda	0	Queda	0
	Percentagem de Casos de Risco de Queda	42,5	Risco de Queda	17



ter um determinado diagnóstico, como por exemplo, *risco de úlcera de pressão no trocanter esquerdo* e tendo sido documentado numa *data anterior* à data de início do diagnóstico real *úlcera de pressão no trocanter esquerdo* sobre o nº de pessoas cuidadas no mesmo período a quem foi identificado e documentado o diagnóstico de enfermagem real *úlcera de pressão no trocanter esquerdo* (*100). Trata-se de um indicador de processo que traduz a capacidade de concepção dos enfermeiros. "Ao falarmos em eficácia diagnóstica procuramos responder à questão: em que medida, num determinado contexto da acção das práticas, fomos capazes de identificar em tempo útil os casos que estavam em risco de desenvolver um determinado diagnóstico de enfermagem?" (Pereira, 2006: 6).

2.2.2. Indicadores relativos a "Taxa de eficácia na prevenção de" e "Taxa de eficácia diagnóstica de"

O indicador "Taxa de eficácia na prevenção de" (quadro 2) refere-se ao número de pessoas cuidadas durante o período das seis semanas em que decorreu o ensino clínico, a quem foi identificado a presença real de um determinado diagnóstico, como por exemplo, *úlcera de pressão no trocanter esquerdo* e tendo sido documentado numa *data posterior* à data de início do diagnóstico potencial *risco de úlcera de pressão no trocanter esquerdo* sobre o nº de pessoas cuidadas no mesmo período a quem foi identificado e documentado o diagnóstico de enfermagem *risco de úlcera de pressão no trocanter esquerdo* (*100). Sendo um indicador

de resultado, traduzindo desta forma ganhos em saúde, a sua produção exige a documentação da evolução do status do diagnóstico ao longo do período de internamento bem como a documentação das intervenções de enfermagem implementadas que produzam essa mesma evolução na condição de saúde da pessoa e que sejam da concepção e tomada de decisão do enfermeiro. "Por outro lado, as taxas de eficácia na prevenção traduzem a medida em que foi evitada a evolução de uma situação potencial e de risco para um diagnóstico de enfermagem real." (Pereira, 2006: 6)

O indicador "Taxa de eficácia diagnóstica de" (quadro 2) refere-se ao número de pessoas cuidadas durante o período das seis semanas em que decorreu o ensino clínico, a quem foi identificado a probabilidade de ocor-

Quadro 2 – Indicadores de resultado: "Taxa de eficácia na prevenção de" e de processo: "Taxa de eficácia diagnóstica de"; n=40

FOCO DE ATENÇÃO	INDICADORES PRODUZIDOS	%	DIAGNÓSTICOS NECESSÁRIOS NA DOCUMENTAÇÃO PARA VIABILIZAR A PRODUÇÃO DO INDICADOR Nº DE CASOS			
			DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS	DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS
ASPIRAÇÃO	Taxa de eficácia na prevenção da Aspiração	100	a) Risco de Aspiração	10	Aspiração (data posterior a)	0
	Taxa de eficácia diagnóstica do risco de Obstipação	100	b) Obstipação	4	Risco de Obstipação (data anterior b)	4
OBSTIPAÇÃO	Taxa de eficácia na prevenção de Obstipação	77,7	b) Risco de Obstipação	18	Obstipação (data posterior b)	4
	Taxa de eficácia na prevenção de Úlcera de Pressão	100	c) Risco de Úlcera de Pressão	15	Úlcera de Pressão (data posterior c)	0
MACERAÇÃO	Taxa de eficácia na prevenção da Maceração	100	d) Risco de Maceração	5	Maceração (data posterior d)	0
ANQUILOSE	Taxa de eficácia na prevenção da Anquilose	100	e) Risco de Anquilose	6	Anquilose (data posterior e)	0
PÉ EQUINO	Taxa de eficácia na prevenção de Pé equino	100	f) Risco de Pé equino	7	Pé equino (data posterior f)	0
QUEDA	Taxa de eficácia na prevenção de Queda	100	g) Risco de Queda	17	Queda (data posterior g)	0

2.2.3. Indicadores relativos a “Taxa de resolução” e “Ganhos em independência para o autocuidado”

O indicador “Taxa de resolução” (quadro 3) reporta-se ao número de pessoas cuidadas durante o período das seis semanas em que decorreu o ensino clínico, a quem foi identificado e documentado o termo de um determinado diagnóstico, como por exemplo, a *dependência para o autocuidado: higiene numa data posterior* à data de início do referido diagnóstico de enfermagem sobre o n.º de pessoas cuidadas no mesmo período, a quem foi identificado e documentado o diagnóstico de enfermagem *dependência para o autocuidado: higiene* (*100).

O indicador “Ganhos em independência para o autocuidado” (quadro 3) refere-se ao número de pessoas cuidadas durante o período das seis semanas em que

decorreu o ensino clínico, a quem foi identificado e documentado uma evolução positiva na sua condição de saúde no momento em que a pessoa saiu da unidade de cuidados ou teve alta clínica, comparativamente ao grau de dependência documentado no momento inicial da identificação do diagnóstico de enfermagem *dependência no autocuidado* sobre o n.º de pessoas cuidadas no mesmo período a quem foi identificado e documentado o diagnóstico de enfermagem *dependência no autocuidado* (*100). Estes indicadores são, também, de resultado. Refere-se a um “grupo de indicadores de resultado do exercício profissional dos enfermeiros que nos informa sobre o n.º de casos que, sendo portadores de um determinado diagnóstico de enfermagem, experimentam uma melhoria no seu estado ou o resolvem.” (Pereira, 2006: 6)

Quadro 3 – Indicadores de resultado: “Taxa de resolução de” e “Ganhos em independência para o autocuidado”; n=40

FOCO DE ATENÇÃO	INDICADORES PRODUZIDOS	%	DIAGNÓSTICOS NECESSÁRIOS NA DOCUMENTAÇÃO PARA VIABILIZAR A PRODUÇÃO DO INDICADOR/Nº DE CASOS			
			DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS	DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS
EXPECTORAR	Taxa de resolução de Expectorar ineficaz	16,6	h) Expectorar ineficaz	12	Expectorar eficaz (data posterior h))	2
OBSTIPAÇÃO	Taxa de resolução da Obstipação	42,8	i) Obstipação	7	Obstipação ausente (data posterior i))	3
AUTOCUIDADO: HIGIENE	Ganhos em independência para o Autocuidado: higiene	0	Dependência para o autocuidado higiene: grau moderado j) grau elevado l)	25	Dependência para o autocuidado higiene: grau reduzido (data posterior j)) grau moderado (data posterior l))	0
	Taxa de Resolução da Dependência para Autocuidado: higiene	0	m) Dependência para o autocuidado: higiene	25	Independência para o autocuidado: higiene (data posterior m))	0
ALIMENTAR-SE	Ganhos em independência para Alimentar-se	0	Dependência para Alimentar-se: grau moderado n) grau elevado o)	19	Dependência para Alimentar-se: grau reduzido (data posterior n)) grau moderado (data posterior o))	0
	Taxa de Resolução da Dependência para Alimentar-se	26,3	p) Dependência para Alimentar-se	19	Independência para Alimentar-se (data posterior p))	5
POSICIONAR-SE	Ganhos em independência para Posicionar-se	0	Dependência para Posicionar-se: grau moderado q) grau elevado r)	13	Dependência para Posicionar-se: grau reduzido (data posterior q)) grau moderado (data posterior r))	0
	Taxa de Resolução da Dependência para Posicionar-se	7,7	s) Dependência para Posicionar-se	13	Independência para Posicionar-se (data posterior s))	1
TRANSFERIR-SE	Ganhos em independência para Transferir-se	4,3	Dependência para Transferir-se: grau moderado t) grau elevado u)	23	Dependência para Transferir-se: grau reduzido (data posterior t)) grau moderado (data posterior u))	1
	Taxa de Resolução da Dependência para Transferir-se	0	w) Dependência para Transferir-se	23	Independência para Transferir-se (data posterior w))	0
DEAMBULAR	Ganhos em independência para Deambular	9	Dependência para Deambular: grau moderado v) grau elevado x)	11	Dependência para Deambular: grau reduzido (data posterior v)) grau moderado (data posterior x))	1
	Taxa de Resolução da Dependência para Deambular	0	z) Dependência para Deambular	11	Independência para Deambular (data posterior z))	0

2.2.4. Indicadores relativos a “Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre” e “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para” O indicador “Ganhos em conhecimento sobre” (quadro 4) reporta-se ao número de pessoas cuidadas durante o período das seis semanas em que decorreu o ensino clínico, a quem foi identificado e documentado a opinião clínica *conhecimentos demonstrados pelo prestador de cuidados para assistir no auto cuidado com data posterior* à data de início do diagnóstico de enfermagem *conhecimentos não demonstrados pelo prestador de cuidados para assistir no auto cuidado* sobre o n.º de pessoas cuidadas no mesmo período, a quem foi identificado e documentado o diagnóstico de enfermagem *conhecimentos não demonstrados pelo prestador de cuidados para*

assistir no auto cuidado (*100). Aqui apresentamos a definição genérica, não especificando quais as diferentes espécies do autocuidado que podem requerer necessidades de cuidados e que estão especificadas no Quadro 4. A lógica de produção do indicador “Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para” é necessariamente igual.

Este tipo de indicador, não sendo o único, permite ajudar a avaliar em que medida é que os enfermeiros promovem a adaptação do cuidador, especificamente, a dimensão das suas competências (saber e saber-fazer), face à necessidade de desempenhar um novo papel, no contexto familiar, de forma a responder adequadamente às necessidades do doente dependente para o autocuidado.

Quadro 4 - Indicadores de resultado: Ganhos em conhecimento do Prestador de Cuidados (P.C.) sobre e Aprendizagem de capacidades do Prestador de Cuidados (P.C.) para; n=40

FOCO DE ATENÇÃO	INDICADORES PRODUZIDOS	%	DIAGNÓSTICOS NECESSÁRIOS NA DOCUMENTAÇÃO PARA VIABILIZAR A PRODUÇÃO DO INDICADOR/Nº DE CASOS			
			DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS	DIAGNÓSTICO (STATUS)	Nº CASOS
EXPECTORAR ***	Ganhos em Conhecimentos do dente sobre técnica de tosse	0	1) Conhecimento não demonstrado sobre técnica de tosse	2	Conhecimento demonstrado sobre técnica de tosse (<i>data posterior 1</i>)	0
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do doente para tossir	0	2) Aprendizagem de capacidades não demonstrada para tossir	2	Aprendizagem de capacidades demonstrada para tossir (<i>data posterior 2</i>)	0
ASPIRAÇÃO	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção da aspiração	50	3) Conhecimento não demonstrado do PC. sobre prevenção da aspiração	2	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção da aspiração (<i>data posterior 3</i>)	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do PC. para prevenir a aspiração	100	4) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. sobre prevenção da aspiração	2	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. sobre prevenção da aspiração (<i>data posterior 4</i>)	2
OBSTIPAÇÃO	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção da obstipação	100	5) Conhecimento não demonstrado PC. sobre prevenção da obstipação	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção da obstipação (<i>data posterior 5</i>)	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades PC. para Prevenir a obstipação	100	6) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. para prevenir aObstipação	1	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. para prevenir a obstipação (<i>data posterior 6</i>)	1
ÚLCERA DE PRESSÃO	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção da Úlcera de Pressão	100	7) Conhecimento não demonstrado PC. sobre prevenção da Úlcera de Pressão	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção da Úlcera de Pressão (<i>data posterior 7</i>)	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades PC. para prevenir a Úlcera de Pressão	50	8) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. para prevenir a Úlcera de Pressão	2	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. para prevenir a Úlcera de Pressão (<i>data posterior 8</i>)	1
ANQUILOSE	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção da Anquiose	100	9) Conhecimento não demonstrado PC. sobre prevenção da Anquiose	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção da Anquiose (<i>data posterior 9</i>)	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades PC. para prevenir a Anquiose	100	10) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. sobre prevenção da Anquiose	1	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. sobre prevenção da Anquiose (<i>data posterior 10</i>)	1
PÉ EQUINO	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção de Pé equino	100	11) Conhecimento não demonstrado PC. sobre prevenção de Pé equino	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção de Pé equino (<i>data posterior 11</i>)	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades PC. para prevenir o Pé equino	100	12) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. sobre prevenção de Pé equino	1	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. sobre prevenção de Pé equino (<i>data posterior 12</i>)	1

AUTOCUIDADO: HIGIENE	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre Autocuidado: higiene	33,3	13) Conhecimento não demonstrado do PC. sobre autocuidado: higiene	3	Conhecimento demonstrado do PC. sobre autocuidado: higiene (data posterior 13))	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do PC. para assistir no Autocuidado: higiene	33,3	14) Aprendizagem de capacidades não demonstrada do PC. para assistir no autocuidado: higiene	3	Aprendizagem de capacidades demonstrada do PC. para assistir no autocuidado: higiene (data posterior 14))	1
ALIMENTAR-SE	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre Alimentar-se	100	15) Conhecimento não demonstrado do PC. sobre Alimentar-se	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre Alimentar-se (data posterior 15))	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do PC. para assistir no Alimentar-se	50	16) Aprendizagem de capacidades não demonstrada do PC. para assistir no Alimentar-se	2	Aprendizagem de capacidades demonstrada do PC. para assistir no Alimentar-se (data posterior 16))	1
POSICIONAR-SE	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre Posicionar-se	100	17) Conhecimento não demonstrado do PC. sobre Posicionar-se	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre Posicionar-se (data posterior 17))	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do PC. para assistir no Posicionar-se	100	18) Aprendizagem de capacidades não demonstrada do PC. para assistir no Posicionar-se	1	Aprendizagem de capacidades demonstrada do PC. para assistir no Posicionar-se (data posterior 18))	1
TRANSFERIR-SE	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre transferir-se	50	19) Conhecimento não demonstrado do PC. sobre Transferir-se	2	Conhecimento demonstrado do PC. sobre Transferir-se (data posterior 19))	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades do PC. para assistir no Transferir-se	50	20) Aprendizagem de capacidades não demonstrada do PC. para assistir no Transferir-se	2	Aprendizagem de capacidades demonstrada do PC. para assistir no Transferir-se (data posterior 20))	1
QUEDA	Ganhos em Conhecimentos do PC. sobre prevenção de Queda	100	21) Conhecimento não demonstrado PC. sobre prevenção de Queda	1	Conhecimento demonstrado do PC. sobre prevenção de Queda (data posterior 21))	1
	Ganhos em Aprendizagem de capacidades PC. para prevenir a Queda	100	22) Aprendizagem capacidades não demonstrado PC. sobre prevenção de Queda	1	Aprendizagem capacidades demonstrado do PC. sobre prevenção de Queda (data posterior c22))	1

*** Excepcionalmente, relativamente ao foco de atenção *expectorar* a pessoa alvo dos cuidados é o *próprio doente* e não o membro da família prestador de cuidados.

3 – RESUMINDO

Foram identificados catorze (14) focos de atenção de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem, constituindo estes *matéria-prima* para a produção de um total de setenta (70) indicadores de qualidade, dos quais vinte e oito (28) de processo, um (1) de eficácia diagnóstica e quarenta e um (41) de resultado.

Gostaríamos de sublinhar que a interpretação de qualquer resultado face à produção de indicadores *nunca poderá ser dissociado* do contexto onde esses mesmos indicadores são produzidos. Poderemos chamar à unidade de cuidados onde se realizou este trabalho, um contexto *típicamente* de medicina com uma média de idades dos doentes internados muito elevada, onde nos confrontamos frequentemente no processo de cuidados com a problemática do envelhecimento (transição de desenvolvimento)³ e das doenças crónicas

³ Meleis e colaboradores (2000), na sua teoria de *médio-alcance* sobre as transições, refere-nos que, quanto à *sua natureza*, estas podem ser de saúde – doença (ex. diabetes, AVC, cancro), de desenvolvimento (ex. etapas ao longo do ciclo de vida: infância, adolescência, adulto e envelhecimento) e situacionais (ex. exercício do papel parental ou o exercício do papel de prestador de cuidados).

(transição saúde – doença), por si muito limitativas para a condição de saúde das pessoas, em que os focos de atenção da prática dos enfermeiros no domínio da prevenção de complicações (riscos) e na promoção do papel do membro da família prestador de cuidados para tomar conta (transição situacional) tornam-se muito relevantes.

