
O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado

Isabel Maria Custódio Cerqueira

Dissertação de mestrado

Mestrado em Gestão e Economia em Cuidados de Saúde

Orientado por:

Professor Doutor Rui Alberto Ferreira dos Santos Alves

2018

O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado

Isabel Maria Custódio Cerqueira

Dissertação de mestrado

Mestrado em Gestão e Economia em Cuidados de Saúde

Orientado por:

Professor Doutor Rui Alberto Ferreira dos Santos Alves

2018

À minha irmã!

AGRADECIMENTOS

Um enorme agradecimento ao Professor Doutor Rui Alves que como orientador me transmitiu a confiança para terminar esta dissertação. Obrigada pelas discussões, apoio e orientação nos momentos em que foi solicitado e pelas horas que despendeu comigo.

A todos os meus amigos que me apoiaram e me incentivaram a terminar este projeto.

Ao Enfermeiro Ricardo por me contaminar neste assunto. Aos colegas de equipa que me auxiliaram e incentivaram neste processo. E aqueles que autorizaram este estudo. À Teresa e à Rita por todos os minutos de dedicação.

Ao Hospital Cuf Porto por ter proporcionado a realização deste estudo.

Ao meu namorado, por ser o meu pilar e por toda a dedicação, amor e paciência que empenhou neste processo.

Por último, e fundamentais na minha vida, à minha família, pais, irmãos, cunhados e primos por acreditarem sempre em mim, me encorajarem e sobretudo, por o sucesso deles, ser o meu sucesso.

RESUMO

O conceito de qualidade dos serviços de saúde, tem-se revelado de extrema importância atualmente nas instituições de saúde, optando as mesmas pela aquisição de estratégias de melhoria contínua de qualidade, através de um modelo adequado de gestão, passando muitas vezes este, pelos processos de acreditação e pela implementação de indicadores de qualidade. É neste cenário que estão envolvidos todos os profissionais de saúde, sendo os enfermeiros elementos chave deste processo.

Neste processo de aquisição de conhecimento, competências e capacidades em relação à prestação de cuidados de saúde com qualidade, surgem determinados desafios que podem influenciar a forma como os profissionais percebem e agem perante a qualidade. É neste sentido que surge a importância do estudo do papel do conhecimento dos enfermeiros neste processo, tema principal deste estudo. Consideramos importante, através da análise de dados e sua posterior discussão e conclusão, refletir sobre o tema e averiguar o estado de arte no internamento de um hospital privado, no sentido de dinamizar e alertar os profissionais para esta problemática tão em voga atualmente.

Pretendemos com este estudo criar uma diferenciação, na medida em que poderemos concorrer enquanto indivíduos e instituição para a criação de valor.

Palavras chave: Qualidade em saúde, enfermeiros, acreditação, Hospital Cuf Porto

ABSTRACT

Healthcare quality has been recognized as very important by healthcare institutions presently, and they have adopted continuous improvement strategies in their management practices, including accreditation processes and the implementation of quality indicators. All healthcare professionals, including nurses, are involved in these processes.

In the process of acquiring knowledge, skills and abilities in relation to quality healthcare delivery some challenges arise, which affect the way healthcare professionals perceive and act regarding quality. Thus, the importance of studying the role of nurse's knowledge in this process. It is important to think about these issues through data collection and analysis regarding hospitalization of a private hospital with the purpose of calling the attention of healthcare professionals to these matters.

This study aims at making a difference, so that both individuals and the institution can cooperate to create value.

Keywords: Healthcare quality, nurses, accreditation, Hospital Cuf Porto

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Conceito central: a qualidade em saúde	3
1.1.1. Dimensões e perspetivas.....	4
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade em saúde.....	6
1.2. Gestão da qualidade em saúde.....	7
1.2.1. Avaliação da qualidade em saúde	8
1.2.2. Indicadores de qualidade	11
1.3. Políticas de qualidade em Saúde em Portugal vs Reino Unido.....	13
1.4. Avaliação da qualidade em saúde num serviço de internamento	17
CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	20
2.1 Justificação do estudo	20
2.2 Metodologia	21
2.2.1 Tipo de estudo.....	21
2.2.2 Método e instrumento de recolha de dados.....	23
2.2.3 Análise e tratamento dos dados.....	25
2.2.4 Fontes de dados e procedimentos éticos	28
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS DE ESTUDOS FUTUROS.....	47
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	62
ANEXO 1: Questionário.....	63
ANEXO 2: Bilhete de identidade indicadores	70
ANEXO 3: Tabelas Análise Glint-Cirurgia e Medicina	81
ANEXO 4: Pedido de autorização do estudo	84
ANEXO 5: Autorização da José Mello Saúde.....	88
ANEXO 6: Escala de Braden	90
ANEXO 7: Escala de Morse.....	92
ANEXO 8: Bilhete de identidade – indicadores não utilizados	94

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tríade defendida por Donabedian

Figura 2 – Despesas de saúde - OCDE

Figura 3 – Estratégias de atuação defendidas pela Estratégia Nacional para a qualidade em saúde

Figura 4 – Análise da faixa etária

Figura 5 – Análise do género

Figura 6 – Análise das habilitações académicas

Figura 7 – Análise da relação laboral

Figura 8 – Análise da antiguidade profissional

Figura 9 – Análise da antiguidade na José de Mello Saúde

Figura 10 – Análise do tempo no serviço Internamento Geral Piso 4

Figura 11 – Análise da perspetiva dos enfermeiros sobre qualidade

Figura 12 – Análise da perspetiva dos enfermeiros sobre indicadores de qualidade em geral

Figura 13 – Análise da perspetiva dos enfermeiros sobre indicadores de qualidade do Internamento Geral Piso 4

Figura 14 – Análise da satisfação dos enfermeiros

Figura 15 – Análise da classificação dos doentes por dependência - Cirurgia

Figura 16 – Análise da classificação dos doentes por dependência - Medicina

Figura 17 – Análise da classificação dos doentes por dependência – Cirurgia vs Medicina

Figura 18 – Análise do indicador – Úlcera de pressão – Cirurgia

Figura 19 – Análise do indicador – Úlcera de pressão – Medicina

Figura 20 – Análise do indicador – Úlcera de pressão – Cirurgia vs Medicina

Figura 21 – Análise do indicador – queda – Cirurgia

Figura 22 – Análise do indicador – queda – Medicina

Figura 23 – Análise do indicador – Queda – Cirurgia vs Medicina

Figura 24 – Análise do indicador – Dor – Cirurgia

Figura 25 – Análise do indicador – Dor – Medicina

Figura 26 – Análise do indicador – Dor – Cirurgia vs Medicina

Figura 27 – Análise da comparação entre os indicadores questionados aos enfermeiros e os implementados pelos enfermeiros

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Atributos que definem a qualidade

Tabela 2 – Indicadores Gerais – Ordem dos Enfermeiros

Tabela 3 – Indicadores específicos Internamento geral piso 4

Tabela 4 – Indicadores a implementar no Internamento geral piso 4

Tabela 5 – Percentagem de indicadores avaliados no Internamento geral piso 4

Tabela 6 – Cálculo dos indicadores com base no bilhete de identidade – Cirurgia e Medicina

LISTA DE ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CQC – Care Quality Commission

CUF – Companhia União Fabril

DGS – Direção Geral de Saúde

EQS – Estratégia Qualidade em Saúde

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

HCP – Hospital Cuf porto

IGP4 – Internamento Geral Piso 4

JCAHO – Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations

JCI – Joint Commission International

NHS – Nacional Health Service

NPS – Net Promoter Scor

OCDE - Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONA – Organismo Nacional de Acreditação

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RMDE – Resumo Mínimo Dados Enfermagem

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde, e como proposta de uma dissertação de Mestrado, optei por desenvolver o meu trabalho tendo como mote a qualidade em saúde. Para o auxílio do desenvolvimento do mesmo, conto com a orientação e disponibilidade do Professor Doutor Rui Alves, tendo este sido desenvolvido na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

A elaboração deste trabalho, centra-se fundamentalmente no estudo: **“O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado”**. A escolha deste tema, deveu-se sobretudo ao facto de estar inserida no serviço de internamento do Hospital Cuf Porto (HCP) e de neste momento, quando dei início a este processo de pensamento, estarmos, enquanto profissionais de saúde, intimamente relacionados com estes requisitos da qualidade, nomeadamente os seus indicadores, visto estarmos em alerta, diariamente, para estas questões no processo de acreditação pela *Joint Comission Internacional* (JCI), e poder desta forma criar valor, quer para mim enquanto estudante deste mestrado, quer para a instituição.

É no HCP onde pretendo desenvolver o meu estudo, pertencendo este a um grupo de prestação de cuidados de Saúde líder em Portugal, que assume a criação de valor como objetivo imperativo. Com início em 1945 atualmente, a Companhia União Fabril (CUF) é constituída por uma rede de sete hospitais e oito clínicas de ambulatório. Conta também com as parcerias público-privadas, inseridas no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Esta instituição, como entidade prestadora de cuidados de saúde, responsabiliza-se por uma avaliação contínua dos cuidados de saúde prestados na mesma.

A qualidade em Saúde baseia-se numa prestação de cuidados que abrange determinadas valências em que, através dos recursos disponíveis pretende-se que sejam praticados cuidados com um nível máximo de excelência profissional, de forma equitativa e acessível, no sentido de alcançar a adesão e satisfação do cliente, bem como ir de encontro às suas necessidades e expectativas (Saturno *et al.*, 1990 Cit. Por DGS, 2011).

Já existem alguns trabalhos desenvolvidos tendo por base a temática da qualidade em saúde, no entanto, considero que com a evolução do conceito de saúde e da sociedade em geral, e pelo facto do uso da prestação de cuidados de saúde no setor privado estar em forte e contínuo crescimento, será importante que estes, enquanto organizações de saúde,

adquiram estratégias de melhoria continua da qualidade em que se possam apoiar e sobretudo, que possam evidenciar-se pela sua excelência, rigor, eficiência e eficácia, diferenciando-se de outros grupos de prestação de cuidados de saúde quer públicos, quer privados. Também porque em Portugal, como em outros países poderá existir uma melhoria na avaliação da qualidade da prestação de cuidados.

Pretendo neste trabalho, numa primeira parte fazer uma breve revisão bibliográfica, tendo por base a definição do conceito de qualidade e da importância dos seus indicadores na prestação de cuidados de Saúde, bem como analisar o estado da arte deste conceito em Portugal e efetuar uma relação com Inglaterra, já que estes evidenciam um padrão a seguir, no que diz respeito aos cuidados de saúde. Seguidamente numa segunda parte, abordarei os conceitos metodológicos a utilizar no mesmo, refletindo sobre quais os indicadores mais adequados a avaliar neste serviço e tentar averiguar qual o impacto do seu conhecimento e monitorização pelos profissionais na gestão da qualidade do serviço de internamento, de forma a poder retirar deste momento de aprendizagem, conclusões que serão importantes no exercício profissional.

Por último, serão discutidos os resultados e posteriormente apresentadas as conclusões, não esquecendo a referenciação das limitações deste estudo e possíveis recomendações para estudos futuros.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO-

Com o desenvolvimento do conceito de saúde e com a evolução da sociedade em geral, a qualidade torna-se um conceito fundamental a ter em conta nas organizações de saúde, de forma a que estas adquiram estratégias de melhoria contínua, com o intuito de evidência de excelência, rigor, eficiência e eficácia e no incentivo da criação de valor na prestação de cuidados de saúde.

1.1. Conceito central: a qualidade em saúde

A qualidade enquanto conceito, pode ser designada como “*o conjunto de atributos e características de uma entidade ou produto, que determinam a sua aptidão para satisfazer necessidades e expectativas da sociedade*” (DL nº 134, pág. 3615). É uma procura de excelência, tratando-se de um conceito multidimensional (Imperatori, 1999).

A qualidade, mais precisamente em saúde, observa-se como um conceito não muito consensual, nem tão pouco fácil de definir, colocando inúmeras questões de reconhecimento e de objetividade, daí ser um conceito em constante mudança, tendo em conta o avanço da tecnologia e a inovação e as teorias dos vários autores envolvidos. Difícil de definir também, dado o avanço da tecnologia, que proporciona um ritmo tal de capacidade de fornecer cuidados de alta qualidade a todos, que as expectativas aumentam e fomentam a excelência. Mais importante que o *know-how* e os recursos, é a forma como se organizam e se prestam os cuidados (WHO, 2006).

Existem variadas definições de qualidade em saúde, sendo uma das mais abrangentes, definida por vários autores, a do Instituto de Medicina, defendendo que este conceito está intrínseco aos cuidados quando existe um grau ótimo de prestação de cuidados de saúde, que vai de encontro aos resultados de saúde expectáveis, de acordo com as diretrizes do conhecimento profissional (Institute of Medicine, 2000). Trata-se de um conceito que pretende alcançar um nível de excelência máximo (WHO, 2003), com um distinto grau a nível profissional, com eficiência na utilização de recursos, tendo em atenção a minimização dos riscos e a otimização dos resultados em saúde para os clientes (WHO, 2006).

Outra das definições existentes a nível nacional defende que a “*qualidade em saúde pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e que consiga a adesão e satisfação do cidadão*” (Saturno P, Cit.

Por DGS, 2011, pág. 2). Internacionalmente, a qualidade em saúde é defendida pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), como o alcance da saúde e da concretização/satisfação de uma população, tendo por base as características desta, a tecnologia atual e os recursos disponíveis e a forma como as organizações podem aumentar a obtenção de resultados previamente estabelecidos (JCAHO, 1993).

1.1.1. Dimensões e perspetivas

Os cuidados de saúde com qualidade, abrangem diferentes dimensões, passando estas pela *efetividade*, baseando-se no cuidado assente na evidência, de forma a proporcionar melhores resultados tendo por base a necessidade, quer para o indivíduo, quer para a sociedade; a *eficiência*, de forma a minimizar o desperdício e os erros médicos e a maximizar o uso de recursos, alcançando os objetivos propostos; na *acessibilidade*, de acordo com as necessidades médicas, na disponibilização de cuidados em momento oportuno, em local adequado e da forma mais profissional possível e adequada, sem existirem barreiras económicas, culturais, geográficas ou administrativas; o *cuidado centrado no cliente*, tendo em conta as suas expectativas, preferências e valores sendo culturalmente aceites; a *equidade*, sem discriminação, não fazendo diferença na prestação de cuidados de saúde com base em características pessoais; na *segurança*, na medida em que os cuidados de saúde devem ser prestados de forma a minimizar os riscos e prejuízos aos clientes (WHO, 2006). Com a evolução científica, outras dimensões são também defendidas, nomeadamente a *oportunidade*, na medida em que é permitido ao indivíduo ter acesso aos cuidados de saúde que necessita em tempo aceitável, de acordo com a sua condição clínica; bem como a *adequação*, na realização dos cuidados de saúde, de acordo com a evidência científica atual; de forma *contínua*, sem interrupções nos cuidados; e sobretudo havendo *respeito*, por parte dos profissionais de saúde, de acordo com os seus direitos e especificidades enquanto pessoas. Estas dimensões são também defendidas pelo *Institute of Medicine* (2001), à exceção do acesso e da adequação, desenvolvidos posteriormente (DGS, 2011; Campos *et al.*, 2010).

Donabedian (1990), defende estas dimensões como atributos que definem a qualidade num sistema de saúde, tendo em conta a *eficácia*, a *efetividade*, a *eficiência*, a *otimalidade*, a *aceitabilidade*, a *legitimidade* e a *equidade* como pode ser visível na tabela seguinte. Refere que aos profissionais de saúde, cabe a consideração de ter em atenção as preferências quer do paciente, quer sociais aquando da avaliação e garantia da qualidade.

Atributos que definem a qualidade	
Eficácia	Capacidade de melhoria contínua da prestação de cuidados de saúde.
Efetividade	Nível de alcance de metas de melhoria de saúde quando propostas inicialmente.
Eficiência	Obtenção de cuidados de saúde de qualidade ao menor custo.
Otimidade	Relação vantajosa entre custos e benefícios dos cuidados de saúde.
Aceitabilidade	Correspondência dos cuidados de saúde às preferências do utente e família, tendo por base os seus valores, desejos e expectativas.
Legitimidade	Aceitabilidade dos cuidados de saúde pelos utentes tendo em conta as preferências sociais e os itens acima descritos.
Equidade	Grau de justiça na prestação de cuidados aos utentes bem como nos benefícios que advêm dos mesmos.

Tabela 1 – Atributos que definem a qualidade. Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990

Relativamente às perspetivas, estas abrangem a importância da eficácia e da eficiência no uso de recursos, tendo por base as necessidades dos indivíduos, englobando a sua perceção, a do prestador/gestor e dos profissionais de saúde (Lopes, 2010 Cit. Por DGS, 2011). Outra interpretação das perspetivas, pode ser relativamente aos níveis de qualidade, podendo fazer parte destes o sistema, a organização de saúde, a unidade e o indivíduo ou equipa inseridos neste processo. Estes níveis passam pela necessidade de existirem obrigações no sistema de saúde, que devem ser avaliadas, monitorizadas e posteriormente melhoradas (Campos *et al.*, 2010).

É neste sentido que surgem as diferentes perspetivas da promoção da qualidade em saúde, intimamente relacionadas com os níveis anteriores e que passam pela implementação de *ciclos de melhoria contínua da qualidade*, com base na identificação de problemas de forma a potenciar a sua melhoria, instituindo normas realistas e posteriormente monitorização e avaliação das mesmas. O reconhecimento de boas práticas e a sua avaliação, são efetuados através da *Monitorização, benchmarking e avaliação externa*, de forma a que exista uma valorização consistente e uníssona quer dos profissionais, quer das organizações de saúde. Reforça desta forma, os ganhos em saúde, reconhecendo o investimento efetuado, desenvolvendo a *promoção da cadeia de valor em Saúde* (DGS, 2011).

O objetivo geral destas particularidades que englobam a qualidade em saúde, é melhorar a segurança dos cuidados e a sua qualidade, de forma a evitar erros médicos, facilitando a otimização da prestação de cuidados para que seja fomentada a eficiência em saúde (OCDE, 2017).

1.1.2. Melhoria contínua da qualidade em saúde

A questão da qualidade em saúde, tem sido um conceito muito em voga atualmente, mesmo a nível internacional, dado o aumento da pressão sobre o setor da saúde, bem como este, estar intimamente relacionado com os custos/despesas em saúde (Dahlgaard, *et al.*, 2011). Ou seja, cada vez mais os clientes escolhem o prestador de cuidados de saúde, com o intuito de alcançar a qualidade em saúde, mas sem aumentar as despesas (Berta *et al.*, 2016). A otimização da qualidade em saúde, tem como principal objetivo, a relação quantitativa entre a relação custo-eficácia e a qualidade dos serviços de saúde (Giraldes, 2008).

É então, um grande desafio atuar de acordo com a melhoria contínua da qualidade, dada a complexidade das organizações de Saúde. É igualmente importante devido à imposição por parte da sociedade e do governo, como forma de resposta à crescente procura de serviços de saúde e à complexidade da economia atual (Berta *et al.*, 2016). No entanto, é importante que a qualidade em saúde, não seja prejudicada pela contenção de custos e cortes a nível de orçamento, mas sim uma estratégia para alcançar proveitos e eficiência.

É essencial para a qualidade em saúde, que as organizações procurem uma cultura de melhoria contínua da qualidade (DGS, 2011). Qualquer instituição de saúde, deverá procurar tarefas de desenvolvimento de qualidade, passando estas a fazer parte do seu quotidiano (Ferreira, 1991). Mais do que qualquer outra preocupação na melhoria contínua da qualidade, é fundamental utilizar como estratégia a construção de qualidade nas pessoas envolvidas nestes processos, de forma a que seja possível uma evolução das estruturas, dos processos, dos produtos e fundamentalmente dos resultados a alcançar (Dahlgaard, *et. al.*, 2011). É então importante conhecer os profissionais de cada instituição e sobretudo apurar qual a definição de qualidade de cada um, visto esta influenciar a atitude destes perante este fenómeno (António e Teixeira, 2007).

É importante de igual forma o papel dos líderes diariamente, para que exista uma construção de valores e competências necessários com base neste princípio da melhoria contínua com base na missão, visão, objetivos e estratégias de cada organização. E é através da mudança que este processo poderá ser qualificado, na medida em que aprender a mudar e aprender com as novas experiências, exponenciando comportamentos e neste caso, de qualidade, ao gerar uma cultura de qualidade (OCDE, 2017).

Torna-se imperativo um planeamento, uma verificação e monitorização constante de forma a alcançar uma melhoria contínua, que deverá fazer parte integrante da qualidade global da organização. É necessária uma avaliação sistemática da prestação dos cuidados. Só

assim poderá ser possível alcançar a excelência e qualidade. É neste contexto que surge o modelo de três categorias: análise, estratégias e implementação. Este modelo pretende que seja detetado o problema de forma a, posteriormente planejar, agir, analisar os resultados e atuar de forma a obter um resultado. É assim expectável o aumento da produtividade, a diminuição de custos, o aumento de mercado e consequentemente a extensão da organização. Assim, com o estabelecimento de prioridades, metas e uma análise situacional, os objetivos de qualidade podem ser implementados, de forma a alcançar uma melhoria contínua da qualidade, uma vez que serão realizadas intervenções fundamentadas que estimulem a qualidade e que estão delineadas para conduzir ao sucesso (WHO, 2006).

O cuidado de qualidade, deve então, ser um cuidado seguro, eficaz e centrado no paciente, nunca devendo ser considerado como adquirido, sendo um elemento essencial das organizações de saúde, que pretendem o maior desempenho e excelência nos seus cuidados (OCDE, 2017).

1.2. Gestão da qualidade em saúde

Torna-se imperativo questionar a importância da gestão da qualidade numa organização. Atualmente, existe uma panóplia de exigências por parte dos clientes, que procuram a eficácia e a eficiência de forma a alcançar a excelência, que só é possível através da organização e envolvimento de todos os colaboradores de uma instituição. É neste sentido que se evidencia a gestão da qualidade em saúde.

A gestão da qualidade em saúde surge então como uma necessidade das organizações atualmente, de alcançarem a excelência. A gestão da qualidade engloba um planeamento, com posterior implementação e avaliação dos sistemas, produtos e intervenções que estão inerentes à qualidade (Imperator, 1999). Devido à sua complexidade, a qualidade em saúde envolve determinados conceitos, que levam à procura de maior responsabilidade e transparência. Esta premissa é defendida pela Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), referindo que a qualidade e a eficiência podem ser exponenciadas por uma maior transparência, nomeadamente em relação a centralização dos cuidados, à segurança e à sua eficácia (OCDE, 2017).

Com a inovação, surge também a mudança de paradigma associado à qualidade, nomeadamente no que diz respeito às organizações como um todo e não apenas como um produto, abrangendo desta forma todas as partes envolvidas. A gestão da qualidade deve

atualmente, fomentar a competitividade das organizações de forma a alcançar a sua melhoria contínua, englobando alguns princípios nomeadamente, a presença de visão de futuro e a gestão baseada em evidência, o foco no cliente, a liderança com vista a melhoria contínua, o envolvimento dos colaboradores fomentando a adaptação à mudança e a criação de parcerias que fomentem a excelência, não descuidando a componente ética e a orientação para o alcance de resultados (Mezomo, 2001).

As organizações, para assegurarem a qualidade nas suas intervenções, implementam um sistema de gestão, que engloba elementos adaptados à política da organização, que desenvolvem as suas atividades com sentido de cumprirem os objetivos e a política de qualidade, melhorando os serviços e produtos, tendo em conta quer as necessidades e expectativas dos clientes, quer os custos que lhe estão inerentes (Pires, 2007).

Dahlgaard *et al.* (2011), estão convencidos de que os cuidados de saúde podem beneficiar do estudo da evidência e da adaptação de teorias, princípios e métodos de gestão para a evidência de qualidade. Defendem que a gestão da qualidade pode muito oferecer aos cuidados de saúde, ao englobar princípios, ferramentas e métodos específicos de forma a obter uma melhoria contínua.

Os mesmos autores defendem também como filosofia de gestão a *Lean health care*, na medida em que seria possível o desenvolvimento de uma cultura hospitalar caracterizada pelo aumento da satisfação dos pacientes e das organizações através de melhorias contínuas, em que todos os colaboradores participam e se envolvem neste processo. Referem que existe uma dificuldade e se torna um desafio, melhorar sistemas complexos como as organizações de saúde, daí a importância de uma adequada gestão e do envolvimento de todas as partes. Argumentam que a principal prioridade deste processo de gestão de melhoria dos cuidados, de alcance de qualidade e excelência, passa pela construção de qualidade nas pessoas com intuito de melhorar parcerias, produtos e processos. Líderes devem diariamente, praticar valores e competências necessários, com base no princípio da melhoria contínua e da missão, visão, objetivos e estratégias de cada organização (Dahlgaard *et al.*, 2011).

1.2.1. Avaliação da qualidade em saúde

A avaliação da qualidade em saúde, é um momento essencial no processo de melhoria contínua, nomeadamente em relação à avaliação de políticas, instituições e profissionais de forma a aumentar a credibilidade e valorização quer das organizações, quer dos seus intervenientes. A avaliação da qualidade em saúde, compara e avalia metas, padrões,

desempenho e expectativas, de forma a identificar oportunidades de melhoria (WHO, 2003). As organizações apresentam processos internos de melhoria contínua da qualidade e participam em processos externos de avaliações, que se visualizam como experiências altamente potenciadoras de riqueza para as mesmas (DGS, 2011).

A avaliação da qualidade em saúde acarreta neste processo o conhecimento da relação entre a estrutura, os processos e os resultados (Donabedian, 1988). Este autor, foi um dos primeiros a introduzir esta forma de avaliação da qualidade em saúde, diferenciando-os em estrutura, processo e resultado. A estrutura baseia-se nas condições físicas onde são prestados os cuidados de saúde, bem como os profissionais nele envolvidos. Já os processos, referem-se à forma como os cuidados foram efetuados, da visão de quem recebe e de quem os presta, nomeadamente a nível de diagnóstico de tratamento. Os indicadores de resultado, como o nome indica, medem o resultado do efeito da prestação de cuidados de saúde, incluindo a qualidade de vida associada à saúde e a satisfação dos clientes (Donabedian, 1988).



Figura 1 – Tríade defendida por Donabedian. Fonte: Adaptado de Donabedian (1988).

Além desta tríade muito defendida e implementada pelas várias organizações, existe outro tipo de estratégias e ferramentas de avaliação da qualidade em saúde, nomeadamente a acreditação, a certificação. A acreditação baseia-se no reconhecimento formal da competência técnica de uma organização para executar determinada função, tendo por base as normas internacionais, europeias ou nacionais estabelecidas, através do Organismo Nacional de Acreditação (ONA); A certificação passa por uma garantia que quer um produto ou processo, quer um serviço ou sistema, são avaliados por uma terceira parte acreditada e que existe um grau de conformidade com determinados requisitos (DL n° 134, 2004).

Atualmente, quer em Portugal como em outros países, tem-se observado uma crescente preocupação pelas organizações de saúde em serem acreditados por agências com notoriedade, como a *King's Fund* e a *Joint Commission for the Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHCO), bem como em processos de partilha de informação para resultados

de *Benchmarking*, para o tributo da melhoria dos cuidados prestados ao cliente (Boto et. al., 2008).

A JCI criada em 1998, como divisão subsidiária da JCAHO, engloba um conjunto de padrões de acreditação, que funcionam como ferramentas de avaliação (WHO, 2003). Estes padrões são estruturados tendo por base as principais características comuns às organizações de saúde, englobando sobretudo características que fomentem a segurança e qualidade. Estes têm que apresentar um grau de conformidade positivo, para que a acreditação seja efetuada (JCI, 2014). Observa-se principalmente uma avaliação de critérios relacionados com estrutura e processo, estando estas entidades cada vez mais despertas para englobar indicadores de resultados nestas avaliações (Boto et. al., 2008).

Portugal encontra-se entre os países que apresenta uma preocupação na implementação de técnicas de avaliação da saúde, avaliando modelos, tendo em conta apenas os resultados, nomeadamente a nível de criação de incentivos, ou através de indicadores de processo e resultados, através do *Benchmarking* e do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) (Alves et, al., 2016).

Cabe à Entidade Reguladora da Saúde (ERS), “*Promover um sistema de âmbito nacional de classificação dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde quanto à sua qualidade global, de acordo com critérios objetivos e verificáveis, incluindo os índices de satisfação dos utentes*” (Decreto lei 126/2014 de 22 de agosto, pág. 4403). Neste sentido, foi criada uma filosofia de avaliação dos prestadores de cuidados de saúde em Portugal, relativamente ao que diz respeito a várias dimensões da qualidade. O SINAS, é um sistema de avaliação dos hospitais implementado pela ERS, avaliando 14 indicadores de resultado voluntariamente de cada hospital (Alves et. al., 2016). Este modelo facilita a tomada de decisão informada e uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde.

No mesmo sentido, a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), potencia a comparação entre hospitais, através do *benchmarking* hospitalar, no que diz respeito a acessibilidade, segurança, capacidade, eficiência, desempenho e condições económicas e financeiras. Tem como principal objetivo melhorar a acessibilidade e a qualidade da prestação de cuidados no que diz respeito às condições financeiras e económicas das organizações, através da comparação das diferentes áreas de atuação e reconhecer potenciais de melhoria a nível e gestão (Alves et. al., 2016). No que diz respeito ao *benchmarking*, é possível então comparar resultados de organizações semelhantes, fundamentalmente indicadores de resultado, e ao mesmo tempo alertá-las para eventuais problemáticas em relação à qualidade

e ao desempenho. Este não pretende acreditar organizações, mas sim uma comparação entre pares de forma a desencadear uma melhoria dos cuidados (Boto et. al., 2008).

Ainda podemos descrever outra medida defendida pela Direção Geral de Saúde (DGS), através da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (EQS), em que o departamento da qualidade na Saúde defende mais uma vez a importância dos padrões de qualidade e a sua difusão na prestação de cuidados de saúde, centrando a estratégia no cidadão. Defende também a importância de envolver os profissionais de saúde de todo o SNS, de forma a potenciar a melhoria contínua da qualidade. Este documento fornece a todas as organizações de saúde, um conjunto de standards de qualidade que possam servir de orientação na prestação de cuidados de saúde e que têm como principal objetivo o alcance da excelência e consequentemente poder colaborar em processos de avaliação externa de certificação. O Modelo Nacional de Acreditação em Saúde (ACSA), é o modelo adotado pela DGS que visa o reconhecimento dos padrões dos cuidados de saúde prestados ao cidadão e se estes estão de acordo com os standards de qualidade defendidos quer nacional, quer internacionalmente. Pode assim, desta forma criar uma excelência organizacional uníssona e impulsionar uma melhoria contínua da qualidade (DGS, 2016).

O objetivo destas estratégias é sobretudo o alcance da prestação e cuidados ao mais alto nível de qualidade, através da avaliação da estrutura por estas organizações, bem como pela apreciação das intervenções utilizadas por cada organização, para que seja possível a aquisição de melhores resultados (Boto et. al., 2008). Passa também pela importância da divulgação destes resultados, de forma a que sejam conhecidos pelo público e possam desencadear confiança, responsabilidade e motivação, quer das organizações de saúde, quer por parte dos cidadãos.

1.2.2. Indicadores de qualidade

A avaliação, monitorização e a apreciação dos cuidados de saúde, são fundamentais no alcance do sucesso de qualquer organização de saúde. Indicadores de qualidade devem ser desenvolvidos e relatados, de forma a identificar falhas e lacunas nos padrões de cuidados (OCDE, 2017). São essenciais para alcançar mudanças desejadas e desenvolver planos de melhoria de qualidade (Illife *et al.*, 2016). São usados em variados contextos de cuidados de saúde para medir, comparar e melhorar a qualidade dos cuidados, sendo necessário que estes sigam métodos de desenvolvimento rigorosos, aprovados e baseados em evidência (Kotter *et al.*, 2012).

É através dos indicadores de qualidade baseados em evidência que é possível fornecer medidas objetivas, para que sejam avaliadas estruturas, processos e resultados em saúde, por parte das organizações de saúde (Schall *et al.*, 2017). Indicadores de qualidade, podem ser definidos como itens desenvolvidos para avaliar a forma como os cuidados podem ser aperfeiçoados, sendo estes bem definidos, baseados em evidência e mensuráveis, de forma a avaliar a estrutura, os processos e os resultados em saúde, influenciando a obtenção de qualidade em saúde (Illife *et al.*, 2016; Kotter *et al.*, 2012). Os indicadores de saúde devem englobar algumas características fundamentais, nomeadamente a aceitabilidade, a possibilidade de pôr em prática, a confiabilidade, a sensibilidade à mudança e a validade (Giraldes, 2008).

De forma a executar a avaliação da qualidade e da eficiência do SNS, através de indicadores de *benchmarking* e metodologias de avaliação de gestão, são usados os indicadores de processo e de resultado, isto segundo um estudo realizado sobre a eficiência versus a qualidade no SNS e suas metodologias de avaliação (Giraldes, 2008). Refere também que, sendo um indicador de processo, uma medida direta da qualidade dos cuidados de saúde, importa definir uma correspondência entre estes e um resultado, e comparando-os, refere que os indicadores de processo são mais sensíveis às mudanças da qualidade, do que os indicadores de resultado, daí estes serem os últimos historicamente a receber alguma atenção. “Os indicadores de processo têm a vantagem de ser mais sensíveis do que os indicadores de outcome a diferenças na qualidade dos serviços prestados”; “indicadores de processo serem mais fáceis de interpretar” (Giraldes, 2008, pág. 401).

Já Donabedian (2003), defende que a obtenção de bons resultados, são fruto de uma boa estrutura e de uma utilização adequada dos processos. E os indicadores de resultado dizem-nos o estado de arte de determinados padrões num local, refletindo a dimensão desse problema de saúde (Giraldes, 2008).

Um estudo realizado para avaliar o potencial de uso de indicadores de qualidade como ferramenta de melhoria no âmbito dos cuidados paliativos, em Inglaterra, defende que os indicadores são importantes no alcance da mudança e no desenvolvimento de ciclos de melhoria de qualidade, e que o projeto IMPACT (*IMplementation of Quality Indicators in Palliative Care sTudy, 2011 to 2015*) facilita a melhoria na prestação de cuidados paliativos. No entanto, no final do estudo refere que não existe um conjunto global de indicadores que seja suficiente para avaliar toda a complexidade dos cuidados de saúde, pelo que é necessário trabalhar sempre mais e melhor para alcançar a excelência (Illife *et al.*, 2016).

Existem alguns processos de melhoria neste contexto dos indicadores de qualidade. A OCDE encontra-se no processo de desenvolvimento de um projeto, o *Health Care Quality Indicators*, tentando providenciar uma ferramenta com os indicadores de qualidade para a prestação de cuidados de saúde, para que seja usada por *stakeholders*, bem como no auxílio da promoção contínua de aprendizagem (DGS, 2011). Este projeto é desenvolvido com todos os estados membros, incluindo Portugal, com posterior divulgação da análise efetuada.

A Ordem dos Enfermeiros refere também que, a nível da Enfermagem e dos cuidados de saúde prestados, deverá ser utilizado um conjunto de indicadores mensuráveis, de forma a proceder à avaliação dos mesmos, a nível quantitativo e qualitativo (OE, 2004). Defende também que a produção de indicadores deverá seguir algumas regras e que estas são baseadas no Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (RMDE). O RMDE conclui um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de Enfermagem, ou seja, dimensões específicas da Enfermagem e que através destes, é possível traduzir o papel do exercício profissional dos enfermeiros na qualidade da prestação de cuidados (OE, 2007).

O RMDE “*visa, fundamentalmente, dois propósitos: descrever necessidades e resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; e disponibilizar sínteses informativas que se constituam como um recurso útil para os diferentes níveis da tomada de decisão, tendo por horizonte a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*” (Pereira, 2007, p. 7) de forma a ser possível executar uma resposta às entidades maior de saúde no que diz respeito aos indicadores de qualidade globalmente aceites. Estes organizam-se assim como já referido anteriormente, em indicadores de estrutura, de processo e resultado e vão servir de base à metodologia deste estudo no que diz respeito aos enfermeiros.

A evidência diz-nos que a avaliação dos cuidados de Enfermagem, são maioritariamente associados a indicadores de estrutura e de processo, relacionando-se com os cuidados diretos ao utente (Caldana *et al.*, 2013; Almeida e Fontes, 2013 Cit. Por Fernandes e Tareco, 2016).

Por muitos autores, é defendido que qualquer que seja o indicador de qualidade, é fundamental considerá-lo como elemento chave da gestão da qualidade em saúde.

1.3. Políticas de qualidade em Saúde em Portugal vs Reino Unido

A saúde em Portugal é organizada pelo SNS, com a responsabilidade máxima do Ministério da Saúde sendo função deste o planeamento e a regulação da saúde. Com cobertura universal, é expectável que exista equidade, eficiência, responsabilização e qualidade (Oliveira e Pinto, 2005).

Em Portugal, foi em 1999 que foi criado o Instituto da Qualidade em Saúde, que elege as políticas de implementação de estratégias de qualidade, de acordo com as normas do governo, estando o mesmo enraizado até 2006. Posteriormente, criado em 2009, o Departamento da Qualidade em Saúde, tem como objetivos fundamentais, “*coordenação de atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional, do sistema de qualificação e unidades de saúde e dos programas de promoção da segurança dos doentes*” (DGS, 2011, p. 9). O Ministério da Saúde, tem assim o papel fundamental, através da EQS, de defender a implementação de intervenções e a qualidade em Saúde, com base em áreas como os programas de acreditação das organizações de saúde, a segurança e informação transparente ao cliente, a sua mobilidade e a constante inovação e avaliação das sugestões e reclamações existentes (DGS, 2011).

De forma a responder à tensão existente a nível económico, foram implementadas reformas a nível de estrutura, onde se incluem iniciativas de qualidade, de forma a dar resposta à situação fiscal existente, com o sentido de proporcionar sustentabilidade fiscal, mais eficiência e uma melhoria da qualidade no SNS. Esta evidência foi fortalecida com a introdução de novos modelos de gestão e de pagamentos, com o desenvolvimento de padrões de qualidade e segurança e mais informação a nível da saúde (OCDE, 2015).

São evidentes estratégias de implementação de padrões de qualidade. No entanto, apesar de Portugal estar bem classificado relativamente a este tema, poderão ser realizados esforços contínuos, nomeadamente na transferência de cuidados hospitalares para os cuidados na comunidade, bem como uma melhor utilização dos sistemas de informação hospitalares e otimização dos recursos humanos para uma melhoria contínua da qualidade em Saúde (OCDE, 2015).

Portugal, nos últimos 20 anos, apresentou ganhos em resultados de saúde (Oliveira e Pinto, 2005). Este facto deve-se sobretudo às várias iniciativas de monitorização e de avaliação da qualidade que cobrem praticamente todo o sistema de Saúde e que concorrem para a melhoria contínua da qualidade (OCDE, 2015).

No entanto, em relação à maioria dos países da OCDE, Portugal gasta mais em saúde comparativamente com a percentagem do PIB. Em 2016, Portugal gastou sensivelmente 8,9% do PIB, encontrando-se nos valores medianos, relativamente aos outros países da OCDE, conforme é visível na figura 2. Importa referir, no entanto, que Portugal apresenta uma dimensão de qualidade bem desenvolvida no que diz respeito à saúde, com base em dados de saúde e no uso de diretrizes clínicas que sustentam a excelência (OCDE, 2015).

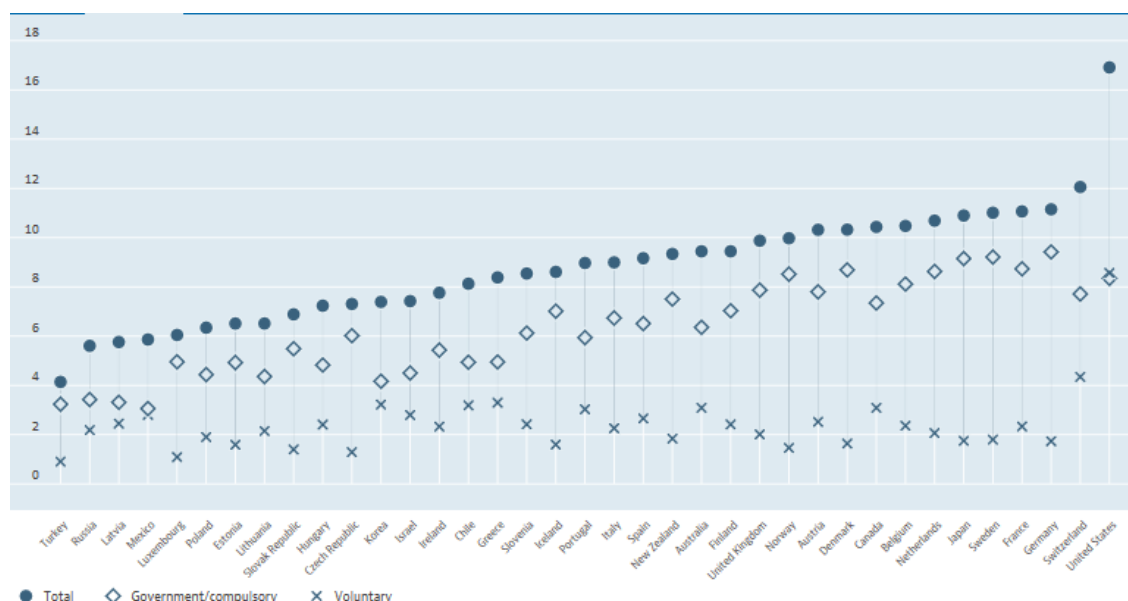


Figura 2 – Despesas de saúde (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

Por sua vez, o Reino Unido, rege-se pelo governo, através de um sistema de saúde universal, de financiamento público, denominado Nacional Health Service (NHS). O NHS, engloba quatro sistemas públicos de saúde do Reino Unido, sendo estes Inglaterra, País de Gales, Escócia e Irlanda do Norte, funcionando, no entanto, de forma independente.

O Reino Unido, assim como Portugal, defende como um dos principais objetivos, o aumento dos padrões de qualidade, e teve também que se adaptar após a crise financeira de 2008, ajustando iniciativas, de forma a alcançar o equilíbrio financeiro, não descurando as pressões da procura e a qualidade em Saúde (OCDE, 2015). Como é visível na figura 2, o reino Unido gasta 9,7% do PIB em saúde, ligeiramente superior ao de Portugal, mas também explicável pela disparidade económica existente entre estes dois países. Encontra-se no topo do ranking, relativamente a acesso, equidade, eficiência e qualidade (Giovannella, 2016). “*A qualidade dos cuidados de saúde tem sido um dos principais focos do NHS*” (Almeida, 2013, p. 56) e defende como principal objetivo o aumento de padrões de qualidade.

Muitos países e respetivos governos, introduziram a forma de avaliação da qualidade, através da concorrência de prestadores de saúde, como já referido, através do *benchmarking*, dada a forte procura por cuidados de saúde e dado o clima de austeridade em que se viveu. Pensa-se que um maior grau de competição poderá desencadear maior qualidade (Berta *et al.*, 2016). Inglaterra e Portugal englobam esses países que se preocupam com a qualidade e com a comparação com os restantes prestadores no que diz respeito a cuidados de saúde. Estes

indicadores de resultados são avaliados regular e periodicamente, de forma a desencadear o ciclo de melhoria contínua da qualidade, assim como em Portugal, através do *benchmarking*.

Inglaterra é então um deles, que nos últimos anos, tem dado bastante ênfase ao papel da regulação, fiscalização e publicação de indicadores de desempenho hospitalares de forma a impulsionar a melhoria da qualidade. Já a Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte têm apostado mais em iniciativas locais com base na transparência, de forma a garantir a melhoria da qualidade. Apesar do contexto existente, considera-se que os quatro sistemas de saúde que fazem parte do Reino Unido, deverão reportar mais indicadores que possam ser evidenciados a nível de *benchmark* e separadamente (OCDE, 2016).

No Reino Unido, existe a Comissão de Qualidade de Assistência, regulamentada pelo governo, nomeadamente, pelo Ministério da Saúde e pelas Autoridades de Saúde Estratégicas (SHA), baseando-se então em resultados, no que diz respeito à satisfação dos clientes, ou então à forma como são geridas as doenças crónicas e outras especialidades como a saúde infantil e obstetrícia. Estes resultados são avaliados e posteriormente desencadeiam incentivos a nível monetário (Almeida, 2013).

Existe também o Instituto Nacional de Excelência em Cuidados de Saúde (NICE), um órgão pioneiro e reconhecido internacionalmente, que se baseia no desenvolvimento de diretrizes e orientações que sustentem a melhoria do cuidado em Inglaterra, avaliando a eficácia e a evidência económica. Produz padrões de qualidade, que envolvem prioridades, estratégias de avaliação da qualidade em determinada área do cuidado. Trata-se de um movimento inovador, que potencia a qualidade em saúde (OCDE, 2016).

Podem ser evidenciados alguns programas de melhoria contínua da qualidade, através da monitorização de atividades nos cuidados primários, como é o caso do “NHS – *Outcomes Framework*”, que se sustenta em torno da qualidade, variando apenas no seu foco de atenção, sendo este o do cliente. Publica os indicadores usados para demonstrar melhorias nos resultados em saúde. Esta estratégia é contínua e é de interesse internacional, sendo da responsabilidade mútua entre o NHS, o NHS Inglaterra, o governo e a população em geral e tendo como objetivo maior, a qualidade (OCDE, 2016).

Assim, o NHS consegue avaliar a qualidade através do feedback dado pelos pacientes sobre os cuidados de saúde, como é visível por exemplo também na Suécia e nos Estados Unidos, em que a qualidade é medida através dos resultados relatados, “*Patient Reported Outcome Measures*” (PROMs). Este é um programa em desenvolvimento em Portugal, com proposta de ser implementado (Alves et., al, 2016). Reforçam a importância do relato do

cliente para a melhoria da qualidade, sendo este possível através de portais de feedback, através das pesquisas executadas e pelos resultados relatados, que pode ser efetuada por exemplo no *MyNHS*, que é uma plataforma eletrónica tendo como atenção o cliente e o seu intuito é através da opinião destes, fornecer informações sobre o desempenho dos serviços (OCDE, 2016).

A qualidade cada vez mais suporta-se em abordagens de gestão, nomeadamente em estratégias de avaliação e supervisão externa. A *Care Quality Commission* (CQC), trata-se de uma abordagem inovadora e seguida como exemplo nos vários sistemas de saúde da OCDE, na medida em que defende que deverá existir avaliação e acreditação nos cuidados de saúde, para que a sua gestão seja regulamentada. Foi criada em 2009, com o intuito de regulamentar os serviços de assistência social para adultos em Inglaterra, bem como incentivar a melhoria dos serviços de saúde e assistência social, ao ter em conta as necessidades e experiências dos clientes e a eficácia no uso de recursos na prestação de cuidados de saúde e sociais. O seu principal objetivo é apresentar uma visão rigorosa das falhas existentes no sistema e de que forma estas podem ser colmatadas e apresentar evidências de melhoria dos cuidados (OCDE, 2016).

Neste sentido, assim como Portugal e Inglaterra, todos os países, têm oportunidades de desenvolvimento de intervenções de melhoria contínua (WHO, 2006). São dois países que podem servir de modelo a outros países da OCDE, uma vez que ambos apresentam sucesso a nível de resultados e indicadores de qualidade (OCDE, 2017).

1.4. Avaliação da qualidade em saúde num serviço de internamento

Os cuidados de saúde prestados diariamente num internamento abrangem uma imensa complexidade e que se forem sujeitos de qualidade, englobam mais responsabilidade por parte dos profissionais de saúde e gestores das organizações de saúde. Daí tornar-se importante seguir determinadas estratégias standards que podem potenciar a qualidade da prestação dos cuidados. As organizações de saúde devem ter a oportunidade de usar os profissionais de saúde da forma mais eficiente (OCDE, 2017).

O estabelecimento a nível institucional de políticas de qualidade deverá ser uma das premissas de qualquer organização de saúde e de qualquer serviço nele inserida, como é o caso de um serviço de internamento. Estas são denominadoras de sucesso e englobam

processos de promoção da qualidade, em que se evidenciem a identificação e avaliação, a monitorização, a segurança e alteração de potenciais erros (DGS, 2011).

É necessário um compromisso por parte dos internamentos no sentido de existir uma monitorização de indicadores e na sua posterior avaliação para que sejam tomadas decisões fundamentadas baseadas quer nos resultados obtidos, quer na evidência científica. Os resultados obtidos são a imagem de um hospital e consequentemente, de um serviço de internamento. A EQS 2015-2020, que valida as funções governamentais e de coordenação centradas no utente, que faz parte do SNS e da DGS, como já referido, defende o reforço de determinadas ações que visam a prestação de cuidados de saúde com qualidade, como é visível na figura 3. Assegura a sua principal missão através da promoção do reconhecimento da qualidade e da segurança da prestação de cuidados de saúde, garantindo os direitos dos utentes como elementos inseridos num sistema de saúde (Despacho n.º 5613/2015).

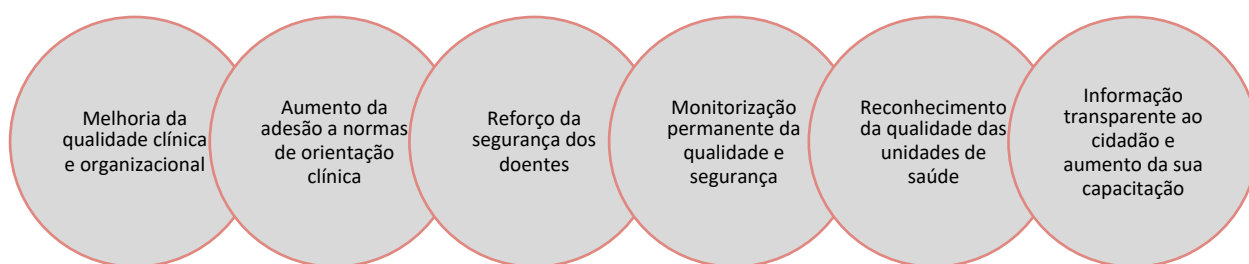


Figura 3 – Estratégias de atuação defendidas pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015- 2020.

Fonte: Adaptado de Despacho n.º 5613/2015

Diariamente, entre outros profissionais, os enfermeiros fazem parte integrante de um serviço de internamento e a forma como estes definem a sua atuação e como lidam com o utente, influencia significativamente os cuidados e se estes são de qualidade, ou seja, é visível através da sua atitude a forma como eles valorizam os cuidados de qualidade. Neste sentido, é importante que institucionalmente e mais precisamente em cada serviço, sejam promovidas ações de formação sobre qualidade em saúde, de forma a estabelecer políticas de qualidade, bem como outras medidas que vão de encontro ao reforçar da responsabilidade, ao avaliar a política de qualidade existente, desenvolver instrumentos de padronização, avaliar as tecnologias em saúde e avaliar e divulgar as práticas desenvolvidas tendo por base conceitos como a qualidade e custo-efetividade (DGS, 2011). “Para além dos aspetos globais da qualidade,

os profissionais de saúde devem ter uma visão específica sobre segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado” (DGS, 2011, pág. 16).

Outro elemento fundamental num internamento, são os utentes e a satisfação destes, evidencia-se como uma medida imperativa de qualidade na saúde, fazendo parte este item de programas de garantia e melhoria da qualidade, ao qual estão sujeitos a avaliações internas e externas (Xesfingi e Vozikis, 2016). Deverá existir uma combinação entre o conhecimento dos profissionais e o desejo e a necessidade dos consumidores finais, havendo uma integração mútua destes conceitos (Ferreira, 1991).

É neste sentido, e por estar diariamente em contato com estes elementos, que o meu estudo teve como cenário um serviço de internamento, mais concretamente o Internamento Geral do HCP onde estou inserida como profissional de saúde e onde diariamente, são desenvolvidos esforços de melhoria contínua da qualidade, de forma a criar valor quer para o próprio internamento, quer para a organização de saúde, fomentando a prestação de cuidados de saúde com qualidade.

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO-

Após o enquadramento teórico da problemática em estudo, a qualidade em saúde, serão identificados alguns conceitos chave fundamentais na orientação do estudo e na definição do método, dos instrumentos e das estratégias a utilizar.

2.1 Justificação do estudo

Atualmente, já existe a preocupação de assegurar a qualidade dos serviços de saúde, dependendo o seu sucesso de uma gestão adequada da qualidade, sendo esta influenciada significativamente pela forma como os profissionais nela envolvidos encaram o dia a dia e incorporam a qualidade nas suas práticas. *“É necessário adotar uma filosofia de melhoria contínua de qualidade e tornar todos os participantes da organização responsáveis pela qualidade”* (Ferreira, 1991, pág. 109). Este estudo baseia-se na possibilidade da existência de uma relação entre conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros de um serviço de internamento e a qualidade na gestão do mesmo serviço.

A qualidade atualmente evidencia-se como uma área fundamental de qualquer instituição de saúde como já referido, pelo que é necessário refletir sobre o seu desenvolvimento a nível institucional, que é o nosso propósito, e compará-lo com o estado de arte em Portugal, averiguar em que medida é que as políticas instituídas contribuem positivamente para a melhoria da prestação de cuidados de forma a poder analisar criticamente o que está a ser feito e o que é necessário acrescentar para uma implementação de novas estratégias de melhoria da qualidade em saúde.

No que diz respeito aos variados métodos de avaliação de melhoria contínua de qualidade, parece existir uma crescente preocupação por parte das organizações para que adotem estratégias que fomentem a melhoria da qualidade. Apesar desta premissa já estar intrínseca por muitos, deverá existir uma identificação constante da importância dos processos de avaliação da qualidade e a relevância do papel dos enfermeiros no mesmo, uma vez que ainda se evidencia uma lacuna entre a teoria e a prática na saúde. Daí a importância deste estudo, na medida em que pretende estudar se os enfermeiros apresentam o conhecimento, e se realmente, o evidenciam na prática através dos registos diários de enfermagem, do RMDE, que na medida certa, influencia significativamente a gestão de um serviço de internamento.

Sendo o tema da qualidade tão fundamental na saúde, torna-se importante refletir sobre o seu estado de arte nesta organização de saúde, no HCP, mais precisamente no Internamento Geral Piso 4 (IGP4), e averiguar se está a ser delineado um percurso de melhoria contínua de qualidade e se este desencadeia um impulso na melhoria da prestação de cuidados de saúde, premissa fundamental e central pela qual foi desenvolvido este trabalho. Torna-se também importante analisar os pontos críticos e quais os que, após a análise de dados, poderão ser melhorados, tendo por base os princípios e metas internacionais, de forma a construir novas estratégias e métodos.

2.2 Metodologia

A revisão da literatura foi realizada de forma interativa à medida que a análise dos dados ocorreu, no entanto, uma revisão moderada foi feita no início para obter uma compreensão inicial dos conceitos em estudo. Primeiramente, realizamos uma análise metodológica de pesquisa, a fim de compreender qual deles era mais adequado para ser utilizado no nosso estudo. É importante delinear o processo de investigação de forma a obter respostas à questão de investigação (Fortin, 2003). Neste sentido, passamos a especificar o nosso processo de pensamento a nível metodológico de forma a desenvolver um plano de execução do estudo.

2.2.1 Tipo de estudo

A evidência diz-nos que existem muitas abordagens de escolha do método que conduz o estudo de pesquisa, passando estas pela categoria quantitativa, que fornece dados em forma de números e a categoria qualitativa que fornece dados em palavras e figuras (Neuman, 2000).

Tendo em conta o objeto de estudo e da problemática em questão, optamos pela metodologia quantitativa. *“O método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”* (Fortin, 2003, p. 22). É uma forma de recolher os dados e estudar a relação entre os mesmos (Bell, 2004). É através da metodologia quantitativa que é possível explicar determinado fenómeno, através de opiniões e informações que podem ser classificadas e analisadas (Vilelas, 2009).

Podemos afirmar que seguimos uma observação, uma descrição de comportamentos e conhecimentos que estão particularmente relacionados quer com os enfermeiros, quer com a qualidade em saúde, seguindo neste sentido uma metodologia com base numa investigação descritiva (Freixo, 2009). Trata-se também de um estudo retrospectivo, uma vez que em determinada altura, serão analisados dados já informatizados dos indicadores. Relativamente à dimensão temporal, podemos referir que se trata de um estudo transversal, uma vez que foi efetuado apenas num determinado período, de 1 a 31 de março de 2018.

De forma a alcançarmos a razão da realização deste estudo, importa definir o nosso objetivo geral de estudo, que passa por averiguar **“O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado”**. Surge-nos assim, alguns objetivos específicos, nomeadamente:

- Averiguar o estado atual dos indicadores de qualidade no IGP4;
- Caracterizar a representação que os enfermeiros apresentam da qualidade e dos seus indicadores em geral;
- Avaliar o conhecimento dos enfermeiros relativamente aos indicadores de qualidade do HCP no internamento IGP4;
- Analisar de que forma os indicadores de qualidade são implementados pelos enfermeiros do IGP4 nos sistemas de informação;
- Apurar o impacto que o conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros representa na melhoria da qualidade do internamento IGP4.

Seguindo este processo de pensamento, surge a necessidade de evocar uma questão de investigação, de forma a determinar o nosso foco de estudo, visto pretendermos obter novas informações acerca de um determinado tema e averiguar se o conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros, influencia a qualidade e a gestão do internamento. Neste sentido, a questão de investigação passa por averiguar se:

- “Existe uma relação entre o conhecimento e a monitorização contínua da evolução dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros do IGP4 e uma melhoria efetiva da qualidade da prestação de cuidados de saúde?”

2.2.2 Método e instrumento de recolha de dados

De forma a tentar responder aos objetivos definidos, adotou-se uma estratégia de complementaridade entre a implementação de um questionário e a recolha de dados através dos sistemas de informação, com base no RMDE.

A metodologia de pesquisa deste estudo, compreende então a implementação de um questionário aos enfermeiros do Internamento Geral Piso 4 do HCP, por se tratar de um método quantitativo e por ser a técnica mais comum para recolha de dados e ainda pelo facto de se adequar ao fenómeno que pretendo estudar, para que seja possível uma recolha de dados mais simples e mais rápida (Vilelas, 2009). Os questionários de avaliação de qualidade, evidenciam-se como ferramentas a ser utilizadas nos cuidados de saúde, para uma avaliação dos cuidados de Enfermagem (Fernandes e Tareco, 2016).

O questionário desenvolvido analisa primeiramente as características sociodemográficas de cada elemento, tendo em conta a idade, o género, o tempo de exercício profissional não só em qualquer instituição, como no grupo José de Mello Saúde e no IGP4. Contempla também as habilitações académicas e profissionais e o tipo de relação laboral. Procura averiguar a perspetiva face à qualidade em saúde no IGP4 e à sua avaliação através da averiguação de conhecimento relativo aos indicadores de qualidade. Por último, tenta obter uma perceção da satisfação desta população em geral. Este documento consta do ANEXO 1.

Importa refletir a quem vamos implementar o nosso questionário, ou seja, a nossa população, sendo esta o conjunto de elementos do grupo que apresenta em comum características bem definidas e que passarão a ser a alavanca da investigação (Fortin, 2003). Podemos aqui falar então da nossa amostra, estando a nossa população alvo enquadrada no HCP, sendo os participantes do estudo os 36 enfermeiros do serviço de IGP4 do mesmo hospital, e pretende analisar a perspetiva dos mesmos, limitando-se o estudo apenas a este serviço de internamento e não aos restantes serviços que o hospital apresenta. E porquê esta escolha? Trata-se de um serviço com bastante produção a nível do hospital, sendo também o serviço em que estou inserida e aquele com mais profissionais de enfermagem a exercer funções atualmente.

Importa enquadrar este serviço e tipologia dos clientes que procuram o nosso serviço. O IGP4 é um serviço de internamento que comporta três alas consoante a especialidade, englobando estas as valências de Cirurgia, Medicina e Cuidados Paliativos. A cirurgia que engloba valências como Cirurgia Geral, Cirurgia Cardíaca, Urologia, Cirurgia

Vascular, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Neurocirurgia, Cirurgia Maxilofacial, Cirurgia Plástica e Oftalmologia comporta 34 camas, a medicina 17 camas e as restantes 5 de Paliativos. Quando necessário, devido à atividade cirúrgica aumentada em determinados momentos, o serviço dispõe de mais uma ala cirúrgica, de forma a colmatar as necessidades, contemplando este mais 18 camas.

Por o serviço englobar uma grande variedade de patologias, e consequentemente uma diversidade de clientes, é fundamental que os profissionais de Enfermagem que nele estão inseridos, apresentem a capacidade, o conhecimento e as competências necessárias para ir de encontro à garantia da qualidade dos cuidados, mantendo o foco na segurança do paciente. Também por esta razão, escolhi os enfermeiros, não só por serem o maior grupo profissional, mas também pelo facto da avaliação dos cuidados ser extremamente difícil. Importa reforçar que são necessários esforços diários de criação de valores, conhecimentos e competências, de forma a alcançar a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados (Dahlgaard *et al.*, 2011), sendo os enfermeiros, os principais atores neste processo e ser fundamental a reflexão sobre o conhecimento que estes apresentam face às características dos cuidados.

Importa salientar que na análise dos indicadores de qualidade, foram excluídos os RMDE relativamente aos cuidados exercidos a doentes inseridos na especialidade de cuidados paliativos, uma vez que são extremamente diferentes na forma de documentação e específicos na avaliação de determinados focos de Enfermagem, bem como horários e formas de atuação, o que poderia enviesar os resultados finais.

Posteriormente, procedemos à análise dos indicadores de qualidade que determinam a qualidade da prestação de cuidados de Enfermagem, visíveis através do RMDE, nos sistemas de informação, com base na plataforma *Glint*. “*A informação relativa aos cuidados de enfermagem constitui um recurso estratégico que não pode ser desperdiçado*” (Pereira, 2007, pág. 90). É pela análise da informação documentada nos sistemas de informação que se poderá refletir sobre o desempenho dos enfermeiros e de que forma é que se poderá evoluir para uma prática com mais qualidade (Pereira, 2017). Os indicadores de qualidade foram analisados através dos sistemas de informação, uma vez que os “*registos podem ser assim indicadores de qualidade dos cuidados. Através de uma auditoria aos registos eletrónicos de enfermagem é possível analisar os cuidados prestados, repercussões e custos envolvidos*” (Fernandes e Tareco, 2016, pág. 33). É desta forma que esta análise se evidencia como instrumento de controlo da qualidade, na medida em que avaliam os cuidados de Enfermagem através dos registos (Setz e D’Innocenzo, 2009; Hesbeen, 2001; Martins *et al.*, 2008, Cit. Por Fernandes e Tareco, 2016).

Através dos indicadores podemos analisar o estado do serviço de forma a poder comparar com as normas estabelecidas nacional e internacionalmente, para que seja possível o alcance da excelência. Pretendemos que através dos indicadores, se possa obter as informações mais relevantes e posteriormente, mudar comportamentos, se for o caso, facilitando assim o cumprimento dos objetivos propostos a nível organizacional. É através da qualidade dos registos e da sua análise que poderemos avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem (Fernandes e Tareco, 2016).

O local de desenvolvimento deste estudo foi então no HCP, sendo um grupo de prestação de cuidados de saúde líder em Portugal, que assume a criação de valor como objetivo imperativo. Com início em 1945, atualmente a CUF é constituída por uma rede de sete hospitais e oito clínicas de ambulatório. Conta também com as parcerias público-privadas, inseridas no SNS. Esta instituição de Saúde, segundo o Relatório de qualidade e segurança clínica, *“compromete-se, enquanto prestadora de cuidados de saúde, a uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados em todas as suas unidades hospitalares”* (José de Mello Saúde, 2016, pág. 12).

2.2.3 Análise e tratamento dos dados

A metodologia de análise é uma etapa de extrema importância no processo de investigação, em que, através de métodos adequados, poderemos alcançar os objetivos propostos com coerência e significado para que o estudo possa ser validado (Fortin *et al.*, 2009).

É nesta fase que questionamos quais os indicadores mais relevantes que deveriam ser alvo de atenção. Tivemos por base os indicadores de Saúde, que são referidos como instrumentos de medida que refletem variadas perspetivas e informações relevantes no que diz respeito às dimensões de saúde (DGS, 2016), e optamos por os agrupar em categorias, já referidas na revisão da literatura, que se baseiam em estrutura, processo e resultado.

Neste sentido, relativamente aos dados e posteriormente ao seu tratamento, estes vão ser em parte, realizados através de indicadores, onde se optou por fazer uma revisão destes em geral descritos na literatura e posteriormente, optar pelos mais específicos quer do serviço, quer dos que dizem respeito à Enfermagem, defendidos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) que vão de encontro às intervenções defendidas pela José Mello Saúde como promotoras da qualidade e segurança clínica (José Mello Saúde, 2016). Os indicadores

de qualidade defendidos pela OE (2007), como sendo os mais adequados para avaliação hospitalar, são:

Indicadores Gerais – Ordem dos Enfermeiros	
Estrutura	✓ Horas de cuidados de enfermagem prestados por dia ✓ Classificação dos doentes por dependência ✓ Satisfação dos enfermeiros
Processo	✓ Taxa de efetividade diagnóstica de risco
Resultado	✓ Taxa de efetividade na prevenção de complicações ✓ Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem ✓ Taxas de ganhos possíveis/esperados de efetividade ✓ Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem

Tabela 2 - Indicadores Gerais - Adaptado de Ordem dos Enfermeiros, 2007

De forma a perceber quais os que iriam ser alvo deste estudo, averiguou-se os que realmente são implementados a nível de avaliação no serviço de Internamento geral de Adultos do piso 4 do HCP, passando estes pela avaliação de:

Indicadores Específicos (Internamento Geral Piso 4 HCP)
Incidência de quedas (/1000 dia de internamento)
Incidência de infeção urinária associada a algaliação (/1000 dias de algaliação).
Incidência de bacteriemia associada a CVC (/1000 dias de internamento)
Taxa de adesão higienização mãos
Taxa de higienização superfícies

Tabela 3 - Indicadores Específicos do IGP4

Neste sentido e de acordo com os já implementados a nível da organização, sugeria a importância da avaliação de determinados parâmetros que ainda não estão em implementação, bem como outros de acordo com a revisão da literatura, nomeadamente:

Indicadores a implementar	
Estrutura	✓ Classificação dos doentes por dependência ✓ Satisfação dos enfermeiros
Processo	✓ Taxa de documentação e implementação dos diagnósticos: risco de úlcera de pressão, risco de queda e dor.
Resultado	✓ Taxa de efetividade na prevenção de complicações • Taxa de efetividade na prevenção de quedas • Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão • Taxa de efetividade no controlo da dor • Taxa de infeção nosocomial: infeções urinárias associadas a algaliação, respiratórias associadas a ventilador e ferida cirúrgica). ✓ Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem relativamente, à implementação de intervenções que fomentam o conhecimento e capacidades – ensinos ✓ Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem

Tabela 4 - Indicadores a implementar no IGP4

Os indicadores serão avaliados quer pelo questionário implementado, quer pela análise de dados efetuada nos sistemas de informação. Importante referir que estes devem ser baseados na melhor evidência, devendo ser válidos e estáveis. Deverão obedecer a um nível de representatividade e a um grau de eficácia no seu cálculo, devendo ser específicos, fiáveis e sensíveis (Mainz, 2003).

Neste sentido, consideramos pertinente o desenvolvimento do bilhete de identidade de cada indicador a estudar (ANEXO 2), de forma a obter uma maior viabilidade no seu estudo, baseando-nos no documento do Ministério da Saúde (DGS, 2017): “Bilhete de identidade de indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017”. O desenvolvimento deste auxiliar de análise, tem em conta a designação, o objetivo e a descrição do indicador, bem como a regra de cálculo do mesmo e observações relevantes. Para além deste, baseamo-nos no documento da “*Joint Commission International Survey Process Guide for Hospitals*” (JCI, 2017), utilizando a grelha disponível no mesmo para melhor desenvolvimento dos indicadores. Tivemos como apoio à realização do bilhete de identidade o manual da *Glint* “Ficha de indicadores – Enfermagem” (José de Mello Saúde, 2013).

Foram empregues na avaliação destes indicadores, concretamente na avaliação da satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem, os principais resultados

do Inquérito ao cliente CUF realizado em 2017. Apesar de ser em momentos distintos de avaliação e por não deter do tempo necessário para a execução de um inquérito de satisfação aos clientes no período de março de 2018 aquando da implementação das restantes estratégias de recolha de dados, optamos por ter em conta este relatório de forma a obter uma perceção deste indicador de resultado.

2.2.4 Fontes de dados e procedimentos éticos

Durante a elaboração deste estudo, procuramos seguir uma linha de orientação, com um processo de pensamento que fundamentasse a criação de instrumentos de análise de dados que permitissem averiguar a realidade deste serviço no que diz respeito aos indicadores previstos de forma a alcançar determinados objetivos inicialmente propostos.

O questionário não seguiu um instrumento já validado, uma vez que os existentes se tornavam extremamente extensos e ultrapassavam o objeto de estudo e poderia ser dispersada a nossa problemática em estudo, pelo que foi elaborado um menos complexo, indo de encontro ao que essencialmente queríamos averiguar e realizado um pré-teste para que o mesmo pudesse ser validado. Foi implementado de forma *on-line*, através do *Google Drive*, para um maior acesso e sucesso do mesmo, em que dos 36 elementos da população alvo, obtivemos 35 respostas ao questionário.

Os indicadores são avaliados como já referido, através da análise do Sistema de Informação *Glint* e posteriormente, comparados com os resultados adquiridos através do questionário efetuado aos enfermeiros, de forma a averiguar se existirá relação entre o conhecimento dos enfermeiros em relação aos indicadores de qualidade e se proporcionará uma melhoria efetiva na prestação dos cuidados de saúde. Para o seu estudo, através do *Excel*, foi efetuada uma tabela de forma a facilitar a análise dos mesmos, conforme ANEXO 3, e separadas valências de medicina e cirurgia, uma vez que pensamos que serão de diferentes formas de análise e poderão ser estudadas separadamente. De forma a adquirir uma amostra significativa, foram analisados todos os clientes saídos do serviço em março de 2018, contemplando as especialidades de cirurgia e medicina, sendo analisados um total de 319 processos fechados.

Em paralelo com o sistema de informação *Glint*, de forma a comparar dados de Enfermagem, foram analisadas através do sistema de reporte de eventos adversos existente na instituição, os dados que poderiam ser alvo de comparação para que, desta forma fosse possível uma análise mais fidedigna dos dados. Esta plataforma, abrangida pela área de

Gestão de Risco, implementada desde 2011 no Grupo José de Mello Saúde, evidencia-se como uma ferramenta essencial no desenvolvimento de estratégias de defendem a segurança do paciente. Baseia-se num sistema de notificação de eventos adversos (*HER+*, *Health Event Risk Management*) e permite recolher, agrupar e analisar dados clínicos, tendo em conta a nomenclatura de incidentes, quase-incidentes e eventos sentinela, e baseia-se nas causas de determinado acontecimento, nos efeitos bem como nos riscos e potenciais propostas de melhoria de conduta por parte dos profissionais e instituição (José de Mello Saúde, 2016).

Para todo este processo de investigação, como em qualquer procedimento que envolve pessoas, tivemos em conta todas as questões éticas envolvidas, nomeadamente em relação aos profissionais de saúde e aos pacientes e ao seu anonimato, tendo sido efetuado um pedido de avaliação/autorização do projeto (ANEXO 4) à comissão de ética do HCP, aprovado no dia 14 de março, conforme documento enviado pela comissão de ética (ANEXO 5).

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS-

Nesta fase poderemos analisar os dados extraídos quer do questionário, quer da análise aos processos fechados através dos sistemas de informação, que foram estruturados como já referido através do sistema operativo *Excell*. Iremos procurar articular os dados entre os dois métodos, de forma a poder compará-los posteriormente nas conclusões de forma a obter resultados inovadores não só para o estudo em questão, como também para a instituição, uma vez que foi dado o feedback que estes indicadores poderiam ser alvo de execução. Procuramos através destes dados, evidenciar a realidade em estudo, indo de encontro aos objetivos propostos inicialmente e ao referencial teórico desenvolvido, tentando desenvolver uma análise crítica dos resultados.

Iniciamos esta apresentação tendo em conta os padrões de diferenciação da amostra, no que diz respeito às características sociodemográficas. Relativamente à característica etária, podemos referir que se trata de uma população jovem, verificando-se uma distribuição mais abrangente na faixa etária dos 20 aos 30 anos, conforme é visível na Figura 4.

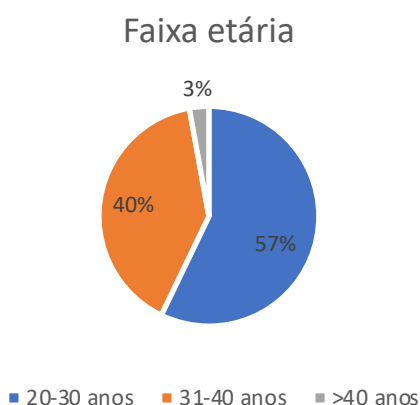


Figura 4 – Análise da faixa etária

No que diz respeito ao género, os elementos são maioritariamente do género feminino com 80% do total, como evidencia a Figura 5.

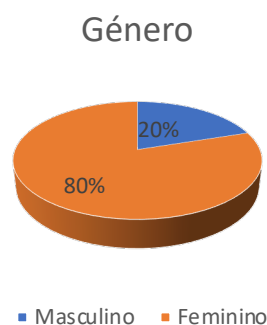


Figura 5 – Análise do género

Consideramos pertinente a avaliação das habilitações de cada elemento, por pensarmos ser elemento fundamental no conhecimento de cada profissional, sendo que se evidencia maioritariamente apenas a licenciatura como grau, seguindo a presença de pós-graduações e apenas 5% com grau de especialista (Figura 6). A relação laboral, foi também uma das características em análise, uma vez que poderá ser influenciadora da satisfação dos enfermeiros e consequentemente para a forma como lidam com a prestação de cuidados com qualidade, evidenciando-se uma maioria com contrato individual de trabalho (Figura 7).

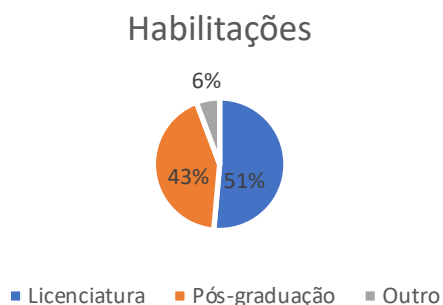


Figura 6 – Análise das habilitações académicas

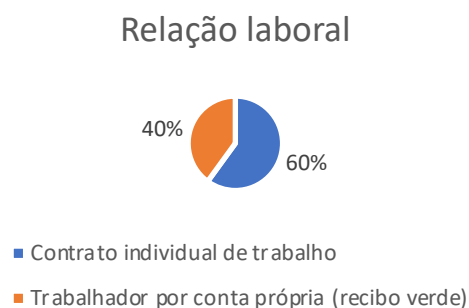


Figura 7 – Análise da relação laboral

Tivemos em conta o tempo de exercício profissional a nível global, uma vez que poderá ser elemento facilitador de conhecimento e capacidades, que não se tornou visível com uma maior percentagem de elementos com apenas 1 a 3 anos de experiência profissional, e a minoria com mais de 10 anos (Figura 8).

Antiguidade profissional

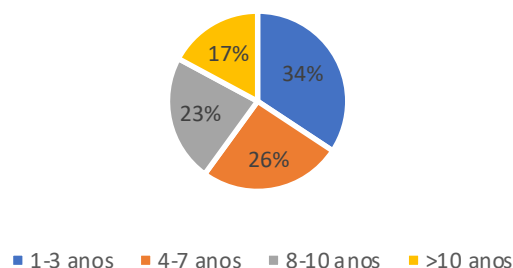


Figura 8 – Análise da antiguidade profissional

Despertou-se também o interesse no que diz respeito à antiguidade no grupo, sendo também a maioria de 1 a 3 anos (Figura 9) e o tempo no IGP4 revelando-se também maioritariamente de 1 a 3 anos (Figura 10). Estes dados revelam que não existe um trabalho de equipa alargado e que a maioria apresenta pouca experiência profissional.

Antiguidade no grupo

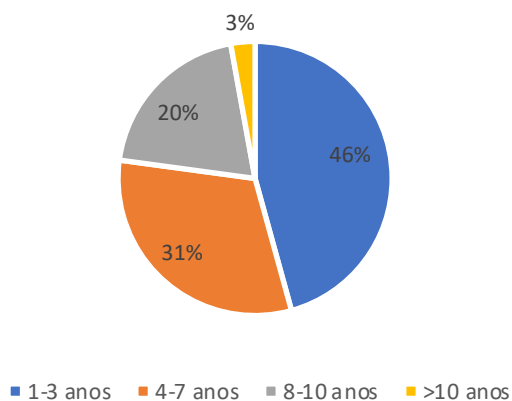


Figura 9 – Análise da antiguidade na JMS

Tempo no serviço

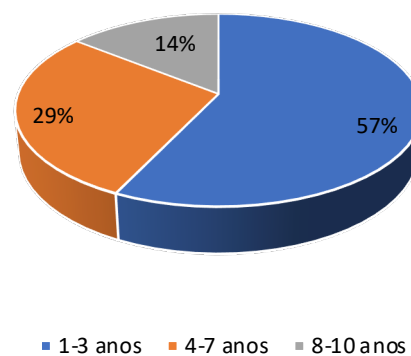


Figura 10 – Análise de tempo no serviço

Seguidamente, o parâmetro avaliado baseia-se na perspetiva que os enfermeiros apresentam acerca do conceito de qualidade no IGP4, como pode ser visível no Figura 11, em que é notória a realidade da qualidade neste serviço, concordando a maior parte dos elementos com a necessidade da existência de uma melhoria continua da qualidade dos serviços de saúde.

Perspetiva dos enfermeiros sobre qualidade



Figura 11 – Análise da perspectiva dos enfermeiros sobre qualidade

Defendem que está definida uma política de qualidade em saúde neste serviço, que a melhoria contínua da qualidade é uma prioridade e que estão conscientes do seu contributo para a qualidade do serviço, onde exercem funções, enquanto enfermeiros. De igual forma e importância, nomeiam que existe uma monitorização da qualidade no IGP4, com a percepção que os profissionais de saúde participam nos projetos de implementação da qualidade, de acordo com um sistema de gestão de qualidade e seus objetivos inicialmente propostos. Apontam também que a qualidade dos serviços é avaliada regularmente, sendo, no entanto, a publicação dos resultados das mesmas ainda pouco divulgados. Em pé de igualdade, estão parâmetros como a envolvimento por parte da equipa de gestão da instituição, a existência de um planeamento estratégico de gestão da qualidade, o conhecimento da política de qualidade da instituição, bem como dos objetivos de qualidade do IGP4 e da existência de procedimentos validados no controlo da qualidade em materiais, produtos e serviços. Salientam a existência de avaliação da satisfação dos doentes.

Em contrapartida, aspetos com pontuação menos positiva na perspectiva da população, passam pela formação relativa à qualidade para os profissionais de saúde, a existência de um manual de qualidade na instituição e na sua posterior divulgação,

apresentando estes parâmetros a maior percentagem de opções de resposta “Não concordo, nem discordo”, podendo ser estratégias a ter em conta como melhoria a nível institucional. Consideram também, e com o maior grau de discordância que o grau de satisfação dos profissionais de saúde não é avaliado, sendo um potencial indicador em falha e uma estratégia futura que poderia ser adotada pela instituição.

Segue-se o parâmetro que pretende averiguar a perspetiva face aos indicadores de qualidade que conhecem a nível geral de instituições (Figura 12) e os que os profissionais consideram que são avaliados no IGP4 (Figura 13).

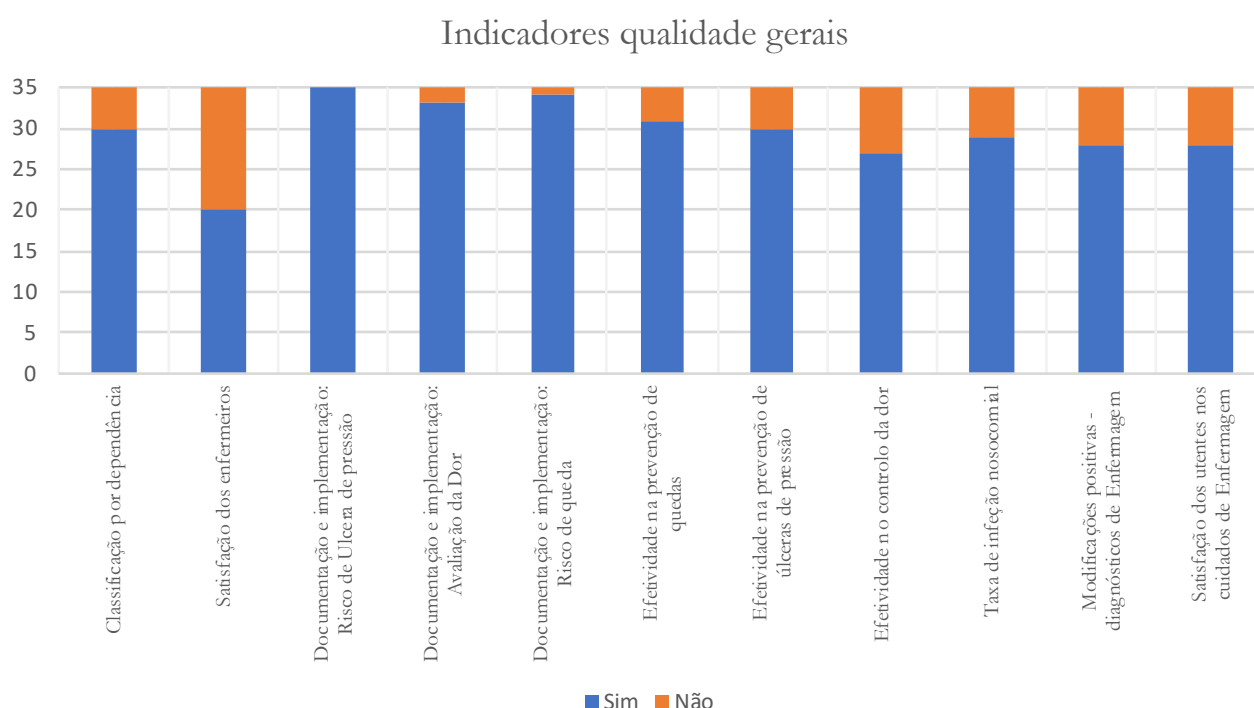


Figura 12 – Análise da perspetiva dos enfermeiros sobre indicadores de qualidade gerais

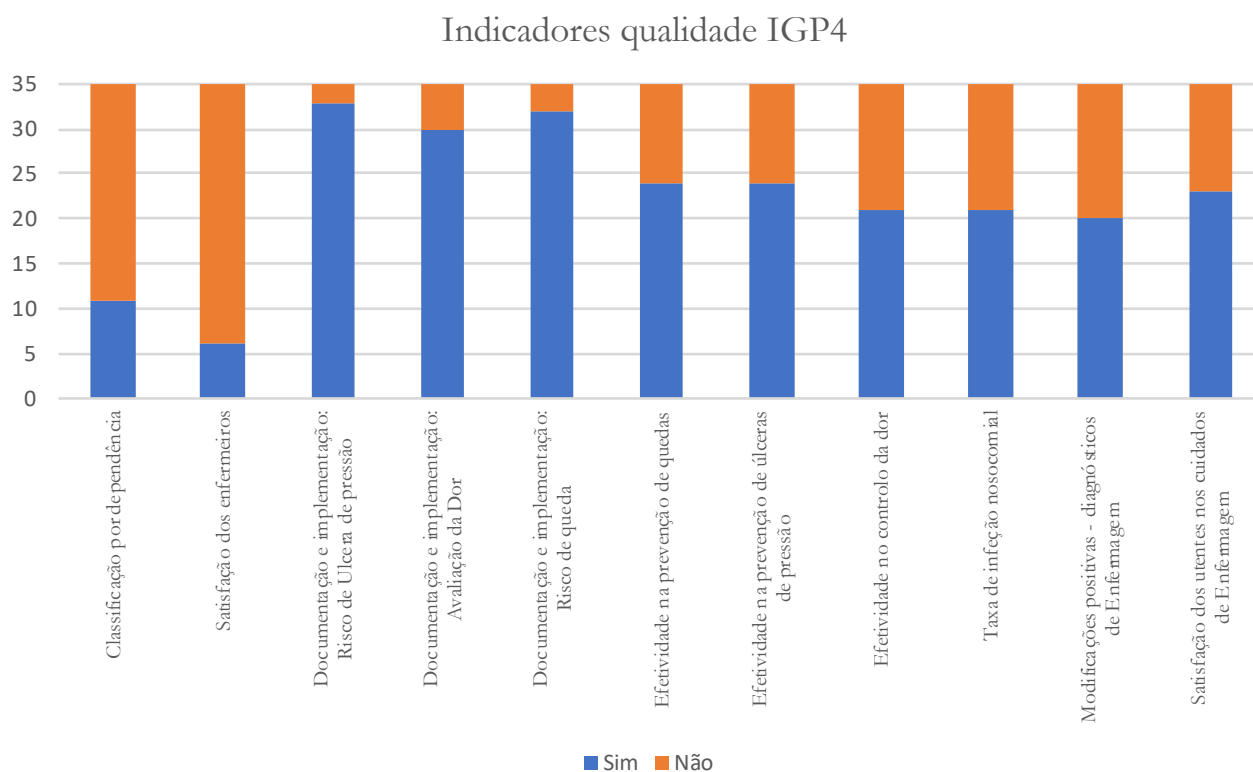


Figura 13 – Análise da perspectiva dos enfermeiros sobre indicadores de qualidade IGP4

Os enfermeiros começam por negar em maioria a existência de classificação dos doentes por dependência no IGP4, defendendo que a nível geral de avaliação este mesmo indicador é avaliado. Mais uma vez, minimizam a satisfação dos enfermeiros como indicador avaliativo no IGP4 e no HCP, considerando, no entanto, que este é tido em conta no panorama geral das instituições. Tendo em conta as perspetivas que têm a nível geral e a nível do IGP4, colocam em patamares idênticos a importância dada à taxa de documentação e implementação dos respetivos diagnósticos: risco de úlcera de pressão, risco de queda e dor. Em consonância, caracterizam de forma semelhante com a anterior e relatam a taxa de efetividade na prevenção de úlcera de pressão, queda e controlo da dor como indicador de qualidade em geral e do IGP4. Menos unânime temos a diferença de opinião relativa aos indicadores de taxa de infeção nosocomial, modificações positivas nos status dos diagnósticos de Enfermagem, em que na visão geral evidenciam uma elevada percentagem de respostas positivas em relação aos do IGP4, que apesar de apresentarem maioria de sim na resposta relativa à presença de conhecimento, não evidenciam uma diferença tão significativa como a anterior. A satisfação dos utentes relativa aos cuidados de Enfermagem, é maioritariamente conhecida, mas nem por todos defendida como um indicador de

qualidade a ter em conta no IGP4, o que realmente não é verificado a nível institucional como pode ser visível pelo documento de avaliação de resultados já mencionado.

Ainda relativamente ao último parâmetro analisado no questionário, apresentamos a satisfação e a perceção do seu contributo enquanto enfermeiros do IGP4 (Figura 14).

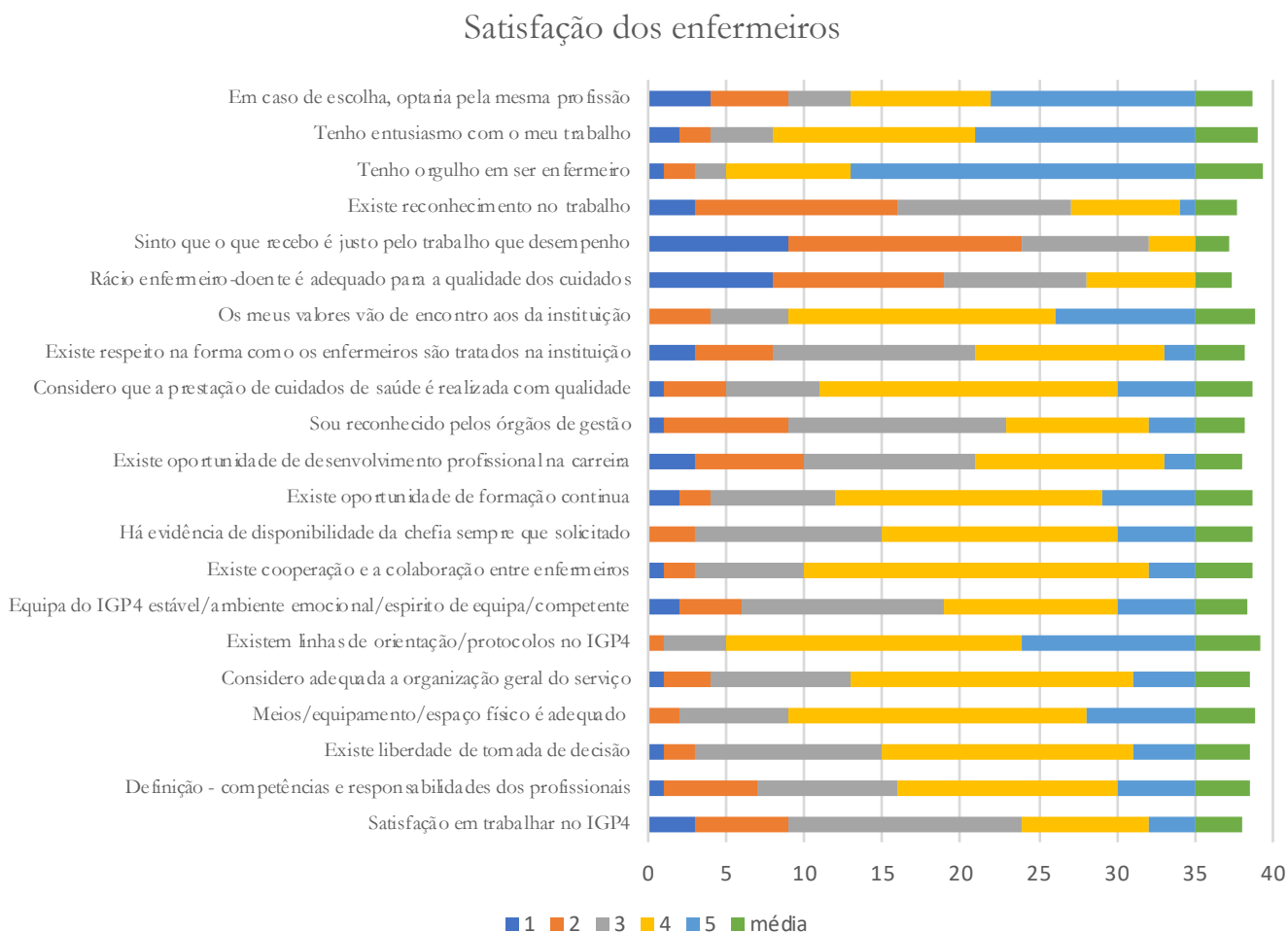


Figura 14 – Análise da satisfação dos enfermeiros

Como já referido, foi um parâmetro a ter em conta como um indicador de qualidade, de forma a obter uma perceção da nossa amostra e averiguar até que ponto esta se encontra motivada na profissão, que consideramos ser um elemento orientador da implementação de cuidados de qualidade. Pretendemos averiguar o grau de transparência existente, visto ser através desta que a qualidade e a eficiência podem ser otimizados (OCDE, 2017). É importante determinar como estão envolvidos os profissionais de saúde e se necessário efetuar uma mudança, elemento fundamental na melhoria da qualidade (WHO, 2006).

Como parâmetros mais positivos das respostas dos profissionais podemos enumerar o orgulho em ser enfermeiro bem como o entusiasmo na realização da profissão e na opção da mesma profissão se fosse dada oportunidade de nova escolha, o que se evidencia como fator preditivo de satisfação na profissão. No entanto, quando questionada a satisfação de estarem integrados neste serviço, à oportunidade de progressão de carreira, ao reconhecimento por parte dos órgãos de gestão, ao respeito pelos enfermeiros na instituição, à remuneração implementada e às condições existentes de rácio enfermeiro/doente a resposta não é tão animadora.

Posteriormente os enfermeiros enumeram como satisfatórios também a existência de linhas orientadoras no serviço, a organização geral do mesmo e as condições físicas, de materiais e meios para uma prestação de cuidados com qualidade, verificando que existe uma maioria que defende que os cuidados de saúde são prestados com qualidade. Em relação à oportunidade de formação contínua em geral, e não especificamente da qualidade, a maioria concorda que existe essa opção. No que diz respeito ao trabalho propriamente dito, a maioria dos enfermeiros define os seus valores em consonância com os da instituição, havendo cooperação e colaboração entre o mesmo grupo profissional, apesar de considerarem que a estabilidade, o bom ambiente emocional e espírito de equipa não é assim tão evidente. Referem, apesar de não ser unânime, a existência de disponibilidade por parte da chefia quando solicitado. Por último, consideram que não é consensual, a liberdade de tomada de decisão, nem tão pouco a definição implícita de competências e responsabilidades entre profissionais.

Após a análise do questionário aplicado aos enfermeiros, passamos à seguinte etapa, a análise dos dados extraídos do sistema de informação, ao qual foram aplicadas duas tabelas para melhor agregação de dados, já mencionadas anteriormente (ANEXO 3) e que nos vai ser útil na resposta ao cálculo do bilhete de identidade de cada indicador avaliado.

Esta análise tem em conta os indicadores de qualidade e pretende averiguar em que estado se encontram as evidências dos cuidados de enfermagem através dos RMDE, evidenciados através do sistema *Glint*. Como já referido, foi efetuada uma análise em simultâneo no que diz respeito às especialidades cirúrgica e médica, no sentido de investigar se existiriam diferenças entre as mesmas, sendo analisados 249 processos na cirurgia e 70 na medicina, tendo em conta os processos fechados, como já referido relativos ao mês de março de 2018.

Num panorama geral da especialidade cirúrgica, o indicador evidenciado na classificação dos doentes por dependência optamos pela escolha do grau identificado relativo ao autocuidado higiene, visto ser um dos elementos preditivos desse grau, tendo em conta todos os doentes que apresentam este diagnóstico ativo no processo de Enfermagem, que nesta especialidade não se evidencia como aspeto significativo, como pode ser visível na figura 15. Em relação à medicina, apesar dos processos analisados serem em menor número, existe um maior grau de dependência dos doentes, visível através do grau do autocuidado higiene (Figura 16).

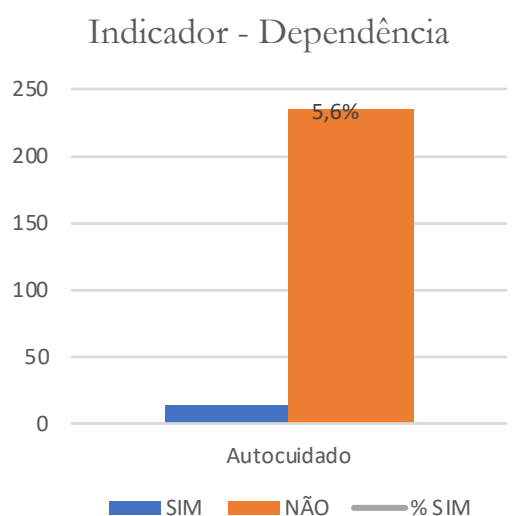


Figura 15 – Classificação dos doentes por dependência - Cirurgia

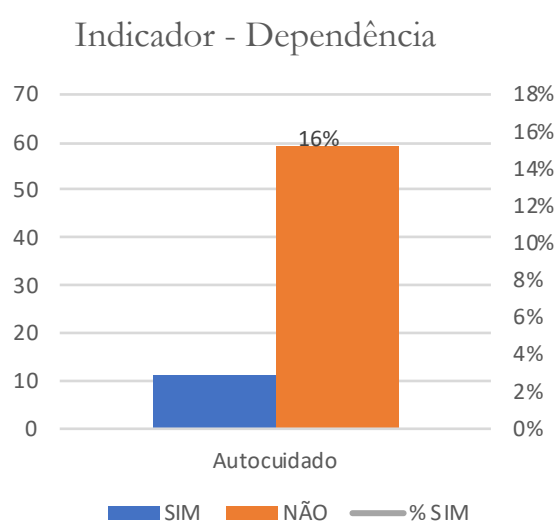


Figura 16 – Classificação dos doentes por dependência - Medicina

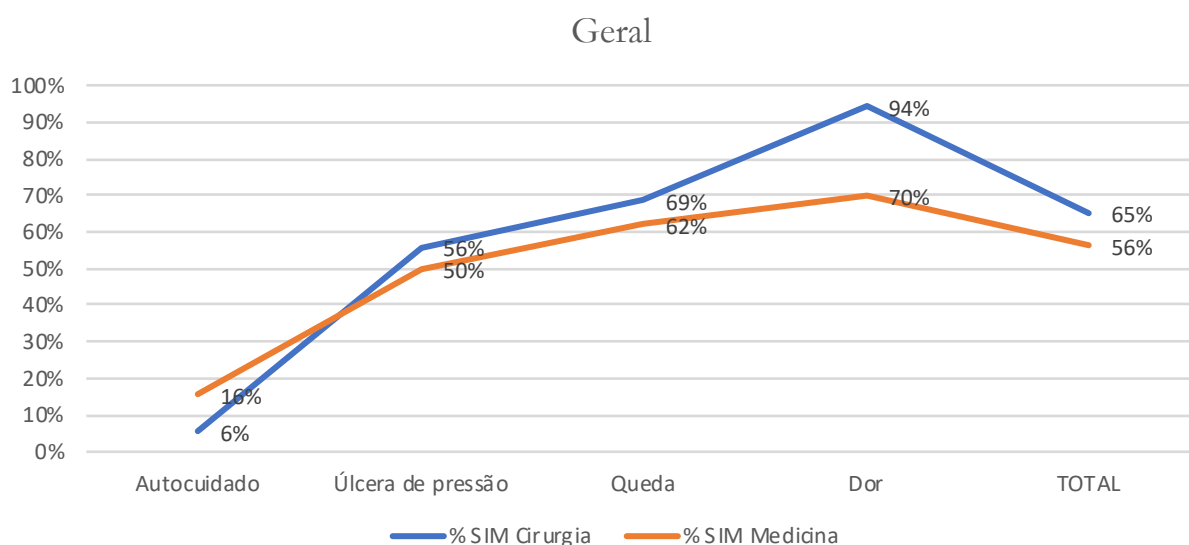


Figura 17 – Classificação dos doentes por dependência – Cirurgia Vs Medicina

Se compararmos então as duas especialidades pode-se referir que existe um maior grau de dependência dos doentes na área médica (Figura 17).

Relativamente à úlcera de pressão, outro indicador estudado, é que maioritariamente este diagnóstico é identificado através da avaliação da escala de *Braden* (ANEXO 6). O diagnóstico de risco de úlcera de pressão é implementado quer na cirurgia (Figura 18) quer na medicina (Figura 19). Esta escala, bem como os timings de avaliação, são uma intervenção obrigatória na instituição no que diz respeito a este diagnóstico, e considerados como um indicador de qualidade a avaliar, uma vez que permite avaliar o risco dos doentes, através de um score, de desenvolverem lesão por pressão, e em que posteriormente podem ser aplicadas medidas de acordo com esse score, no sentido de prevenir e promover cuidados de saúde de Enfermagem com qualidade. Esta escala é implementada quer no momento da admissão, quer de 2 em 2 dias durante o internamento, que é visível a sua realização na cirurgia.

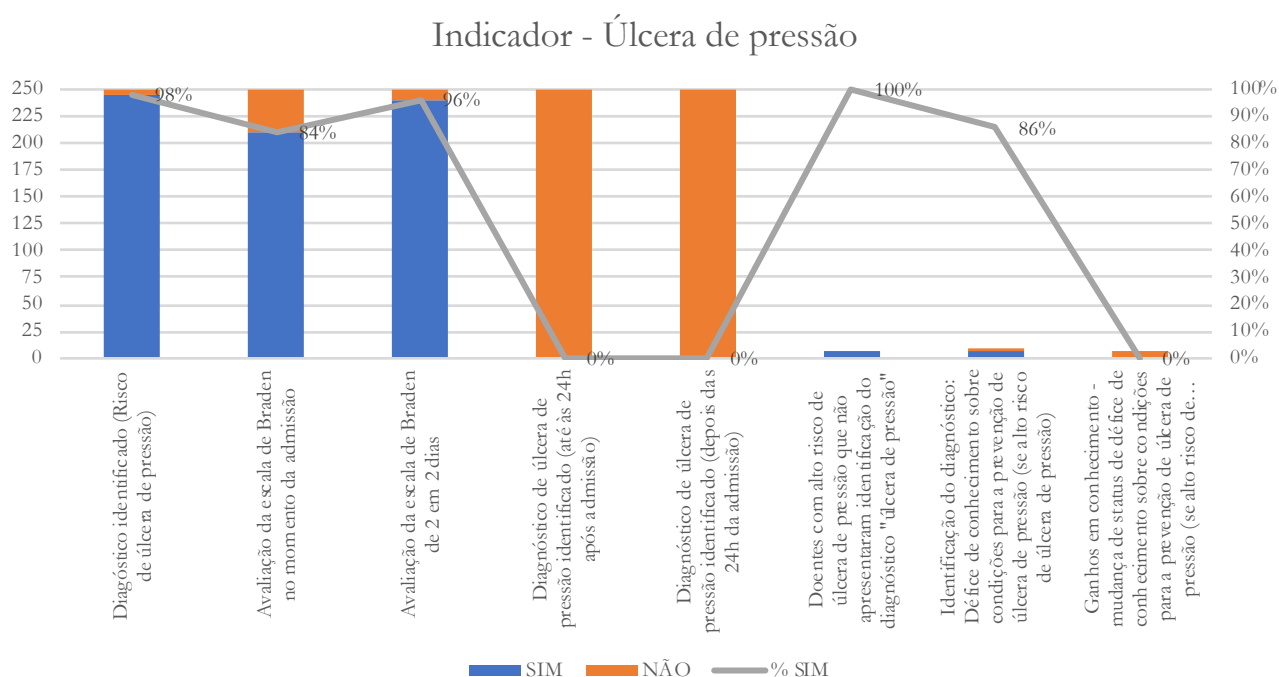


Figura 18 – Análise do indicador – Úlcera de pressão - Cirurgia

Já não podemos dizer que o mesmo se observa na medicina, em que apesar de maioritariamente ser avaliada de 2 em 2 dias, não é da mesma forma avaliada no momento da admissão (Figura 19). Comparativamente podemos referir que ambos apresentam valores positivos, mas a cirurgia evidencia-se, na medida em que não só é avaliada esta escala no momento da admissão como é avaliada de 2 em 2 dias.

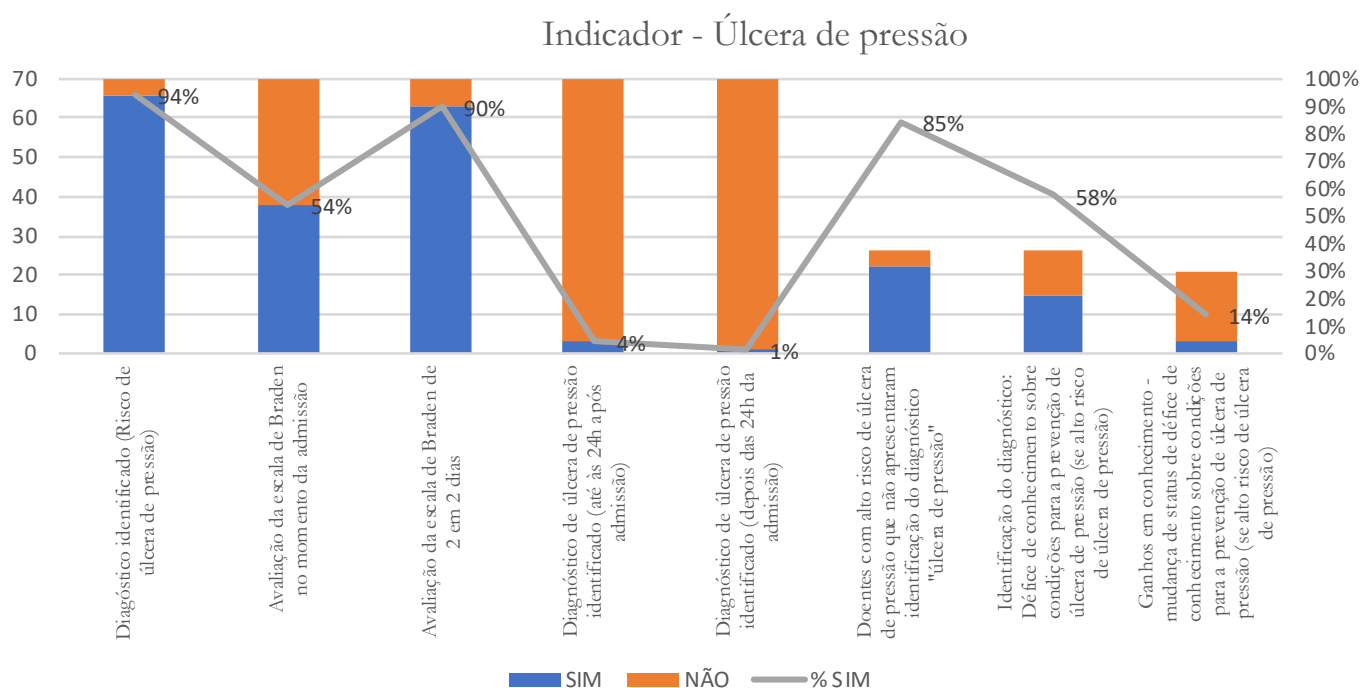


Figura 19 – Análise do indicador – Úlcera de pressão – Medicina

Ainda relativamente a este diagnóstico, podemos referir que não foi documentado que a nível da cirurgia existissem úlceras de pressão quer no momento da admissão, quer no internamento em doentes a que tinha sido identificado alto risco de úlcera de pressão. Já na medicina, existe identificação do diagnóstico de úlcera de pressão até às 24h da admissão, que reflete úlceras provavelmente já adquiridas no domicílio e que após as 24h, apenas um caso é documentado com incidência de adquirir a mesma provavelmente no internamento, sendo este um fator preditivo de qualidade do serviço e dos cuidados prestados. No entanto, é visível no gráfico apresentado que todos os quatro doentes com úlcera de pressão identificada, apresentavam alto risco de úlcera de pressão, que é resultado de uma adequada identificação do grau de risco de desenvolvimento de úlcera avaliado através da escala de *Braden* e de uma adequada documentação. Comparando as duas especialidades, e tendo em conta as diferentes características dos doentes das mesmas, a medicina evidencia apesar de mínima, uma maior incidência de úlcera de pressão (Figura 20).

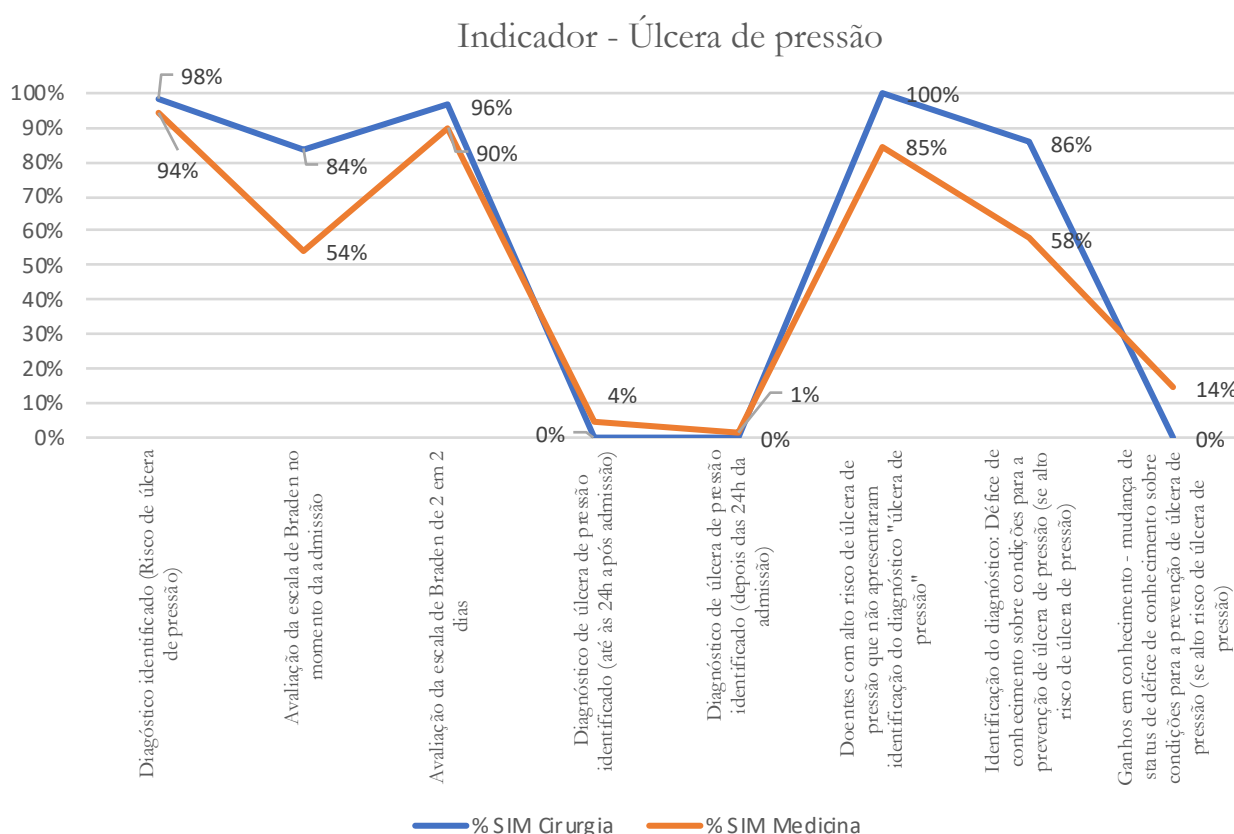


Figura 20 – Análise do indicador – Úlcera de pressão – Cirurgia vs Medicina

É visível que dos poucos processos identificados como alto risco de úlcera de pressão na cirurgia, apenas 7 do total de 249 analisados, 6 apresentavam identificação de déficit de conhecimento relativo a esta questão, mas que no final do internamento, apenas 1 apresentou modificação positiva na alteração do status do diagnóstico, não relevando intervenções no âmbito da transmissão do conhecimento ou apenas um registo não adequado. Já na medicina, evidencia-se uma maior percentagem de identificação deste diagnóstico de déficit de conhecimento aos clientes a quem tinha sido identificado alto risco de úlcera de pressão, não só pelas características dos doentes, como também pelo maior número de incidência de alto risco. Podemos referir que a nível da medicina é mais visível a identificação do déficit de conhecimento aos pacientes que apresentam alto risco de desenvolverem úlcera de pressão, quer por apresentarem maior tendência para evidenciarem este diagnóstico, quer pela presença de maior número de familiares com os mesmos que poderão ser alvo de transmissão de conhecimento.

Na mesma instância, mas relativamente ao diagnóstico de queda, o grau de risco depende da avaliação da escala de *Morse* (ANEXO 7), também obrigatória institucionalmente no momento da admissão e na reavaliação de 5 em 5 dias e evidenciado também como um indicador de qualidade bastante estudado. É através desta escala e do score identificado, que os enfermeiros podem desenvolver estratégias com o intuito de diminuir o número de quedas, na medida em que é possível antecipar um acontecimento de acordo com as características do paciente. Pode-se verificar maioritariamente uma identificação do diagnóstico de risco de queda presente, bem como a avaliação da escala nos timings definidos na cirurgia (Figura 21).

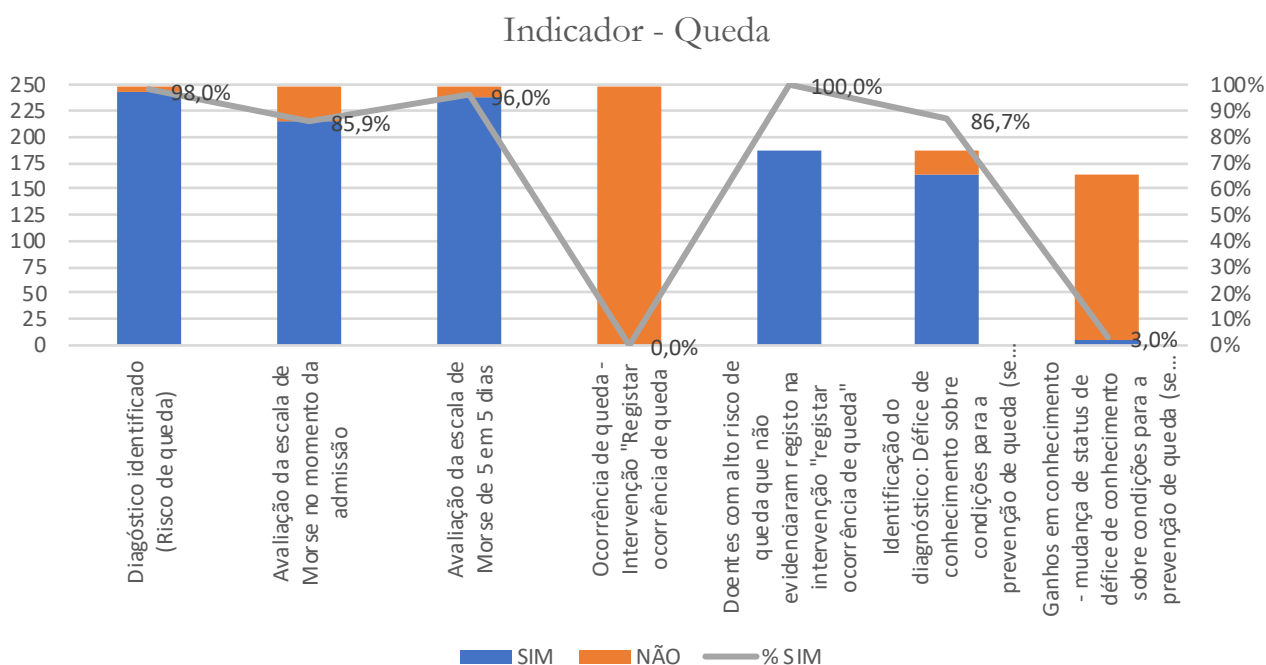


Figura 21 – Análise do indicador – Queda – Cirurgia

Na medicina, a identificação deste diagnóstico também é bastante positiva, mas assim como a avaliação da escala de *Braden* no momento da admissão, a avaliação da escala de *Morse* também não é tão evidente de registo (Figura 22). Também não foram documentadas quedas

nos processos analisados, nos doentes que apresentavam alto risco de queda, quer na medicina quer na cirurgia.

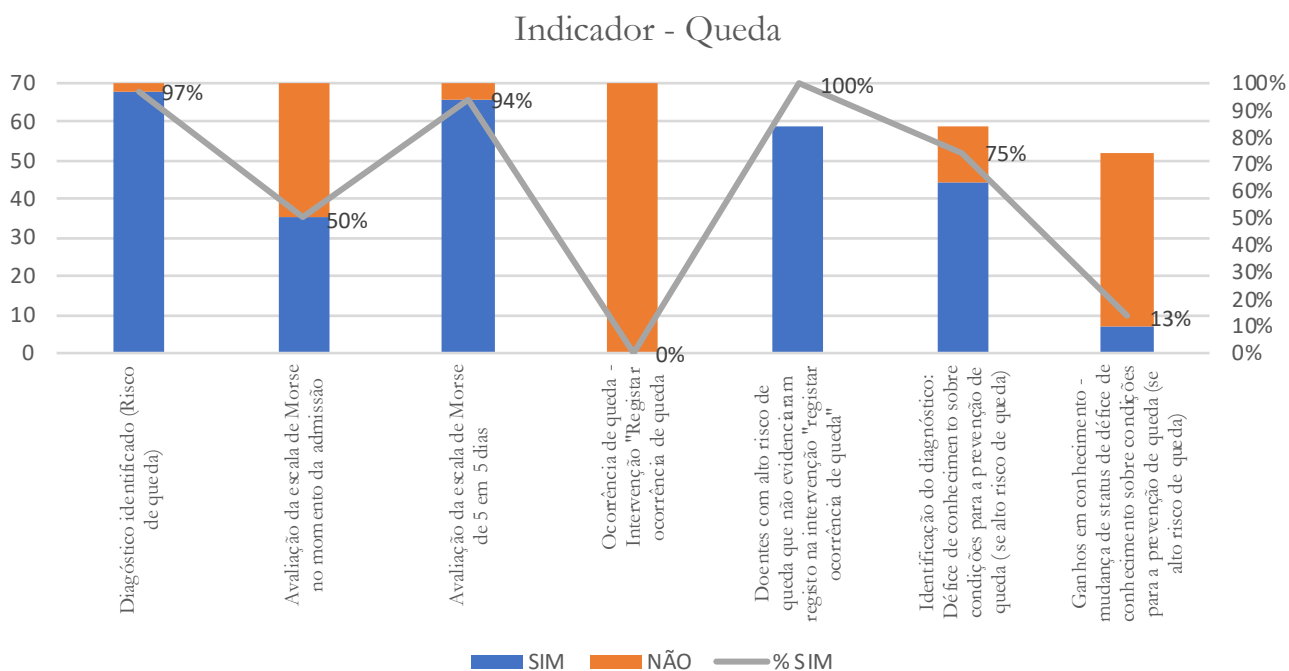


Figura 22 – Análise do indicador – Queda – Medicina

Observa-se uma tendência na cirurgia para identificação do déficit de conhecimento na prevenção de queda, mas no que diz respeito à modificação positiva, na alteração do status do diagnóstico, já não se evidencia uma tendência tão elevada, em que apenas 5 dos 244 processos analisados com identificação do diagnóstico de risco de queda, apresentam esta alteração de status. Na medicina, apesar de positiva, esta identificação não é tão notória, evidenciando, no entanto, uma maior percentagem de mudança de status e logo uma modificação positiva. Comparando-as, podemos referir que existe uma maior evidência de aumento de conhecimento, com alteração positiva no status do diagnóstico na medicina (Figura 23).

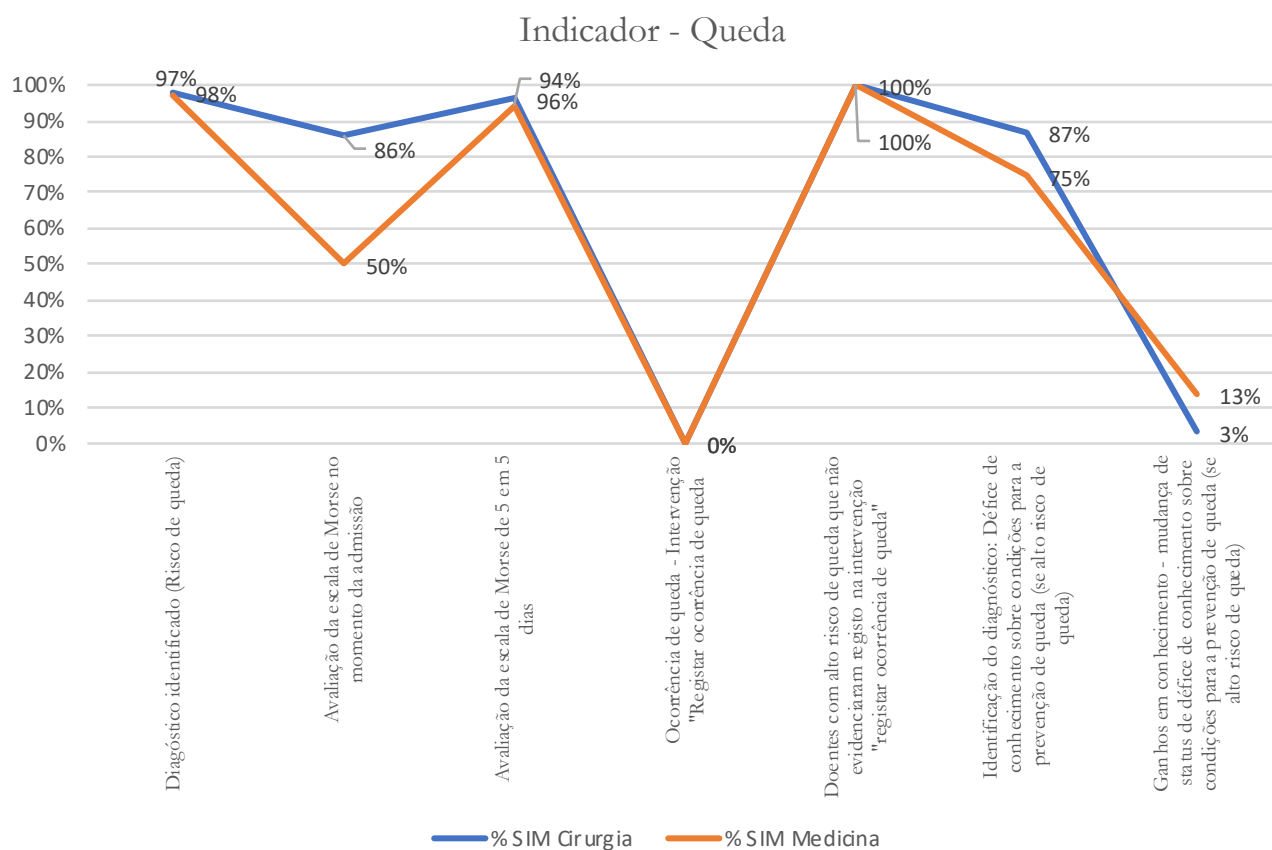


Figura 23 – Análise do indicador – Queda – Cirurgia vs Medicina

Não menos importante, surge outro elemento analisado, a dor, classificada como o 5º sinal vital, e um indicador a ter cada vez mais em conta nos cuidados de saúde.

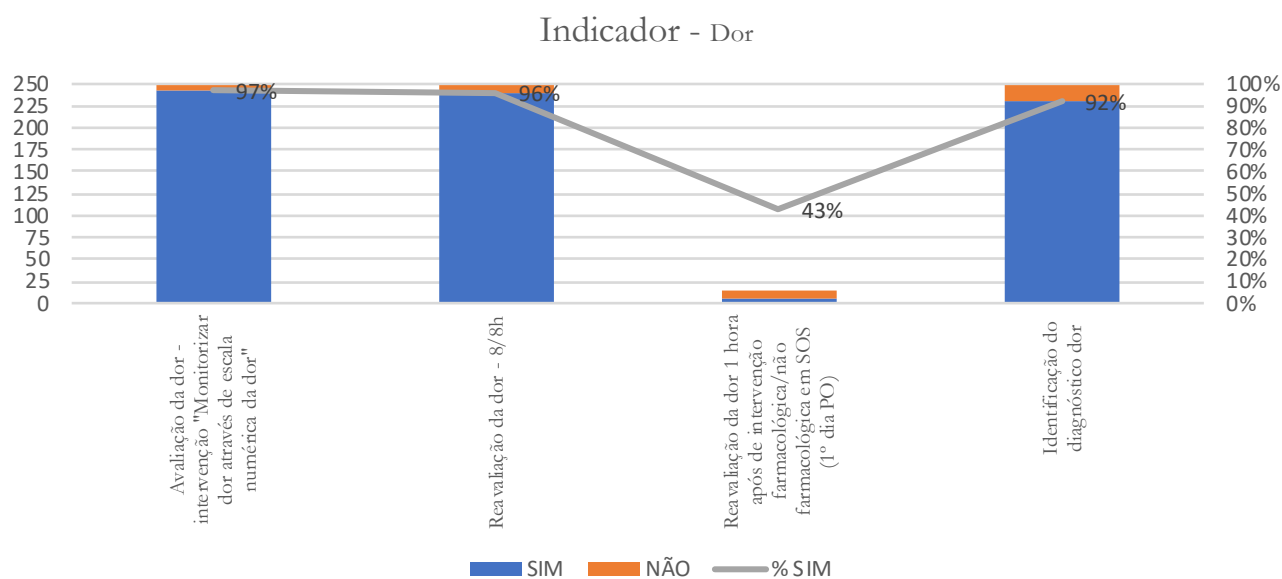


Figura 24 – Análise do indicador – Dor – Cirurgia

Em relação à avaliação da dor, esta maioritariamente apresenta-se como realizada nos processos analisados, quer na cirurgia (Figura 24), quer na medicina (Figura 25).

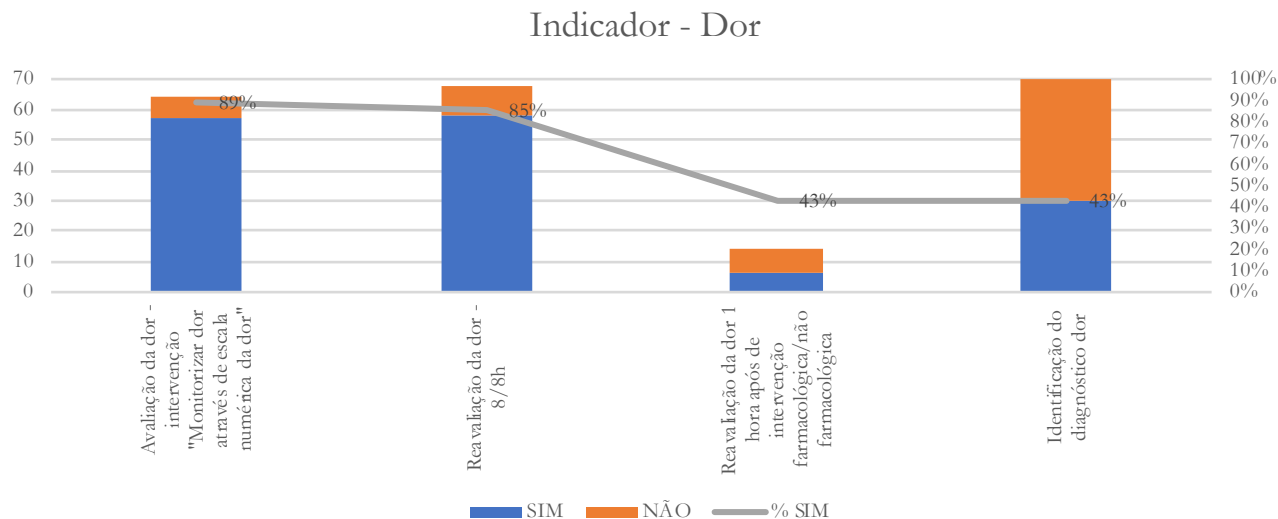


Figura 25 – Análise do indicador – Dor – Medicina

É visível através deste gráfico que a sua reavaliação uma vez por turno, ou seja, de 8 em 8 horas, também é implementada, havendo apenas uma diferença significativa na identificação do diagnóstico de dor na medicina e na cirurgia que poderá ser justificada provavelmente pelas características dos doentes, mais evidenciada na cirurgia (Figura 26).

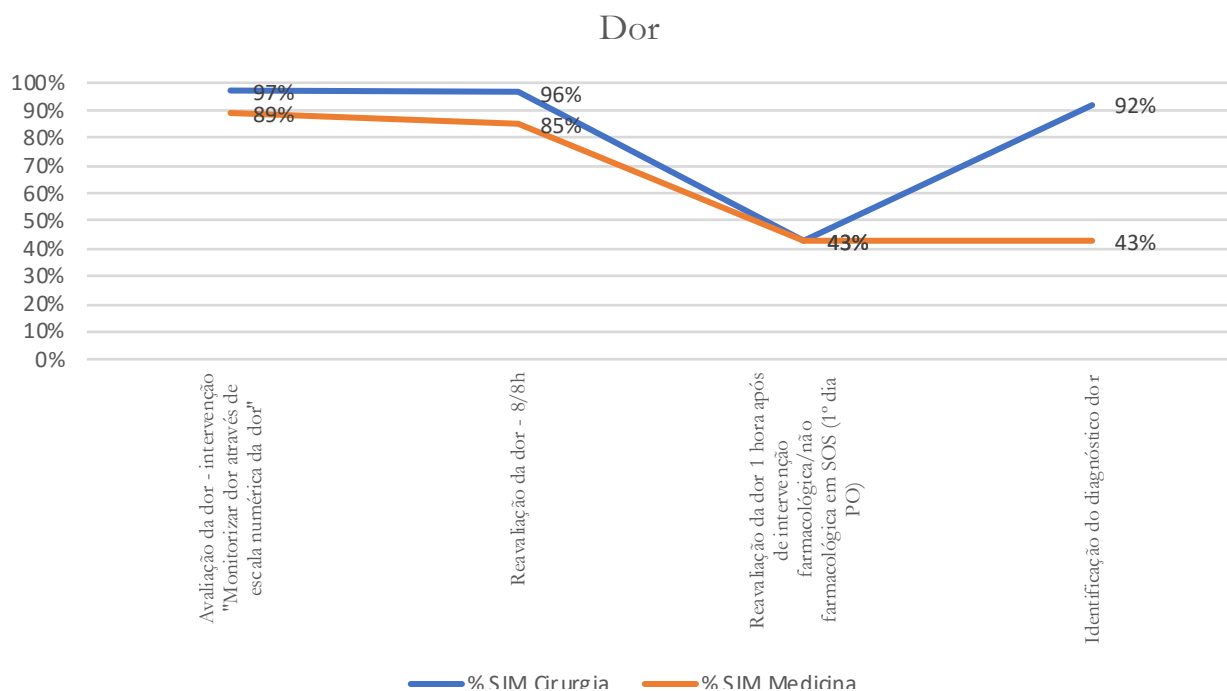


Figura 26 – Análise do indicador – Dor – Cirurgia vs Medicina

O que já não é visível, nem na medicina, nem na cirurgia, e que se revela como fundamental neste tema, é a reavaliação da dor uma hora após a implementação de medidas de alívio da dor, quer sejam farmacológicas ou não farmacológicas, ou seja, não é visível se as intervenções tiveram um efeito positivo/negativo, e se os profissionais de saúde agiram em conformidade, ou seja, de acordo com os critérios de qualidade estabelecidos pela instituição.

Indo de encontro à análise dos indicadores, falta a avaliação da satisfação dos clientes, visto ser considerado um elemento fundamental na avaliação da qualidade em saúde (Xesfingi e Vozikis, 2016). Todo o utente apresenta uma determinada expectativa em relação a um serviço prestado e uma perceção da prestação dos cuidados realizados após a experiência do internamento, sendo este denominado: satisfação do utente. Este critério é avaliado trimestralmente pela JMS.

Através dos resultados do inquérito ao cliente CUF, documento fornecido pela instituição, que avalia a satisfação global com a instituição no que diz respeito ao atendimento em geral, à probabilidade de recorrer novamente à CUF e se recomendaria a familiares e amigos. As respostas apresentam uma amostra de 32% (8736) do total de inquéritos enviados (27320), em que podemos discutir algumas ideias em relação a este tema. Cerca de 13% deste total, dizem respeito ao HCP, sendo esta satisfação avaliada pelo *Net Promoter Score* (NPS). Este conceito é uma das formas de avaliação da disposição dos clientes para recomendar determinado produto ou instituição, tendo sido iniciado por Fred Reichheld em 2003, e evidencia-se como um método de avaliação da experiência dos clientes, fornecendo dados oportunos às instituições. Divide em três categorias o nível de recomendação do produto/instituição, entre eles de 0 a 6, os detratores, entre 7 e 8, os passivos e entre 9 e 10 os promotores (Laitinen, 2018). No internamento do HCP, e concretamente tendo em conta a categoria dos enfermeiros, estes encontram-se no nível 9, o que evidencia um grau de satisfação elevado. A valorização pela opinião que os utentes detêm tem vindo a crescer e influencia consistentemente a qualidade da prestação de cuidados de saúde, na medida em que é através destas opiniões que é possível detetar problemas e consequentemente, possíveis intervenções para a sua melhoria. Daí a importância do conhecimento sobre a satisfação dos utentes na qualidade em saúde, para qualquer organização e ter sido um dos alvos deste estudo.

CAPÍTULO IV - CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E PERSPETIVAS DE ESTUDOS FUTUROS

Neste último capítulo, pretendemos expor as principais conclusões deste estudo, tendo por base as questões iniciais propostas e o mote da problemática em estudo, ou seja, averiguar se existe uma relação entre conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros do internamento e a gestão do mesmo serviço. Neste sentido, consideramos oportuno, ir de encontro aos nossos objetivos inicialmente propostos e questão de investigação enunciada. Pretendemos da mesma forma abordar as limitações ao longo do estudo e expor novas propostas de inclusão em estudos futuros.

O tema deste trabalho evidenciou-se um desafio, na medida em que se trata de um estudo de natureza subjetiva em Enfermagem e consequentemente a nível de gestão. No entanto, tentamos apresentar uma perspetiva integrada da qualidade em saúde neste serviço de internamento, no sentido de contribuir para uma visão global de como este conceito é abordado pelos profissionais nele inseridos e de que forma isso pode influenciar a sua gestão. Segundo o referencial teórico, vários estudos demonstram que a qualidade dos cuidados de saúde é significativamente melhorada pela aplicação de indicadores e sistemas de qualidade (Hickey *et al.*, 2004).

Indo de encontro ao estado de arte dos indicadores implementados neste serviço, podemos referir que estes ainda são reduzidos relativamente aos verificados na literatura, e que poderão ser introduzidos mais alguns nesta lista de avaliação, indo por exemplo ao encontro de alguns utilizados neste estudo. Relativamente a perceção que os enfermeiros deste serviço apresentam da qualidade e dos indicadores em geral, podemos referir que apresentam uma relação positiva no que diz respeito ao conhecimento em geral, não apresentando dúvidas relativamente aos que maioritariamente são avaliados no IGP4, e os que consideram menos tidos em conta para avaliação (Tabela 5).

Quais os indicadores de qualidade em saúde que são avaliados no IGP4?	SIM	NÃO	% SIM
Classificação dos doentes por dependência	11	24	31%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de úlcera de pressão	33	2	94%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Avaliação de Diagnóstico de Dor	30	5	86%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de queda	32	3	91%
Taxa de efetividade na prevenção de quedas	24	11	69%
Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão	24	11	69%
Taxa de efetividade no controlo da dor	21	14	60%
Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem relativamente, à implementação de intervenções que fomentam o conhecimento e capacidades – ensinos	20	15	57%

Tabela 5 – Percentagem indicadores avaliados no IGP4 – percepção dos enfermeiros

De forma a conseguirmos obter uma resposta para a forma como os indicadores são implementados pelos enfermeiros neste serviço, optamos por dar uma explicação através do cálculo de cada indicador, com base no seu bilhete de identidade, que de acordo com a extração de dados da análise dos processos fechados da *Glint*, podemos concluir a taxa de implementação dos indicadores pelos enfermeiros nos sistemas de informação, como é visível na tabela 6. Optamos nesta fase em agregar os dados da cirurgia e da medicina, de forma a tentar obter uma visão do serviço como um todo e não de cada uma das especialidades.

<u>Indicadores</u>	Regra de Cálculo do indicador	SIM	NÃO	% SIM
Classificação dos Clientes por dependência - Taxa de doentes com diagnóstico em grau elevado para o autocuidado e higiene	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com diagnósticos de Enfermagem autocuidado: higiene em grau elevado identificado <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem autocuidado: higiene identificado	25	294	8%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico úlcera de pressão (admissão)	<u>Numerador (A):</u> <u>Número de clientes com</u> documentação e implementação da intervenção: “Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala de <i>Braden</i>” <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de úlcera de pressão identificado	247	311	79%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico úlcera de pressão (2 em 2 dias)	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com documentação e implementação da intervenção: “Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala de <i>Braden</i>” <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de úlcera de pressão identificado	303	311	97%

Taxa de documentação e implementação do diagnóstico queda (admissão)	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com documentação e implementação da intervenção: “Monitorizar risco de queda através de escala de <i>Morse</i>” <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de queda identificado	249	312	80%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico queda (5 em 5 dias)	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com documentação e implementação da intervenção: “Monitorizar risco de queda através de escala de <i>Morse</i>” <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de queda identificado	305	312	98%
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico dor	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com documentação e implementação da intervenção de 8/8h: “Monitorizar dor através de escala numérica” <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem dor identificado	299	260	115%
Taxa de efetividade na prevenção de queda	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com “alto risco de queda”, sem ocorrência de queda notificada <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “alto risco de queda” identificado	245	245	100%
Taxa de efetividade na prevenção da úlcera de pressão	<u>Numerador (A):</u>	29	4	88%

	Número de clientes com “alto risco de úlcera de pressão”, sem ocorrência de úlcera de pressão notificada <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “alto de risco úlcera de pressão” identificado			
Taxa de efetividade no controlo da dor	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com monitorização após uma hora da escala numérica da dor, depois da implementação de intervenção de alívio da dor (farmacológica/não, farmacológica) <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “dor” identificado	12	260	5%
Taxa de ganhos em conhecimento sobre prevenção da queda	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com mudança de status positivo a nível de défice de conhecimento sobre queda <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes que apresentam défice de conhecimento sobre queda	12	207	6%
Taxa de ganhos em conhecimento sobre prevenção da úlcera de pressão	<u>Numerador (A):</u> Número de clientes com mudança de status positivo a nível de défice de conhecimento sobre úlcera de pressão <u>Denominador (B):</u> Número total de clientes que apresentam défice de conhecimento sobre úlcera de pressão	3	21	14%

Tabela 6 – Cálculo dos indicadores com base no bilhete de identidade (Cirurgia e Medicina)

De acordo com estes dados podemos verificar que a taxa de efetividade na prevenção da queda é de 100%, ou seja, revela a não existência de quedas referenciadas no suporte informático Glint. No entanto, como referido anteriormente, através do sistema de reporte de eventos adversos, analisamos o número de quedas que foram reportadas no mesmo e não vai de encontro ao documentado pelos enfermeiros, pelo que podemos concluir que os enfermeiros efetuam o registo na plataforma de gestão de risco, mas não agem em conformidade ao registar na *Glint*, visível este facto através da existência de quatro quedas em Março no IGP4, reportadas nesta plataforma de gestão de risco. Já relativamente às úlceras de pressão, os dados verificam consonância nos registos, ao ser apresentada a aquisição de uma úlcera de pressão no internamento.

Poderá ser uma proposta de análise também para estudos futuros, visto haver uma necessidade de correspondência entre estas duas bases de registo e pelo facto de potenciarem uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o que não foi verificado neste estudo. Isto porque é através destes suportes que é possível a existência de avaliação e continuidade dos cuidados, de um suporte legal dos cuidados prestados e que funcione como facilitadores do processo de gestão (Fernandes e Tareco, 2016).

No sentido de apurar o impacto que o conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros representa na melhoria da qualidade do internamento IGP4, optamos por fazer uma comparação entre o que foi questionado a nível dos indicadores avaliados no IGP4 e o resultado da evidência da implementação dos indicadores de qualidade nos sistemas de informação, que é visível na tabela 6. Pensamos com este gráfico obter uma perceção global, pretendendo responder à questão de investigação, ao apresentar a relação entre o conhecimento dos indicadores de qualidade, extraídos do questionário e a visão global da monitorização destes por parte dos enfermeiros obtidos pelo cálculo de cada indicador estabelecido (Figura 27).

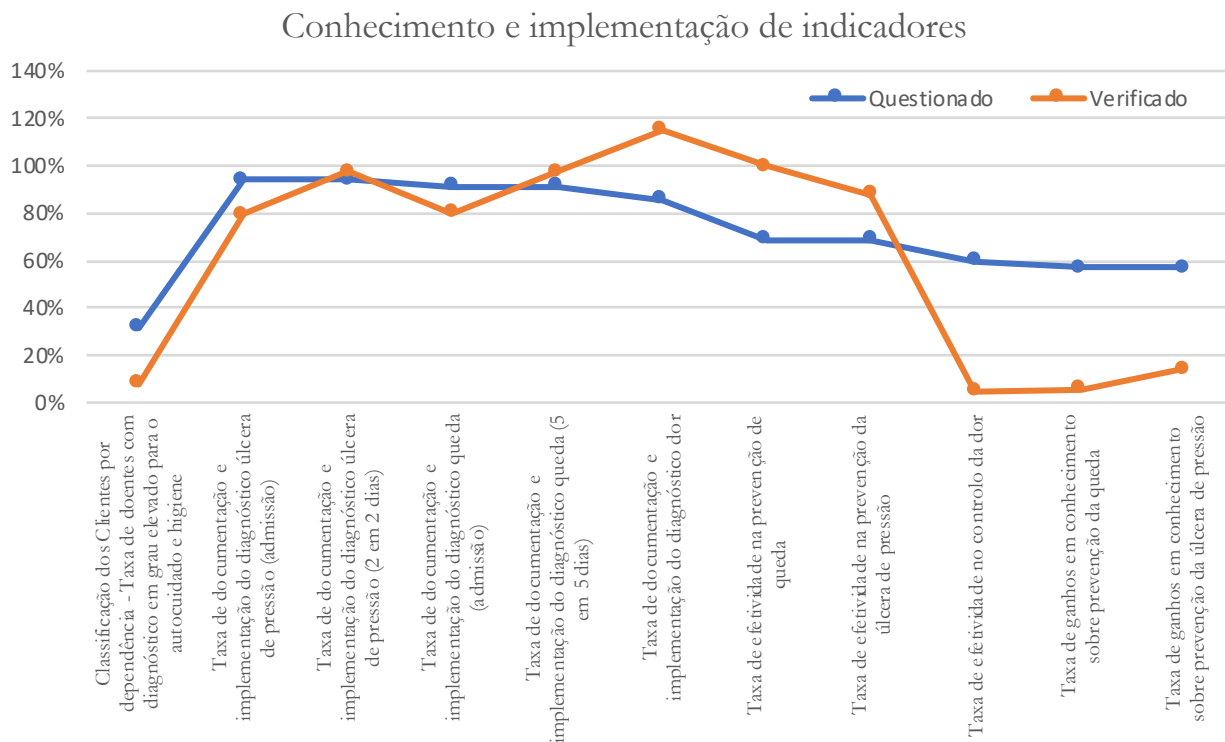


Figura 27 – Análise da comparação entre os indicadores questionados aos enfermeiros e os implementados pelos enfermeiros

Ao observarmos este último gráfico, ficamos com a perceção que a taxa de documentação e implementação dos diagnósticos úlcera de pressão, queda e dor apresentam valores bastante satisfatórios que são alvo de atenção por parte dos enfermeiros e que vão de encontro às suas expectativas visíveis no questionário. A taxa de efetividade na prevenção da queda e da úlcera de pressão também são razoáveis, e na mesma instância vão de encontro ao questionado aos enfermeiros. Quando falamos de taxa de efetividade do controlo da dor e na percentagem de ganhos em conhecimento, quer na úlcera de pressão, quer na queda, os resultados já não são tão uníssonos, verificando-se uma diferença entre o questionado e o que realmente é verificado através da avaliação dos indicadores.

Importa referir que é através do desenvolvimento de indicadores rigorosos e baseados em evidência, e do seu estudo, que se pode aferir o alcance dos objetivos de cada serviço/instituição (D’Innocenzo *et al.*, 2006; Santos e Rennó, 2003 Cit. Por Fernandes e Tareco, 2016; Kotter *et al.*, 2012). Ao descreverem a estrutura, processo e resultado dos cuidados de saúde em cada instituição, os indicadores, podem ser utilizados em *benchmarkings*,

que funcionam muitas vezes como ponto de partida para a melhoria da qualidade (Iliffe *et al.*, 2016). Através destes, e por serem uma medida de desempenho, é possível a avaliação da obtenção de resultados de qualidade de um serviço, relacioná-las com padrões nacionais e internacionais, para que seja possível um alcance de excelência na prestação de cuidados. E tendo por base esta ideia, pensamos que podemos realizar uma relação entre o conhecimento dos indicadores e o fenómeno da gestão, a questão fundamental deste estudo. É através destes dados que existe a possibilidade de os gestores adquirirem informações e ao mesmo tempo alterar comportamentos, se necessário, de forma a atingir os objetivos propostos (Fernandes e Tareco, 2016). Os mesmos autores, defendem que a utilização de indicadores, poderá potenciar medidas de melhoria, nomeadamente: *“maior reconhecimento, respeito profissional, equipas melhor informadas, menor tempo de internamento, melhor gestão de recursos materiais, aumento da satisfação do utente e família”* (Pág. 42). Referem que estas condições podem contribuir para uma otimização orçamental dos custos da instituição e do SNS. Ou seja, o conhecimento dos indicadores de qualidade por parte dos profissionais de saúde de um serviço e a sua implementação pode influenciar significativamente a gestão do mesmo. Medidas de melhoria, como é o caso da implementação de indicadores, podem potenciar a prestação de melhores cuidados ao menor custo (OCDE, 2017). Estas questões vão de encontro à nossa questão de investigação, respondendo-a de forma clara.

Como seria previsível, este estudo, apresenta algumas limitações, a saber, o tamanho da amostra, uma vez que tem em conta apenas os elementos de um serviço do hospital que apresenta particularidades, não podendo de todo ser aplicadas genericamente a todo o hospital em questão. Esta questão não foi alargada aos restantes serviços, dada a restrição no tempo estabelecido para a realização do mesmo.

Outra questão que nos surge como limitação é o facto de ter havido a necessidade de abandonar o estudo de alguns indicadores pré-estabelecidos, como é o caso da taxa de infeção nosocomial associada à presença de cateter urinário e à ferida cirúrgica (ANEXO 8), que a nível institucional requeriam maior número de autorizações e de necessitar de englobar outros profissionais de saúde nomeadamente a classe médica e que não foi possível executar devido a timings definidos para a elaboração deste estudo, mas que poderão ser estudados futuramente.

A forma de análise da satisfação dos clientes evidencia-se como outra limitação, uma vez que foram apenas analisados dados relativos a 2017, com base nos resultados já divulgados pela instituição e não num período referente ao primeiro trimestre de 2018. Uma

das estratégias a utilizar em estudos futuros, seria a aplicação de questionários de satisfação aos clientes, de forma a ser possível uma comparação mais fidedigna e não apenas uma explanação de resultados.

Outra sugestão de projeto futuro, e que inicialmente tínhamos posto em consideração, era a implementação neste serviço de um painel de tecnologia da informação em saúde, com base nos indicadores de qualidade baseados em evidência, como forma de fomentar a eficiência, a precisão, o atendimento ao cliente e consequentemente uma prestação de cuidados com qualidade.

Em conclusão, consideramos importante, que diariamente, os nossos líderes e gestores pratiquem valores e fomentem o desenvolvimento de competências fundamentais no princípio da qualificação, tendo por base a visão, missão, objetivos e estratégias da instituição. É essencial na construção de produtos e serviços, quer tangíveis ou intangíveis, para que seja possível a aplicação de princípios de melhoria contínua com base na inovação, exista um foco nas necessidades dos clientes e na realidade do mercado (Dahlgard *et al.*, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida (2013) – Atlas de Oportunidade - Benchmarking: Ficha de País: Reino Unido. Healthy'n Portugal, AEP, http://www.healthyn.pt/Images/Documentos/Benchmarking_Reino_Unido.pdf, acedido em 12 Dezembro 2017.

Alves, E. C., *et al.* (2016). Um Novo Modelo de Acesso à Inovação em Saúde Baseado em Resultados. The Boston Consulting Group (BCG).

António, S., Teixeira, A. (2007). *Qualidade perspectivas históricas. Gestão da Qualidade: De Deming ao modelo de excelência da EFQM* (Cap. 2, pp. 27-40). Lisboa: Edições Sílabo.

Bell, J. (2004). *Como realizar um projecto de investigação* (3ª edição). Lisboa: Gradiva.

Berta, P., *et al.* (2016). "The association between asymmetric information, hospital competition and quality of healthcare: evidence from Italy." *Journal of the Royal Statistical Society Series A-Statistics in Society* **179**(4): 907-926.

Boto, P., *et al.* (2008). "Acreditação, benchmarking e mortalidade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Volume Temático (7): 103-116.

Caldana *et al.* (2013). "Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado". *Revista Eletrónica de Enfermagem*. 15(4):915-22.

Campos, L. *et al.* (2010) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa: Cembe.

Dahlgaard, J. J., *et al.* (2011). "Quality and lean health care: a system for assessing and improving the health of healthcare organisations." *Total Quality Management & Business Excellence* **22**(6): 673-689.

Decreto Lei nº 134/2004 de 8 de Junho. "Diário da República I Série - A", p. 3614-3619. Ministério da Economia. Lisboa, <https://dre.pt/pesquisa/-/search/278973/details/maximized> acedido em 1 Dez. 2017.

Decreto Lei nº 126/2014 de 22 Agosto. “Diário da República 1ª série nº 161” P. 4400-4416. Ministério da Saúde. Lisboa, <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/pesquisa%20tese/documentos%20net/decreto%20lei%20ERS.pdf> acedido em 1 Dezembro 2017.

Despacho nº 5613/2015 de 27 de Maio. “Diário da República 2ª série nº 102” P. 13550-13553. Ministério da Saúde. Lisboa, file:///C:/Users/Utilizador/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/i021877.pdf, acedido em 3 Janeiro 2018.

Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde (2011) – Estratégias para a Saúde: Eixos Estratégicos – Qualidade em Saúde. Plano Nacional de Saúde 2011-2016, http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2011/02/qs_18-03-2011.pdf, acedido em 29 Novembro 2017.

Direção Geral de Saúde, Ministério da Saúde (2017). Bilhete de identidade dos indicadores dos cuidados de saúde primários para o ano de 2017, https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/04/bilhete_identidade_indicadores_contratualizacao_2017.pdf, acedido em 20 Janeiro 2018.

Direção Geral de Saúde (2016). Semântica da informação em saúde 2016, <https://www.dgs.pt/documentos-e.../semantica-da-informacao-em-saude-2016-pdf.asp>, acedido em 20 Janeiro 2018.

Donabedian, A. (1988). “The quality of care – How can it be assessed?”. *American Medical Association* 260 (12): 1743-1748.

Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 114 (11), 1115-1118.

Donabedian, A. (2003). “An Introduction to Quality assurance in Health Care”. New York: Ed. by Bashshur, R., Oxford University Press.

- Fernandes, S., Tareco, E (2016). “Sistemas de informação como indicadores de qualidade na saúde. Uma revisão de níveis de abordagem. *Revista ibérica de sistemas e tecnologias de informação* (19): 32-45.
- Ferreira, P. L. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista crítica de ciências sociais* (33): 93-112.
- Fortin, M.F. *et al.* (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. F. (2003) – *O processo de investigação: da concepção à realização*. 3.^a ed. Loures: Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2009) – *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Giovanella, L., (2016). “Austeridade no Serviço Nacional de Saúde Inglês: fragmentação e mercantilização – exemplos para não seguir”. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro.
- Giraldes, M. D. (2008). "Efficiency versus quality in the NHS, in Portugal". Methodologies for Evaluation." *Acta Medica Portuguesa* 21(5): 397-410.
- Hickey, A. *et al.* (2004). “Using clinical indicators in a quality improvement programme targeting cardiac care”. *Int J Qual Health Care*, 16 (1), i11-i25.
- Illiffe, S., *et al.* (2016). "Improving palliative care in selected settings in England using quality indicators: a realist evaluation." *Bmc Palliative Care* 15: 9.
- Imperatori, E. (1999) – *Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde: glossário*. Lisboa: Edinova.
- Internacional Council Of Nurses (2010) – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE®*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Institute of Medicine (2000) – *To err is human: building a safer health system*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>, acessado em 15 Outubro 2017.

Institute of Medicine (2001) - Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, D.C. Institute of Medicine, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>, acessado em 15 Outubro 2017.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (1993). The measurement mandate: On the road to performance improvement in health care. Chicago: JCAHO Editions.

Joint Commission International (2014). Padrões de Acreditação da Join Commission International para Hospitais. Incluindo padrões de hospital de centro médico acadêmico. 5ª Ed. EUA, <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/pesquisa%20tese/documentos%20net/ACREDITAÇÃO%20JCI,%202014.pdf>, acessado em 20 Dezembro 2017.

Joint Commission International (2017). Joint Commission International Survey Process Guide for Hospitals. Including Academic Medical Center Hospitals. USA: 6th Edition.

José de Mello Saúde (2013). Glint: Ficha de Indicadores – Enfermagem. Serviços de Consultadoria e de implementação de software. Versão EPR-E.

José de Mello Saúde (2016) – Relatório da qualidade e segurança clínica, <http://www.jmsrelatoriosanuais.pt/wp-content/uploads/2017/05/Relatorio-Qualidade-e-eguran%C3%A7a-Cl%C3%ADnica-JMS-2016.pdf>, acessado em 29 Novembro 2017.

Kotter, T., *et al.* (2012). "Methods for the guideline-based development of quality indicators- a systematic review." *Implementation Science* (7): 22.

Laitinen, M. A. (2018). "Strategic Planning and Assessment." *Journal of Library Administration* 58(4): 394-406.

Mainz, J. (2003). Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *International Journal of Quality in Health Care*, (15) 6: 523-530.

Mezomo, J.C. (2001). *Gestão da qualidade na saúde: Princípios básicos*. São Paulo: Manole.

Neumann, M. *et al.* (2011), “Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents”, *US National Library of Medicine National Institutes of Health*, 86(8):996-1009.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2015) - OECD Reviews of Health Care Quality Portugal Raising standards, <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/pesquisa%20tese/documentos%20net/OCDE%20PORTUGAL,%202015%20-%20Review-of-Health-Care-Quality-Portugal-Executive-Summary.pdf>, acedido em 1 Dezembro 2017.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2016) - OECD Reviews of Health Care Quality United Kingdom Raising standards <file:///C:/Users/Utilizador/Desktop/pesquisa%20tese/inglaterra/OCDE%20inglaterra.pdf>, acedido em 1 Dezembro 2017.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017) – Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality, <http://www.oecd.org/health/caring-for-quality-in-health-9789264267787-en.htm>, acedido em 12 Novembro 2017.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE) (2017) – Health spending, <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>, acedido em 4 Fevereiro 2018.

Oliveira, M. D. and Pinto C. G (2015). “Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience”. *Health Economics* (14): S203–S220.

Ordem dos Enfermeiros (2004) – Quadro de Referência para a construção de Indicadores de qualidade e produtividade na Enfermagem. *Suplemento da Revista: Ordem dos Enfermeiros*, nº13 Lisboa, p. 2-8.

Ordem dos Enfermeiros (2007) – Sistema de Informação de Enfermagem (SIE): Resumo mínimo de dados e core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, p. 1-16.

Pereira, F. M. S. (2007) - Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem. Tese de Doutoramento - Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Pires, A. (2007). *Qualidade: Sistemas de gestão da qualidade* (3 Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Vilelas, José (2009) - *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.

WHO (2003) - Quality and accreditation in health care services- A global review, http://www.who.int/hrh/documents/en/quality_accreditation.pdf, acedido em 22 Outubro 2017.

WHO (2006)– Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006, http://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf, acedido em 2 Dezembro 2017.

Schall, M. C., *et al.* (2017). "Usability Evaluation and Implementation of a Health Information Technology Dashboard of Evidence-Based Quality Indicators." *Cin-Computers Informatics Nursing* **35**(6): 281-288.

Xesfingi, S. and A. Vozikis (2016). "Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors." *Bmc Health Services Research* **16**: 7.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário

Questionário - O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão do internamento de um hospital privado

Muito obrigada pela sua colaboração!

Alguma dúvida/sugestão contacte: isabel.cerqueira@jmellosaude.pt

***Obrigatório**

Endereço de email *

O seu email



Este questionário encontra-se inserido no âmbito de um estudo no Mestrado de Gestão e Economia de Cuidados em Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Pretende-se com o mesmo, uma recolha de informação relativamente às perceções que os enfermeiros do Internamento de um Hospital Privado, apresentam relativamente ao conceito de qualidade em saúde, bem como da sua avaliação no serviço.

Importante referir a importância das respostas neste âmbito, sendo a sua colaboração extremamente importante.

O questionário envolve parâmetros de ordem sociodemográfica bem como questões no âmbito de perceções e conhecimento acerca da qualidade em saúde, sendo os dados apenas usados para investigação.

Preencha o questionário acerca da qualidade em saúde e satisfação profissional, tendo em conta a denominação de

- ✓ Concordo plenamente – 5
- ✓ Concordo – 4
- ✓ Não concordo, nem discordo – 3
- ✓ Discordo – 2
- ✓ Discordo totalmente – 1

No questionário deverá seleccionar apenas uma opção.

Obrigada pela atenção dispensada!

1. Caracterização Sociodemográfica

1.1 Idade *

20-30 anos
31-40 anos
>40 anos

1.2 Género *

Feminino
Masculino

1.3 Tempo de exercício profissional *

1-3 anos
4-7 anos
8-10 anos
>10 anos

1.4 Tempo de exercício profissional no Grupo José Mello Saúde *

1-3 anos
4-7 anos
8-10 anos
>10 anos

1.5 Tempo de serviço profissional no IGP4 *

1-3 anos

4-7 anos

8-10 anos

>10 anos

1.6 Habilitações académicas/profissionais *

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

Pós-graduação

Outro

1.7 Tipo de relação laboral *

Contrato individual de trabalho

Trabalhador por conta própria (recibo verde)

2. Perspetiva face à qualidade em Saúde no IGP4

Responda apenas a uma opção, tendo em conta a seguinte classificação: Concordo plenamente (5); Concordo (4); Não concordo, nem discordo (3); Discordo (2); discordo totalmente (1). Grau de concordância relativa às seguintes questões:

Grau de concordância relativa às seguintes questões no IGP4	5	4	3	2	1
Está definida uma política de qualidade em Saúde					
A melhoria contínua da qualidade é uma prioridade					
Considero fulcral a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde					
A direção está ativamente envolvida nos projetos de qualidade					
Os profissionais de saúde conhecem a Política de Qualidade da instituição					
Conheço a política da qualidade do Hospital					
Existe uma monitorização da qualidade dos serviços					
Existe um planeamento estratégico de gestão da qualidade					
Estou consciente do meu contributo para a qualidade do serviço a que pertença/onde exerço funções					
Os profissionais de saúde participam nos projetos de qualidade implementados					
Existe um sistema de gestão da qualidade					
Existem objetivos da qualidade					

Conheço os objetivos para a qualidade do serviço					
Os objetivos da qualidade são divulgados dentro da instituição					
Existe um manual da qualidade					
O manual da qualidade é divulgado dentro da instituição					
Existem procedimentos escritos para o controlo da qualidade dos materiais, produtos e serviços					
É avaliado o nível de satisfação dos profissionais de saúde					
É avaliado o nível de satisfação dos doentes					
Existe formação em qualidade para os profissionais					
A qualidade dos serviços é avaliada regularmente					
Existe divulgação e publicação dos resultados da qualidade					

3. Perspetiva face à avaliação da qualidade em Saúde no IGP4: indicadores de qualidade

3.1 Quais são os indicadores de qualidade em saúde que conhece? *

Assinale com um "X" no "Sim" as opções que mais se adequam à sua resposta e com um "X" no "Não" as que não considera relevantes. Indicadores:

Indicadores de qualidade gerais	SIM	NÃO
Classificação dos doentes por dependência		
Satisfação dos enfermeiros		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de úlcera de pressão		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Avaliação do Diagnóstico de Dor		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de queda		
Taxa de efetividade na prevenção de quedas		
Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão		
Taxa de efetividade no controlo da dor		
Taxa de infeção nosocomial: infeções urinárias associadas a algáliação, respiratórias associadas a ventilador e ferida cirúrgica		
Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem relativamente à implementação de intervenções que fomentem o conhecimento e capacidades – ensinos		

Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem		
---	--	--

3.2 Quais os indicadores de qualidade em saúde que são avaliados no IGP4? *

Assinale com um “X” no "Sim" as opções que mais se adequam à sua resposta e com um "X" no "Não" as que não considera relevantes. Indicadores:

Indicadores de qualidade IGP4	SIM	NÃO
Classificação dos doentes por dependência		
Satisfação dos enfermeiros		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de úlcera de pressão		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Avaliação do Diagnóstico de Dor		
Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Risco de queda		
Taxa de efetividade na prevenção de quedas		
Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão		
Taxa de efetividade no controlo da dor		
Taxa de infeção nosocomial: infeções urinárias associadas a algáliação, respiratórias associadas a ventilador e ferida cirúrgica		
Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem relativamente à implementação de intervenções que fomentem o conhecimento e capacidades – ensinos		
Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem		

4. Satisfação dos enfermeiros

Responda apenas a uma opção, tendo em conta a seguinte classificação: Concordo plenamente (5); Concordo (4); Não concordo, nem discordo (3); Discordo (2); discordo totalmente (1). Grau de concordância relativa às seguintes questões:

Grau de satisfação profissional dos enfermeiros no IGP4	4	3	2	1
Existe definição de competências e responsabilidades entre os diferentes profissionais				

Existe liberdade de tomada de decisão				
A disponibilidade de meios/equipamento/espço físico é adequado à realização da prestação de cuidados				
Organização geral do serviço				
Linhas de orientação/protocolos no IGP4				
Estabilidade da equipa do IGP4				
Equipa de enfermagem do hospital				
Cooperação e a colaboração entre enfermeiros				
Existe disponibilidade da chefia sempre que solicitado				
Existe oportunidade de formação continua				
Existe oportunidade de desenvolvimento profissional na carreira				
Sou reconhecido pelos órgãos de gestão				
Prestação de cuidados de saúde com qualidade				
Respeito na forma como os enfermeiros são tratados na instituição				
Os meus valores vão de encontro aos da instituição				
Como considero o ambiente organizacional				
Número de doentes por enfermeiro (rácio) é adequado para garantir a qualidade da prestação de cuidados				
Sinto que o que recebo é justo pelo trabalho que desempenho				
Reconhecimento no trabalho				
Orgulho em ser enfermeiro				
Entusiasmo com o meu trabalho				
Eu estou a ficar menos interessado no meu trabalho desde que comecei a trabalhar				
Se hoje tivesse oportunidade de escolha, optaria pela mesma profissão				

Muito obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 2
Bilhete de identidade indicadores

Bilhete de identidade indicadores (*Adaptado de JCI, Survey process Guide for Hospitals, 2017*)

✓ **Estrutura**

<i>Classificação dos clientes por dependência - Taxa de doentes com diagnóstico em grau elevado para o Autocuidado: Higiene</i>	
Denominação:	Grau de dependência a nível do autocuidado: Higiene, que os clientes evidenciam no Internamento geral de Adultos no HCP
Quando?	Março de 2018
Local de monitorização:	Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador:	Indicador de estrutura
Justificação:	O autocuidado engloba as intervenções desempenhadas pelos indivíduos, que permitem a manutenção da sua vida, saúde e bem-estar, pelo que é uma condição influenciadora da prestação de cuidados com eficiência e que poderá influenciar a qualidade da prestação dos mesmos, tratando-se de intervenções que estão no domínio da área da Enfermagem. Autocuidado define-se como uma “ <i>Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas da atividade de vida diária</i> ” (ICN, 2010, pág. 41). O autocuidado higiene é um dos fenómenos de Enfermagem que pode ser preditivo do grau de dependência dos doentes, daí a necessidade de averiguar o grau de dependência dos mesmos no Internamento IGP4.
Regras de cálculo:	Numerador (A): Número de clientes com diagnósticos de Enfermagem autocuidado: higiene em grau elevado identificado Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem autocuidado: higiene identificado
Método:	retrospetivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> , e tendo em conta uma amostragem de clientes de clientes saídos no mês de março de 2018, averiguar a evidência da identificação do diagnóstico autocuidado: higiene em grau elevado, através da análise de processos fechados. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).
Inclui:	apenas neste indicador vai ser realizada uma distinção entre clientes de medicina e cirurgia
Exclui:	Doentes com diagnóstico de autocuidado: higiene em grau reduzido e moderado identificado

<i>Satisfação dos enfermeiros</i>
Denominação: Grau de satisfação dos enfermeiros do internamento geral de adultos do HCP
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de estrutura
Justificação: as organizações de saúde estão em contínua mudança, detetando-se uma dinâmica organizacional complexa. É neste contexto também, que estão inseridos os enfermeiros, que se evidenciam como um dos pilares da prestação de cuidados de saúde, sendo os elementos fundamentais para o sucesso das organizações e para a criação da qualidade em saúde. Importa neste sentido, saber o grau de satisfação dos enfermeiros, uma vez que a atitude dos mesmos, influencia significativamente as atividades dos mesmos e que, consequentemente, afeta o estado de arte da qualidade em saúde de um serviço e de um hospital.
Método: Realizado através de questionário aos profissionais de enfermagem que englobam o Internamento geral de adultos, para uma recolha de dados mais rápida e mais simples, usando uma base eletrónica/on-line, como forma de implementação do questionário.

✓ Processo

<i>Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Úlcera pressão</i>
Denominação: taxa de documentação e implementação do diagnóstico que engloba o risco de úlcera de pressão com base na sua prevenção, nos clientes do Internamento geral de Adultos no HCP.
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de processo
Justificação: as úlceras de pressão, podem muitas vezes, ser prevenidas pelos enfermeiros através da prestação de cuidados de qualidade. Trata-se de um foco fundamental na área hospitalar, visto serem feridas crónicas que poderão causar sofrimento, e poderão ser responsáveis pelas hospitalizações prolongadas, entre outras consequências, aumentando provavelmente, os custos que daí advêm. Entenda-se por úlcera de pressão, “ <i>Dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada</i> ” (ICN (2010), pág. 79). É neste sentido que é importante a sua prevenção, e daí a importância da identificação deste diagnóstico e das intervenções

que lhe estão inerentes, nomeadamente a monitorização da escala de <i>Braden</i> no momento de admissão e de 2 em 2 dias conforme protocolo hospitalar, de forma a tentar colmatar este evento. Torna-se importante verificar se as intervenções no âmbito da Enfermagem, estão identificadas consoante o status identificado.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com documentação e implementação da intervenção: “Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala de braden” Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de úlcera de pressão identificado
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> , e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a evidência da identificação do diagnóstico risco de úlcera de pressão e se este, está associado à monitorização da escala de Braden. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

<i>Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Queda (Prevenção)</i>
Denominação: taxa de documentação e implementação do diagnóstico que engloba o risco de queda com base na sua prevenção, nos clientes do Internamento geral de Adultos no HCP.
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de processo
Justificação: a prevenção das quedas evidencia-se como elemento fundamental no contexto hospitalar a nível da segurança do cliente. A queda, considerado como um evento adverso frequentemente notificado, pode ser muitas vezes evitado, de forma a minimizar consequências quer para o cliente a nível físico e psicológico, bem como para a contenção de custos que estas mesmas acarretam para os hospitais. É neste sentido que é importante a sua prevenção, através da monitorização da escala de Morse no momento da admissão e posteriormente de 5 em 5 dias, consoante protocolo hospitalar. Torna-se importante verificar se as intervenções no âmbito da Enfermagem, estão identificadas consoante o status identificado.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com documentação e implementação da intervenção:

“Monitorizar risco de queda através de escala de Morse” Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem risco de queda identificado
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a evidência da identificação do diagnóstico risco de queda e se este, está associado à monitorização da escala de Morse. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

<i>Taxa de documentação e implementação do diagnóstico: Dor</i>
Denominação: taxa de documentação e implementação do diagnóstico: dor nos clientes do Internamento geral de Adultos no HCP. Considerados todos os clientes que apresentem a monitorização da escala de numérica da dor de 8/8h
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de processo
Justificação: a dor, considerado como o 5º sinal vital, tem uma influência importantíssima na forma como o cliente vivencia a experiência dos cuidados de saúde, bem como o alívio da mesma, sendo um dos sintomas mais frequentes a nível hospitalar. Torna-se desta forma, imperativo o controlo e alívio da mesma, sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde esta intervenção. Esta ação pode ter repercussões acentuadas a nível da prestação de cuidados de saúde e da qualidade dos mesmos, daí a importância da sua avaliação. Compreende-se que a dor é o <i>“Aumento da sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tônus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto visual, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite”</i> (ICN, pág. 50).
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com documentação e implementação da intervenção de 8/8h: “Monitorizar dor através de escala numérica” Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem dor identificado
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> averiguar a evidência da identificação do diagnóstico dor e se este está associado à intervenção “Monitorizar dor através de escala numérica”. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

Através do sistema de informação *Glint* e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a evidência da identificação do diagnóstico dor e se este, está associado à monitorização da escala de dor de 8/8h. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

✓ Resultado

<i>Taxa de efetividade na prevenção de Queda</i>
Denominação: taxa de efetividade na prevenção de quedas, em clientes com alto risco de queda do Internamento geral de Adultos no HCP. Apresenta como principal objetivo averiguar a capacidade de prevenção da queda, após ter sido identificado o “alto risco de queda”, ou seja, avaliar a percentagem de utentes com alto risco de queda e que não apresentaram queda. Descrição: Relação entre o número de doentes com alto risco de queda identificado desde a entrada no serviço e sem evidência de queda. Indica a percentagem de utentes sem queda com risco prévio documentado
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de resultado
Justificação: Em contexto hospitalar, as quedas são o incidente mais reportado, e fundamentam um indicador de qualidade da prestação de cuidados e uma fundamentação para a segurança do doente. Dependem das características do doente e das organizações de saúde, bem como da qualidade da prestação de cuidados. Ao surgir uma queda, ocorre um evento adverso que apresenta repercussões negativas para o doente e que podem fundamentar a falta de qualidade da prestação de cuidados, daí a importância do conhecimento sobre a efetividade na prevenção de quedas.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com “alto risco de queda”, sem ocorrência de queda notificada Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “alto risco de queda” identificado
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i>, sustentada pela documentação de eventos adversos (Aplicação de gestão de risco) para comparação, averiguar a ausência de quedas em doentes que foram identificados como “alto risco de queda”. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

Inclui: Número de doentes saídos do serviço, tendo em conta os processos fechados analisados, que apresentam identificação do “alto risco de queda” e que não apresentam nenhum acontecimento de queda, sendo este visível através da não validação da intervenção “Registar a ocorrência de queda”.

Exclui: Número de doentes saídos do serviço, tendo em conta os processos fechados analisados, que apresentem identificação de Queda e da validação da intervenção “registar ocorrência de queda”.

Taxa de efetividade na prevenção de Úlcera de pressão

Denominação: taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão, em clientes com alto risco de úlcera de pressão do Internamento geral de Adultos no HCP. Apresenta como principal objetivo averiguar a capacidade de úlcera de pressão, após ter sido identificado o “alto risco de úlcera de pressão”.

Descrição: Relação entre o número de doentes com alto risco de úlcera de pressão identificado desde a entrada no serviço e sem evidência de úlceras de pressão nas 24h após a admissão no internamento, e a totalidade de doentes com identificação do diagnóstico de alto risco de úlcera de pressão. Indica a percentagem de utentes sem úlcera de pressão com risco prévio documentado

Quando? Março de 2018

Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP

Tipo de indicador: Indicador de resultado

Justificação: atualmente, a incidência de úlceras de pressão é tida em conta como um indicador de qualidade da prestação de cuidados, e elemento fundamental na escolha dos clientes com base nos resultados desta prestação. A existência de úlceras de pressão, além de muitas vezes poderem ser prevenidas, pode ser também fator preditivo económico, na medida em que curar uma úlcera de pressão, pode acarretar mais custos do que a sua prevenção.

Regras de cálculo:

Numerador (A): Número de clientes com “alto risco de úlcera de pressão”, sem ocorrência de úlcera de pressão notificada

Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “alto de risco úlcera de pressão” identificado

Método: retrospectivo. Através do sistema de informação *Glint*, sustentada pela documentação de eventos adversos (Aplicação de gestão de risco), para comparação, averiguar a ausência de úlcera de pressão em doentes que foram identificados como “alto risco de úlcera de pressão”. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem ($A/B \times 100$).

Inclui: Número de doentes saídos do serviço, tendo em conta os processos fechados analisados, que apresentam identificação do “alto risco de úlcera de pressão” e que não apresentam nenhum acontecimento de úlcera de pressão, sendo este visível através da não identificação de novas úlceras de pressão, como diagnóstico de Enfermagem

Exclui: Número de doentes saídos do serviço, tendo em conta os processos fechados analisados, que apresentem identificação de novos diagnósticos de úlcera de pressão.

<i>Taxa de efetividade no controlo da dor</i>
Denominação: taxa de efetividade no controlo da dor, em clientes com diagnóstico dor identificado no Internamento geral de Adultos no HCP. Apresenta como principal objetivo averiguar presença de avaliação da dor, através da escala numérica da dor de 8/8h e se a mesma é avaliada após uma hora da implementação da intervenção, quer da administração de terapêutica prescrita em SOS, quer da implementação de outra medida não farmacológica de alívio da dor.
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de resultado
Justificação: a problemática da dor, tem sofrido evolução e uma preocupação constante de organizações como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a International Association for the Study of Pain (IASP). Devido a esta necessidade de alívio da dor, por parte dos profissionais de saúde, torna-se importante a sua avaliação de acordo com indicadores e metas a atingir de forma a evidenciar uma melhor qualidade na prestação de cuidados.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com monitorização após uma hora da escala numérica da dor, depois da implementação de intervenção de alívio da dor (farmacológica/não, farmacológica) Denominador (B): Número total de clientes com diagnósticos de enfermagem “dor” identificado
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a presença da intervenção “Monitorização da dor através de escala numérica”, após 1 hora da implementação de intervenções de alívio da dor (farmacológicas/não, farmacológicas). O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

<i>Taxa de ganhos em conhecimento sobre prevenção de Úlcera de pressão</i>
Denominação: evidência de alteração de status em diagnósticos em que o conhecimento não esteja presente, relativamente a défice de conhecimento na prevenção de úlcera de pressão no Internamento geral de Adultos no HCP, e que seja necessária a realização de ensinamentos para que o cliente apresente um conhecimento demonstrado. Apresenta como principal objetivo averiguar se efetivamente estão identificadas necessidades que necessitam de ensinamentos e se estas foram eficazes ao ponto de haver uma modificação do status do diagnóstico. Só é válida em clientes que apresentem o Diagnóstico de “Défice de conhecimento na prevenção de úlcera de pressão” e a quem estejam ativas intervenções no âmbito do “ensinar”, ou seja, que exista o planeamento de uma intervenção de Enfermagem.
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de resultado
Justificação: em enfermagem, a relação estabelecida com o doente é fundamental na transmissão de conhecimento após o reconhecimento de défice de informação relativamente a determinado assunto. Os doentes para uma melhor adaptação a sua situação de saúde, necessitam de conhecimento que lhes permitam adequar melhor a sua atitude perante a mesma, sendo este transmitido, muitas vezes pelos enfermeiros. Ao existir um maior ajuste por parte do doente, com conhecimento adequado, a sua situação de saúde poderá ser melhorada com qualidade de vida, daí a importância da realização de ensinamentos por parte dos profissionais de saúde, aquando da deteção de algum défice de conhecimento.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com mudança de status positivo a nível de défice de conhecimento sobre úlcera de pressão Denominador (B): Número total de clientes que apresentam défice de conhecimento sobre úlcera de pressão
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i>, e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a presença de diagnósticos de enfermagem que evidenciem défice de conhecimento e se posteriormente, com o decorrer do internamento e com a realização de ensinamentos, estes são colmatados com uma alteração do status correspondente a esse diagnóstico, ou mesmo com o término do mesmo. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem ($A/B \times 100$).

<i>Taxa de ganhos em conhecimento sobre prevenção de Queda</i>
Denominação: evidência de alteração de status em diagnósticos em que o conhecimento não esteja presente, relativamente a défice de conhecimento na prevenção queda no Internamento geral de Adultos no HCP, e que seja necessária a realização de ensinamentos para que o cliente apresente um conhecimento demonstrado. Apresenta como

principal objetivo averiguar se efetivamente estão identificadas necessidades que necessitam de ensinios e se estas foram eficazes ao ponto de haver uma modificação do status do diagnóstico. Só é válida em clientes que apresentem o Diagnóstico de “Défice de conhecimento na prevenção de queda” e a quem estejam ativas intervenções no âmbito do “ensinar”, ou seja, que exista o planeamento de uma intervenção de Enfermagem.
Quando? Março de 2018
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador: Indicador de resultado
Justificação: em enfermagem, a relação estabelecida com o doente é fundamental na transmissão de conhecimento após o reconhecimento de défice de informação relativamente a determinado assunto. Os doentes para uma melhor adaptação a sua situação de saúde, necessitam de conhecimento que lhes permitam adequar melhor a sua atitude perante a mesma, sendo este transmitido, muitas vezes pelos enfermeiros. Ao existir um maior ajuste por parte do doente, com conhecimento adequado, a sua situação de saúde poderá ser melhorada com qualidade de vida, daí a importância da realização de ensinios por parte dos profissionais de saúde, aquando da deteção de algum défice de conhecimento.
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com mudança de status positivo a nível de défice de conhecimento sobre queda Denominador (B): Número total de clientes que apresentam défice de conhecimento sobre queda
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> , Através do sistema de informação <i>Glint</i> , e tendo em conta uma amostragem de clientes saídos no mês de março de 2018, através da análise de processos fechados, averiguar a presença de diagnósticos de enfermagem que evidenciem défice de conhecimento e se posteriormente, com o decorrer do internamento e com a realização de ensinios, estes são colmatados com uma alteração do status correspondente a esse diagnóstico. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem ($A/B \times 100$).

<i>Satisfação dos utentes</i>
Denominação: Grau de satisfação dos utentes do internamento geral de adultos do HCP
Quando? Janeiro de 2017 a dezembro de 2017
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP

Tipo de indicador: Indicador de resultado
Justificação: todo o utente apresenta uma determinada expectativa em relação a um serviço prestado e uma percepção da prestação dos cuidados realizados após a experiência do internamento, sendo este denominado: satisfação do utente. A valorização pela opinião que os utentes detêm tem vindo a crescer e influenciam consistentemente, a qualidade da prestação de cuidados de saúde, na medida em que é através destas opiniões que é possível detetar problemas e consequentemente, possíveis intervenções para a sua melhoria. Daí a importância do conhecimento sobre a satisfação dos utentes na qualidade em saúde, para qualquer organização.
Método: retrospectivo. Realizado através de análise dos questionários entregues do ano de 2017 aos clientes do internamento geral de adultos do HCP, com a periodicidade de 3/3 meses, usando as bases de dados da instituição.

ANEXO 3
Tabelas Análise Glint-Cirurgia e Medicina

	N=249			
Indicadores - Cirurgia	SIM	NÃO	% SIM	Não Aplicável
Autocuidado			#DIV/0!	
Higiene em Grau elevado	14	235	6%	
Úlcera de pressão	707	558	0,558893	
Diagóstico identificado (Risco de úlcera de pressão)	245	4	98%	
Avaliação da escala de Braden no momento da admissão	209	40	84%	
Avaliação da escala de Braden de 2 em 2 dias	240	9	96%	
Diagnóstico de úlcera de pressão identificado (até às 24h após admissão)		249	0%	
Diagnóstico de úlcera de pressão identificado (depois das 24h da admissão)		249	0%	
Doentes com alto risco de úlcera de pressão que não apresentaram identificação do diagnóstico "úlcera de pressão"	7	0	100%	242
Identificação do diagnóstico: Défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de úlcera de pressão (se alto risco de úlcera de pressão)	6	1	86%	242
Ganhos em conhecimento - mudança de status de défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de úlcera de pressão (se alto risco de úlcera de pressão)		6	0%	243
Queda	1051	483	0,685137	
Diagóstico identificado (Risco de queda)	244	5	98%	
Avaliação da escala de Morse no momento da admissão	214	35	86%	
Avaliação da escala de Morse de 5 em 5 dias	239	10	96%	
Ocorrência de queda - Intervenção "Registrar ocorrência de queda"		249	0%	
Doentes com alto risco de queda que não evidenciaram registo na intervenção "registar ocorrência de queda"	186	0	100%	63
Identificação do diagnóstico: Défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de queda (se alto risco de queda)	163	25	87%	61
Ganhos em conhecimento - mudança de status de défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de queda (se alto risco de queda)	5	159	3%	85
Dor	718	43	0,943495	
Avaliação da dor - intervenção "Monitorizar dor através de escala numérica da dor"	242	7	97%	
Reavaliação da dor - 8/8h	240	9	96%	
Reavaliação da dor 1 hora após de intervenção farmacológica/não farmacológica em SOS (1º dia PO)	6	8	43%	235
Identificação do diagnóstico dor	230	19	92%	
TOTAL	2476	1084	70%	

	N=70			
Indicadores - Medicina	SIM	NÃO	% SIM	Não Aplicável
Autocuidado	11	59	0,15714286	
Higiene em Grau elevado	11	59	16%	
Úlcera de pressão	211	212	0,49881797	
Diagnóstico identificado (Risco de úlcera de pressão)	66	4	94%	
Avaliação da escala de Braden no momento da admissão	38	32	54%	
Avaliação da escala de Braden de 2 em 2 dias	63	7	90%	
Diagnóstico de úlcera de pressão identificado (até às 24h após admissão)	3	67	4%	
Diagnóstico de úlcera de pressão identificado (depois das 24h da admissão)	1	69	1%	
Doentes com alto risco de úlcera de pressão que não apresentaram identificação do diagnóstico "úlcera de pressão"	22	4	85%	44
Identificação do diagnóstico: Défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de úlcera de pressão (se alto risco de úlcera de pressão)	15	11	58%	44
Ganhos em conhecimento - mudança de status de défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de úlcera de pressão (se alto risco de úlcera de pressão)	3	18	14%	49
Queda	279	171	0,62	
Diagnóstico identificado (Risco de queda)	68	2	97%	
Avaliação da escala de Morse no momento da admissão	35	35	50%	
Avaliação da escala de Morse de 5 em 5 dias	66	4	94%	
Ocorrência de queda - Intervenção "Registrar ocorrência de queda"		70	0%	
Doentes com alto risco de queda que não evidenciaram registo na intervenção "registar ocorrência de queda"	59		100%	11
Identificação do diagnóstico: Défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de queda (se alto risco de queda)	44	15	75%	11
Ganhos em conhecimento - mudança de status de défice de conhecimento sobre condições para a prevenção de queda (se alto risco de queda)	7	45	13%	18
Dor	151	65	0,69907407	
Avaliação da dor - intervenção "Monitorizar dor através de escala numérica da dor"	57	7	89%	6
Reavaliação da dor - 8/8h	58	10	85%	2
Reavaliação da dor 1 hora após de intervenção farmacológica/não farmacológica	6	8	43%	55
Identificação do diagnóstico dor	30	40	8,43%	
TOTAL	652	507	56%	

ANEXO 4
Pedido de autorização do estudo

“O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão de um serviço de internamento de um hospital privado”.

Pedido de autorização para realização do estudo

Exmo (a) Senhor (a)

Presidente da Comissão de Ética Do Hospital Cuf Porto

O meu nome é Isabel Maria Custódio Cerqueira e sou aluna do Mestrado em Gestão e Economia em Saúde na Faculdade de Economia da Universidade do Porto.

Como proposta de uma dissertação de Mestrado, optei por desenvolver o meu trabalho tendo como mote a qualidade em saúde. Para o auxílio do desenvolvimento do mesmo, conto com a orientação e disponibilidade do Professor Doutor Rui Alves. A elaboração deste trabalho, centra-se fundamentalmente no estudo: **“O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão de um serviço de internamento de um hospital privado”**. A escolha deste tema, deveu-se sobretudo ao facto de estar inserida como enfermeira no serviço de internamento do Hospital Cuf Porto, no Internamento Geral Piso 4, e de neste momento, estarmos, enquanto profissionais de saúde, intimamente relacionados com estes requisitos da qualidade nomeadamente, os seus indicadores, visto estarmos em alerta, diariamente, para estas questões no processo de acreditação pela *Joint Commission Internacional* (JCI), e poder desta forma criar valor, quer para mim enquanto estudante deste mestrado, quer para a instituição. Isto também porque o grupo José Mello Saúde, *“compromete-se, enquanto entidade prestadora de cuidados de saúde, a uma avaliação contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados em todas as suas unidades hospitalares”*. (José Mello Saúde, 2016, pág. 12).

Neste sentido, surge a necessidade de evocar uma questão de investigação, uma vez que pretendo obter novas informações acerca de um determinado tema, que é a qualidade em saúde, e se o conhecimento dos indicadores a influencia. Neste sentido, a questão de investigação passa por:

- Existe uma relação entre o conhecimento e monitorização contínua da evolução dos indicadores de qualidade por parte dos enfermeiros do internamento de um Hospital Privado e uma melhoria efetiva da qualidade da prestação de cuidados de saúde?

Relativamente à metodologia a utilizar e à qual venho por este meio, solicitar autorização para a realização da mesma, vai passar por uma análise de dados relativos aos indicadores de qualidade deste serviço, através dos sistemas de informação, mais concretamente a *Glint*, de forma a tentar averiguar quais as taxas dos mesmos, bem como características do processo de Enfermagem de forma a dar resposta às novas propostas de avaliação. Posteriormente, tentarei averiguar de acordo com o passo seguinte se existe relação entre o resultado dos mesmos e o conhecimento que os enfermeiros apresentam, usando os dados do último ano. Para avaliar o conhecimento que os enfermeiros apresentam sobre este tema, realizarei um questionário, conforme anexo I, com perspetiva de este ser entregue a todos os enfermeiros do IGP4, provavelmente de forma on-line.

Neste sentido, os indicadores nomeados para a realização desta análise, são:

Indicadores a implementar
<u>Estrutura:</u> ✓ Classificação dos doentes por dependência ✓ Satisfação dos enfermeiros
<u>Processo:</u> ✓ Taxa de documentação e implementação dos diagnósticos: risco de úlcera de pressão, risco de queda e dor.
<u>Resultado:</u> ✓ Taxa de efetividade na prevenção de complicações • Taxa de efetividade na prevenção de quedas • Taxa de efetividade na prevenção de úlceras de pressão

- Taxa de efetividade no controlo da dor
- Taxa de infeção nosocomial: infeções urinárias associadas a algália, respiratórias associadas a ventilador e ferida cirúrgica).
- ✓ Modificações positivas no estado dos diagnósticos de Enfermagem relativamente, à implementação de intervenções que fomentam o conhecimento e capacidades - ensinos
- ✓ Satisfação dos utentes relativamente aos cuidados de Enfermagem

Estes indicadores consideram-se alguns dos mais adequados na avaliação da qualidade, de acordo com a melhoria da qualidade em saúde. Foram elegidos de acordo com a revisão da literatura nomeadamente, a nível da Ordem dos Enfermeiros, bem como através das características intrínsecas ao serviço e hospital em questão. Estes englobam alguns indicadores que ainda não são alvo de avaliação, e que poderão acrescentar valor à prestação de cuidados de saúde com qualidade e, consequentemente, à instituição.

ANEXO 5
Autorização da José Mello Saúde

Exma. Senhora
Enfermeira Isabel Cerqueira

N/ Ref. HCP/CES – 011/18

Porto, 14 de Março de 2018

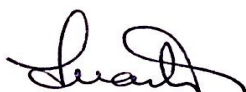
Assunto: ‘O impacto do conhecimento dos indicadores de qualidade na gestão de um serviço de internamento de um hospital privado’

Exma. Senhora Enfermeira Isabel Cerqueira

Vimos por este meio informar que após análise do estudo acima identificado o parecer ético é favorável.

Segue em anexo o formulário de avaliação.

Com os meus melhores cumprimentos,



P'la Comissão de Ética
Sara Martins, Enf.

ANEXO 6
Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

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

ANEXO 7

Escala de Morse

<i>Morse Fall Scale - Versão original¹³</i>	<i>Morse Fall Scale Traduzida e Adaptada para o Português do Brasil</i>	Pontos
1. <i>History of falling</i>	1. Histórico de quedas	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	25
2. <i>Secondary diagnosis</i>	2. Diagnóstico Secundário	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	15
3. <i>Ambulatory aid</i>	3. Auxílio na deambulação	
<i>None/Bed read/Nurse assist</i>	Nenhum/Acamado/Auxiliado por Profissional da Saúde	0
<i>Crutches/Cane/Walker</i>	Muletas/Bengala/Andador	15
<i>Furniture</i>	Mobiliário/Parede	30
4. <i>Intravenous Therapy/Heparin lock</i>	4. Terapia Endovenosa/dispositivo endovenoso salinizado ou heparinizado	
<i>No</i>	Não	0
<i>Yes</i>	Sim	20
5. <i>Gait</i>	5. Marcha	
<i>Normal/Bed rest/Wheelchair</i>	Normal/Sem deambulação, Acamado, Cadeira de Rodas	0
<i>Weak</i>	Fraca	10
<i>Impaired</i>	Comprometida/Cambaleante	20
6. <i>Mental status</i>	6. Estado Mental	
<i>Oriented to own ability</i>	Orientado/capaz quanto a sua capacidade/limitação	0
<i>Overestimates/forgets limitations</i>	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

ANEXO 8
Bilhete de identidade –
indicadores não utilizados

Bilhete de identidade indicadores *(Adaptado de JCI, Survey process Guide for Hospitals, 2017)*

<i>Taxa de infeção nosocomial: associadas a cateter urinário (algaliação)</i>	
Denominação:	taxa de evidência de infeção nosocomial, nomeadamente em relação a infeções urinárias associadas a algaliação, respiratórias associadas a ventilador e da ferida cirúrgica no Internamento geral de Adultos no HCP. Apresenta como principal objetivo averiguar a taxa de infeção urinária em doentes que apresentam cateter urinário (algaliação).
Quando?	Janeiro de 2017 a dezembro de 2017
Local de monitorização:	Internamento Geral de Adultos do HCP
Tipo de indicador:	Indicador de resultado
Justificação:	Atualmente, a infeção nosocomial aumenta significativamente a taxa de morbilidade e mortalidade hospitalar bem como, tem grande influência nos custos da prestação e cuidados de saúde e consequentemente na sua qualidade, uma vez que pode apresentar repercussões negativas quer para o indivíduo quer para a organização de saúde. É também de conhecimento que estas podem, muitas vezes, ser prevenidas, daí a importância de desenvolvimento de modelos de atuação nestes procedimentos. Tratando-se de um serviço de internamento, exclui-se a infeção respiratória associada a ventilador, uma vez que a ventilação invasiva, apenas é utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos.
Regras de cálculo:	Numerador (A): Número de clientes com identificação de infeção urinária associada a algaliação Denominador (B): Número total de clientes algaliados
Método:	retrospetivo. Através do sistema de informação <i>Glimt</i> , averiguar a presença de infeção urinária associada a algaliação, em doentes com cateter urinário, sustentada pela plataforma de registo de eventos adversos. O cateter urinário, poderá ser visível nas atitudes terapêuticas. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).

<i>Taxa de infecção nosocomial: associada a ferida cirúrgica</i>	
Denominação: taxa de evidência de infecção nosocomial, nomeadamente em relação a infeções urinárias associadas a algaliação, respiratórias associadas a ventilador e da ferida cirúrgica no Internamento geral de Adultos no HCP. Apresenta como principal objetivo averiguar a taxa de infecção de ferida cirúrgica, em doentes submetidos a intervenção cirúrgica.	
Quando? Janeiro de 2017 a dezembro de 2017	
Local de monitorização: Internamento Geral de Adultos do HCP	
Tipo de indicador: Indicador de resultado	
Justificação: atualmente, a infecção nosocomial aumenta significativamente a taxa de morbilidade e mortalidade hospitalar bem como, tem grande influência nos custos da prestação e cuidados de saúde e consequentemente na sua qualidade, uma vez que pode apresentar repercussões negativas quer para o indivíduo quer para a organização de saúde. É também de conhecimento que estas podem, muitas vezes, ser prevenidas, daí a importância de desenvolvimento de modelos de atuação nestes procedimentos. Entenda-se por ferida cirúrgica: <i>“corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus”</i> (ICN, pág. 55). Tratando-se de um serviço de internamento, exclui-se a infeção respiratória associada a ventilador, uma vez que a ventilação invasiva, apenas é utilizada em Unidades de Cuidados Intensivos.	
Regras de cálculo: Numerador (A): Número de clientes com identificação de infeção da ferida cirúrgica Denominador (B): Número total de clientes submetidos a intervenção cirúrgica	
Método: retrospectivo. Através do sistema de informação <i>Glint</i> , averiguar a presença de infeção da ferida cirúrgica em doentes submetidos a intervenção cirúrgica, sustentada pela plataforma de registo de eventos adversos. A ferida cirúrgica pode ser visualizada através da identificação do diagnóstico no plano de cuidados de enfermagem. O resultado deverá ser apresentado sob a forma de percentagem (A/Bx100).	